

Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif Petunjuk Praktikum

**Rondhianto
Ana Nistiandani
Rismawan Adi Yunanto
Akhnad Zainur Ridla
Kushariyadi**



**Departemen Keperawatan Medikal Bedah dan Kritis
Fakultas Keperawatan Univesitas Jember
2021**

Buku Petunjuk Praktikum Keperawatan Paliatif dan Menjelang AjaI

Penulis:

Rondhianto

Ana Nistiandani

Rismawan Adi Yunanto

Akhmad Zainur Ridla

Kushariyadi

ISBN: 978-623-6916-51-3

Editor:

Kholid Rosyidi MN

Desain Sampul dan Tata Letak:

KHD Production

Penerbit:

KHD Production

Redaksi

CV KHD Production

Jl Kalianyar Selatan RT019 RW004 Tamanan Bondowoso

Tlp 082282813311

Email: khdproduction7@gmail.com

Web: Khdproduction.com

Cetakan pertama, September 2021

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit

HALAMAN PENGESAHAN

Nama Mata Kuliah	: Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif
Kode Mata Kuliah	: KPA 1739
Semester/Tahun Akademik	: 7 / 2020-2021
Beban	: 3 SKS (2 Teori ; 1 Praktikum)
Diajukan oleh	: Penanggung Jawab Mata Kuliah,  Dr. Ns. Rondhianto, M.Kep NIP. 198303242006041002
Diperiksa oleh	: KaProdi S-1 Ilmu Keperawatan  Ns. Retno Purwandari, M.Kep NIP. 19820314 200604 2 002
Disetujui oleh	: Wakil Dekan 1 Bidang Akademik dan Kemahasiswaan,  Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D NIP. 198004172006042002
Mengetahui	: Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember   Ns. Lantim Sulistyorini, M.Kes NIP. 197803232005012002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya sehingga penyusunan buku petunjuk praktikum Keperawatan Menjelang ajal dan paliatif ini dapat kami selesaikan dengan baik. Buku petunjuk praktikum ini berisi tentang konsep dasar praktikum yang akan dilaksanakan beserta prosedur kerjanya yang didalam tiap-tiap prosedur kerja tersebut mencakup aspek kognitif, afektif dan psikomotor yang terintegrasi. Secara lebih rinci, buku petunjuk praktikum keperawatan menjelang ajal dan paliatif yang kami susun ini terdiri dari beberapa pokok bahasan, yaitu: (1) analisis konsep model perawatan menjelang ajal dan paliatif dengan menggunakan metode Rodgers' Evolutionary Concept Analysis; (2) pengkajian status fungsional dan kemandirian perawatan diri pada klien menjelang ajal dan paliatif; (3) pengkajian tingkat kepuasan keluarga terhadap perawatan klien menjelang ajal dan paliatif; (4) pengkajian kualitas hidup klien dalam konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif; (5) pengkajian klien berduka dan berkabung dalam konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif; (6) teknik penyampaian berita buruk pada klien menjelang ajal dan paliatif; (7) pengkajian aspek spiritual individu dan keluarga dalam asuhan keperawatan menjelang ajal dan paliatif; (8) penyusunan asuhan keperawatan kepada klien menjelang ajal dan paliatif; (9) pengkajian nyeri pada klien menjelang ajal dan paliatif; (10) terapi komplementer dalam konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif; dan (11) tata laksana jenazah klien covid-19.

Penyusunan buku praktikum ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu kami menyampaikan ucapan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah mendukung dan memberikan bantuan dalam penyusunan buku petunjuk praktikum ini. Kami berharap buku ini dapat menjadi pegangan mahasiswa dan dosen dalam melaksanakan kegiatan praktikum sehingga didapatkan kesamaan persepsi antara dosen dan mahasiswa yang akan mendukung tercapainya tujuan pembelajaran. Semoga buku petunjuk praktikum ini dapat memberikan manfaat bagi mahasiswa dan dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember khususnya dan perkembangan dunia keperawatan pada umumnya.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, adanya kritik dan saran yang bersifat membangun sangat kami harapkan untuk kesempurnaan modul ini.

Jember, September 2021

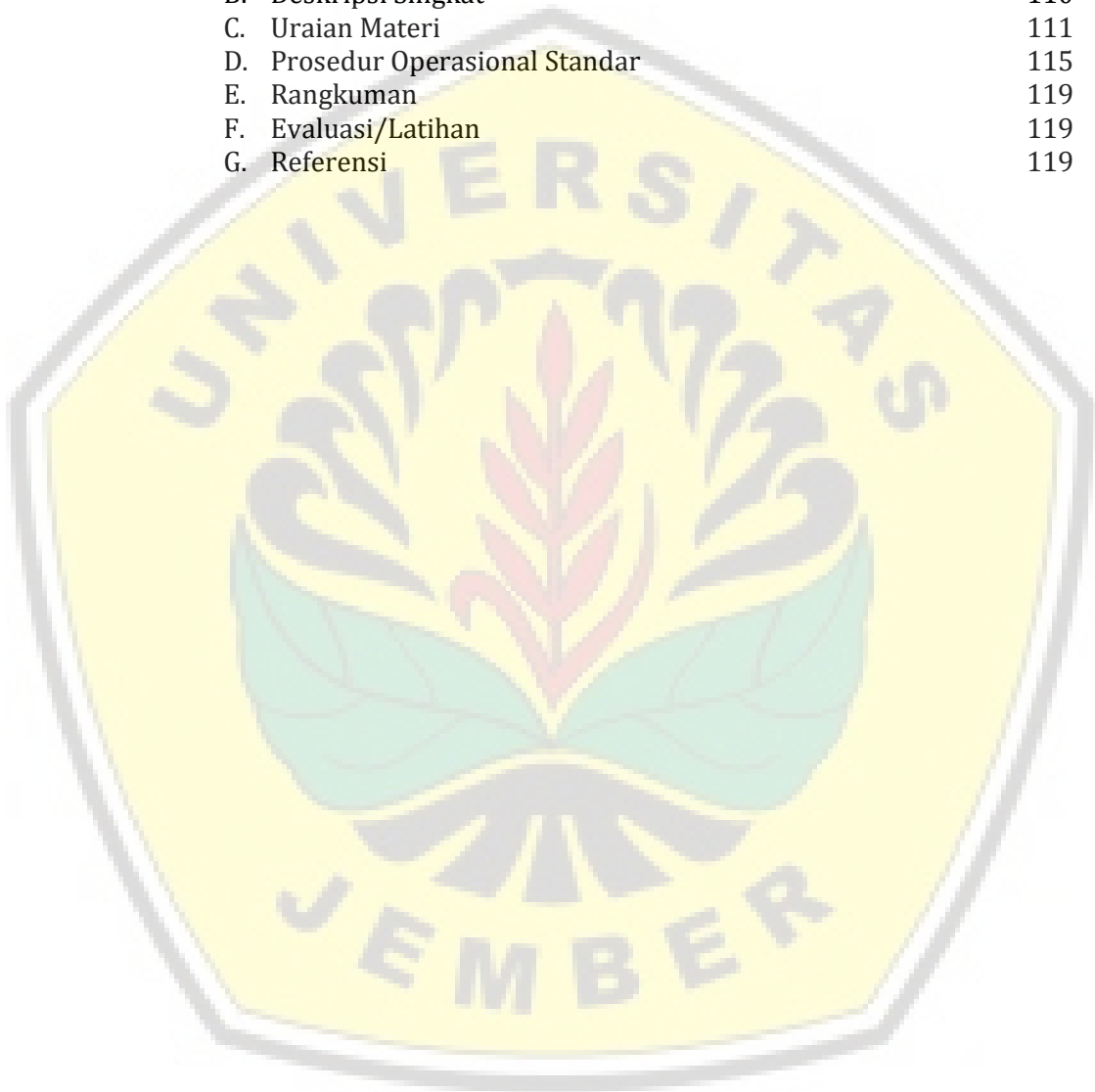
Tim Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR SINGKATAN, ISTILAH, DAN ARTI LAMBANG	vii
Modul 1 Analisis Model Perawatan Menjelang Ajal dan Paliatif: Rodgers' Evolutionary Concept Analysis	1
A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	1
B. Deskripsi Singkat	1
C. Uraian Materi	2
D. Prosedur Operasional Standar	10
E. Rangkuman	12
F. Evaluasi/Latihan	12
G. Referensi	12
Modul 2 Status Fungsional dan Kemandirian Perawatan Diri Klien Menjelang Ajal dan Paliatif	14
A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	14
B. Deskripsi Singkat	14
C. Uraian Materi	15
D. Prosedur Operasional Standar	27
E. Rangkuman	38
F. Evaluasi/Latihan	38
G. Referensi	38
Modul 3 Kepuasan Keluarga Dalam Perawatan Klien Menjelang Ajal dan Paliatif	41
A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	41
B. Deskripsi Singkat	41
C. Uraian Materi	42
D. Prosedur Operasional Standar	44
E. Rangkuman	45
F. Evaluasi/Latihan	45
G. Referensi	46
Modul 4 Kualitas Hidup Pada Klien Menjelang Ajal Dan Paliatif	47
A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	47
B. Deskripsi Singkat	47
C. Uraian Materi	48
D. Prosedur Operasional Standar	52
E. Rangkuman	54
F. Evaluasi/Latihan	54
G. Referensi	54

Modul 5	Berduka Antisipasi dan Berkabung	55
	A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	55
	B. Deskripsi Singkat	55
	C. Uraian Materi	56
	D. Prosedur Operasional Standar	60
	E. Rangkuman	65
	F. Evaluasi/Latihan	66
	G. Referensi	66
Modul 6	Penyampaian Berita Buruk Pada Kasus Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif	67
	A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	67
	B. Deskripsi Singkat	67
	C. Uraian Materi	68
	D. Prosedur Operasional Standar	69
	E. Rangkuman	71
	F. Evaluasi/Latihan	72
	G. Referensi	72
Modul 7	Penilaian Spiritual Individu dan Keluarga dalam Asuhan Keperawatan Menjelang Ajal and Paliatif	73
	A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	73
	B. Deskripsi Singkat	73
	C. Uraian Materi	74
	D. Prosedur Operasional Standar	77
	E. Rangkuman	82
	F. Evaluasi/Latihan	82
	G. Referensi	82
Modul 8	Penyusunan Asuhan Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif	84
	A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	84
	B. Deskripsi Singkat	84
	C. Uraian Materi	85
	D. Prosedur Operasional Standar	86
	E. Rangkuman	88
	F. Evaluasi/Latihan	88
	G. Referensi	88
Modul 9	Pengkajian Nyeri Klien Menjelang Ajal dan Paliatif	89
	A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	89
	B. Deskripsi Singkat	89
	C. Uraian Materi	90
	D. Prosedur Operasional Standar	92
	E. Rangkuman	97
	F. Evaluasi/Latihan	97
	G. Referensi	97
Modul 10	Terapi Komplementer dalam Perawatan Klien Menjelang Ajal dan Paliatif	98
	A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	98

B. Deskripsi Singkat	98
C. Uraian Materi	99
D. Prosedur Operasional Standar	102
E. Rangkuman	108
F. Evaluasi/Latihan	109
G. Referensi	109
Modul 11 Tata Laksana Jenazah: Studi kasus Pada Klien Covid-19	110
A. Kompetensi Akhir Yang Diharapkan	110
B. Deskripsi Singkat	110
C. Uraian Materi	111
D. Prosedur Operasional Standar	115
E. Rangkuman	119
F. Evaluasi/Latihan	119
G. Referensi	119



DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1.1	Contoh pemilihan artikel terpilih yang menggambarkan <i>Rodgers' Evolutionary Concept Analysis</i> seperti yang digunakan dalam ilmu keperawatan	
Tabel 1.2	Pertanyaan Kunci Dalam Analisis Inti	
Tabel 1.3	Contoh Istilah Pengganti dan Istilah Terkait	
Tabel 1.4	Konsep, Anteseden, Atribut, dan Konsekuensi	
Tabel 1.5	Tema Untuk Analisis Lanjut	



DAFTAR SINGKATAN DAN ARTI LAMBANG

Daftar Lambang:

&	= dan
%	= persen
α	= tingkat kesalahan
<	= kurang dari
\leq	= kurang dari sama dengan
>	= lebih dari
\geq	= lebih dari sama dengan
=	= sama dengan

Daftar Singkatan:

ADA	: <i>American Diabetes Association</i>
ADIQ	: <i>Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire</i>
ADLs	: <i>Activity Daily Livings</i>
CGA	: <i>Complicated Grief Assessment</i>
ECOG	: <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
EFAT	: <i>Edmonton Functional Assessment Tool</i>
FACIT-Sp	: <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being</i>
FAMCARE	: <i>Family Satisfaction with End-of-Life Care</i>
FIM	: <i>Functional Independence Measure</i>
IADLs	: <i>Instrumental Activity Daily Livings</i>
IDF	: <i>International Diabetes Federation</i>
IMT	: Indeks Massa Tubuh
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KPS	: <i>Karnofsky Performance Status</i>
PPS	: <i>Palliative Performance Scale</i>
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RS	: Rumah Sakit
SPIKES	: <i>Setting, Perception, Invitation, Knowledge, and Emphaty</i>
SWIB	: <i>Spirituality Index of Well-Being</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WHOQoL	: <i>World Health Organization Quality of Life</i>

Analisis Model Perawatan Menjelang Ajal dan Paliatif: Rodgers' Evolutionary Concept Analysis

Oleh:
Dr. Rondhianto, S.Kep., Ns., M.Kep

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang analisis model perawatan menjelang ajal dan paliatif, peserta didik diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar analisis konsep
2. Mampu mendemostrasikan analisis konsep model perawatan menjelang ajal dan paliatif dengan menggunakan metode Rodgers' Evolutionary Concept Analysis
3. Mampu menggunakan hasil analisis konsep model untuk pengembangan disiplin ilmu keperawatan keperawatan menjelang ajal dan paliatif

Deskripsi Singkat

Dasar pemikiran teoritis dalam keperawatan terletak pada penggambaran konsep-konsep yang relevan dengan disiplin ilmu. Sementara konsep metaparadigma dari orang, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan merupakan pusat perspektif disiplin. Penting bagi seorang perawat untuk menarik hubungan dari empat konsep dasar tersebut sehingga dapat menjelaskan pengetahuan keperawatan untuk memandu penelitian dan praktek profesional. Konsep-konsep yang dipilih untuk penjelasan dan penyempurnaan lebih lanjut seringkali merupakan hasil dari proses penelitian keperawatan, baik dalam perawatan pasien langsung atau administrasi keperawatan, dengan memperhatikan desain dan sistem proses yang baik. Tantangan dari perspektif disiplin ilmu keperawatan yang luas adalah menyempurnakan basis pengetahuan lebih lanjut sehingga secara praktis dapat memandu penelitian dan praktik. Sementara label konsep mungkin sama di seluruh disiplin ilmu, sehingga penting untuk membedakan perspektif disiplin tertentu pada konsep tersebut. Dalam disiplin ilmu keperawatan, masing-masing konsep dipertimbangkan dalam salah satu konsep kunci dalam paradigma keperawatan (orang, lingkungan, kesehatan, keperawatan) atau hubungan timbal balik di antara konsep-konsep ini (Fitzpatrick & McCarthy, 2018).

Analisis konsep merupakan suatu metode yang sangat penting digunakan dalam pengembangan suatu teori atau model. Analisis konsep membantu perawat menyempurnakan konsep yang dipelajari. Analisis deliberatif konten keperawatan seperti ini dapat membantu untuk memindahkan ilmu pengetahuan dan praktik profesional ke tahap baru dalam perkembangan ilmu keperawatan, termasuk dalam pengembangan model perawatan kepada klien menjelang ajal dan paliatif. Beberapa model perawatan pada klien menjelang ajal dan paliatif diantaranya adalah *respite care in the community* (Carey et al., 2016), *community-based palliative care* (Kamal et al., 2013), *integrated palliative care* (Levine et al., 2016), *early Integrated palliative care* (Rugno et al., 2014),

Palliative Care, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0136-1>

- Dehghanzadeh, S., Nayeri, N. D., & Khajeh, M. (2016). Professional identity: Concept analysis using Rodgers' evolutionary method. *Acta Medica Mediterranea*, 32, 1111–1114. <https://www.actamedicamediterranea.com/archive/2016/special-issue-2/professional-identity-concept-analysis-using-rodgers-evolutionary-method/document>
- Fawcett J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company Inc.
- Ghahramanian, A., Rassouli, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Asghari, E. (2020). Good nursing care: Rodgers' evolutionary concept analysis. *Nursing Practice Today*, 7(1), 12–20. <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/555>
- Kahveci, K., KOÇ, O., & Hurişah, A. (2020). Home-based Palliative Care. *Bezmialem Science*, 8(1), 73–80. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2019.3208>
- Kamal, A. H., Currow, D. C., Ritchie, C. S., Bull, J., & Abernethy, A. P. (2013). Community-based palliative care: the natural evolution for palliative care delivery in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(2), 254–264. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.07.018>
- Koort P. (1975). *Semantisk analys och konfigurationsanalys. Tva° hermeneutiska metoder (Semantic Analysis and Configuration Analysis. Two Hermeneutical Methods)*. Lund: Studentlitteratur.
- Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Szydłowski, Ł., Żukowski, M., & Ely, E. (2019). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients—Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 49(1), 70–76.
- Levine, D. R., Johnson, L.-M., Snyder, A., Wisner, R. K., Gibson, D., Kane, J. R., & Baker, J. N. (2016). Integrating Palliative Care in Pediatric Oncology: An Evolving Paradigm for Comprehensive Cancer Care. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 14(6), 741–748. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2016.0076>
- Lyon, M. E., Jacobs, S., Briggs, L., Cheng, Y. I., & Wang, J. (2013). Family-centered advance care planning for teens with cancer. *JAMA Pediatrics*, 167(5), 460–467. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.943>
- Raiesifar, A., Parvizy, S., Bozorgzad, P., Poortaghi, S., Davoudi, N., & Masoumi, M. (2019). Nursing: An evolutionary concept analysis. *Nursing Practice Today*, 6(1), 7–17. <https://doi.org/10.18502/npt.v6i1.388>
- Rodgers B-L (2000). Concept analysis. An evolutionary view, chapter 6. In *Concept Development in Nursing: Foundation Techniques, and Applications*, 2nd edn (Rodgers BL, Knafelz KA eds), Philadelphia: W-B Saunders Company, Philadelphia, pp.77–102.
- Rugno, F. C., Paiva, B. S., & Paiva, C. E. (2014). Early integration of palliative care facilitates the discontinuation of anticancer treatment in women with advanced breast or gynecologic cancers. *Gynecologic oncology*, 135(2), 249–254. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.08.030>
- Toftagen, R., & Fagerstrøm, L. M. (2010). Rodgers' evolutionary concept analysis - a valid method for developing knowledge in nursing science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(SUPPL. 1), 21–31. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00845.x>
- Walker L.O, and Avant, K.C. (2004) *Strategies for Theory Construction in Nursing*, 4th edn. Norwalk: Appleton & Lange.

Status Fungsional dan Kemandirian Perawatan Diri Klien Menjelang Ajal dan Paliatif

Oleh:

Dr. Rondhianto, S.Kep., Ns., M.Kep

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang pengkajian status fungsional dan kemandirian perawatan diri pada klien menjelang ajal dan paliatif, peserta didik diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar status fungsional dan kemandirian perawatan diri klien menjelang ajal dan paliatif
2. Mendemostrasikan cara melakukan pengkajian status fungsional dan kemandirian perawatan diri klien menjelang ajal dan paliatif
3. Menentukan masalah keperawatan yang berhubungan dengan status fungsional dan kemandirian perawatan diri pada klien menjelang ajal dan paliatif
4. Menentukan rencana tindak lanjut intervensi keperawatan terkait dengan masalah status fungsional dan kemandirian perawatan diri pada klien menjelang ajal dan paliatif

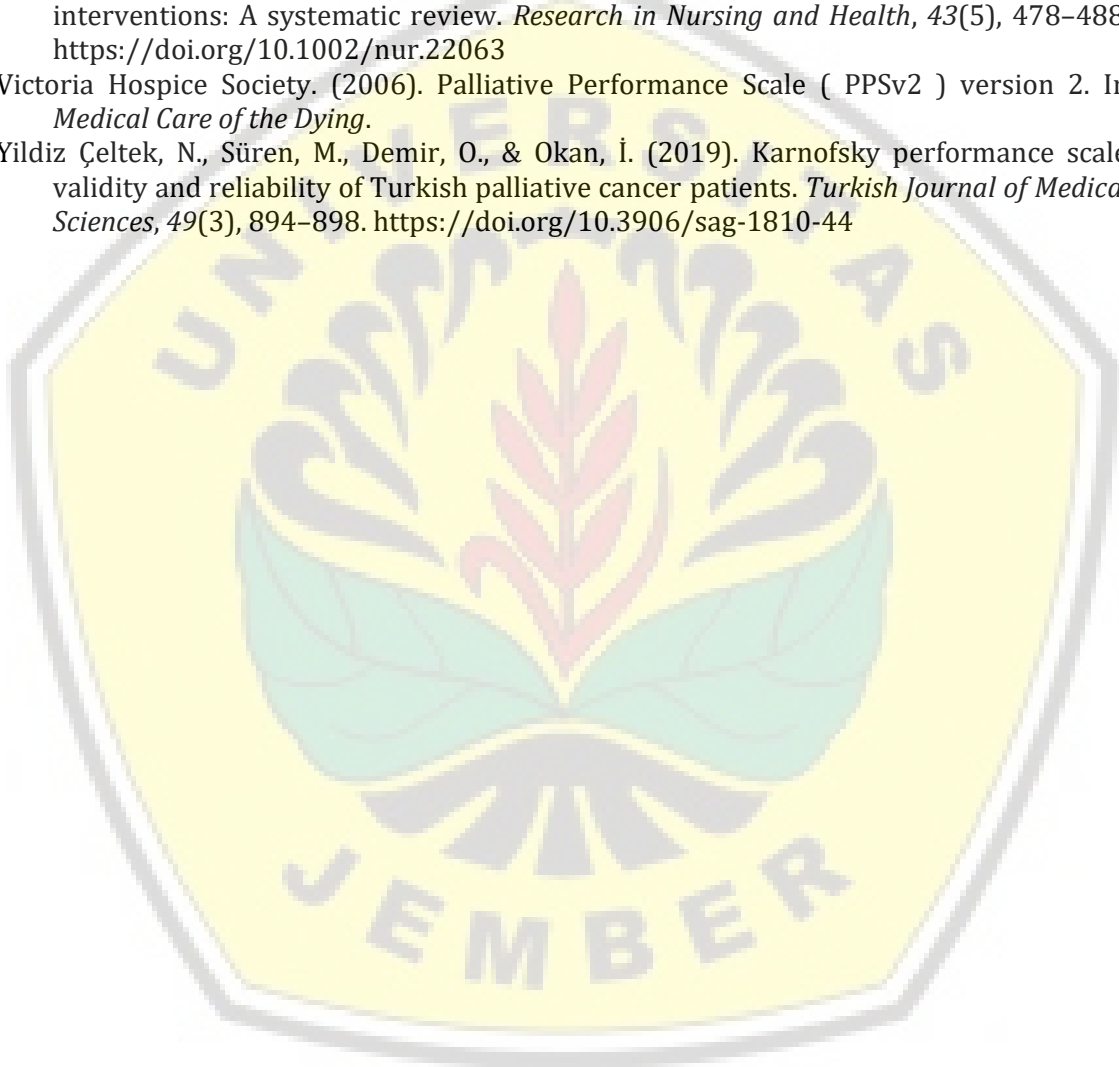
Deskripsi Singkat

Status fungsional merupakan kemampuan untuk melakukan aktivitas fisik seperti perawatan diri, ambulasi dan mobilitas, dan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari di rumah atau di masyarakat. Menurut kamus APA Dictionary of Psychology (2020), status fungsional adalah ukuran kemampuan individu untuk melakukan melakukan *activity daily livings* (ADLs) dan *instrumental activity daily livings* (IADLs) secara mandiri, yang digunakan sebagai penilaian tingkat keparahan kecacatan individu tersebut. Status fungsional, biasanya diukur dengan menilai kemampuan untuk melakukan ADLs dan IADLs secara mandiri (Dombrowsky, 2017).

Status fungsional mencakup konsep terkait kapasitas fungsional dan kinerja fungsional. Sementara kapasitas fungsional mewakili kapasitas maksimum individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari dalam domain kehidupan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, kinerja fungsional mengacu pada aktivitas yang benar-benar dilakukan orang selama kehidupan sehari-hari mereka. Status fungsional mengarah dalam domain fungsi sebagai konsep multidimensi yang melihat karakteristik kemampuan individu untuk berperan penuh dalam memenuhi kebutuhan hidup, termasuk kebutuhan dasar, pemeliharaan kesehatan, serta kesejahteraan (Moore, 2014). Status fungsional merupakan suatu konsep mengenai kemampuan individu untuk melakukan *self-care* (perawatan diri), *self maintenance* (pemeliharaan diri), dan aktivitas fisik (Mandel et al., 2017; Verstraten et al., 2020). Self-care diperlukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan. Ketidakkampuan dalam melakukan perawatan diri menyebabkan peningkatan kebutuhan bantuan dari orang lain. Keterlibatan seseorang dalam perawatan diri orang lain berarti seseorang

- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (Eds.). (2010). *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (3rd Ed.). Oxford University Press Inc.
- Habraken, J. M., Van Der Wal, G., Ter Riet, Weersink, E. J. M., Tobene, F., & Bindels, P. J. E. (2011). Health-related quality of life and functional status in end-stage COPD: A longitudinal study. *European Respiratory Journal*, 37(2), 280–288. <https://doi.org/10.1183/09031936.00149309>
- Harrold, J., Rickerson, E., Carroll, J. T., McGrath, J., Morales, K., Kapo, J., & Casarett, D. (2005). Is the Palliative Performance Scale a Useful Predictor of Mortality in a Heterogeneous Hospice Population? *Journal of Palliative Medicine*, 8(3), 503–509. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.503>
- Hill, T. J. (2015). *Family Caregiving in Aging Populations*. Palgrave MacMillan. St. Martin's Press LLC. <https://doi.org/10.1057/9781137511560>
- Institute of Palliative Medicine. (2020). *Home-Based Palliative Care: A Manual for Nurses*. Harvest Printing Services Pvt.Ltd.
- Kaasa, T., Loomis, J., Gillis, K., Bruera, E., & Hanson, J. (1997). The Edmonton Functional Assessment Tool: preliminary development and evaluation for use in palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 13(1), 10–19. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(96\)00206-0](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(96)00206-0)
- Kaasa, T., & Wessel, J. (2001). The Edmonton Functional Assessment Tool: Further Development and Validation for Use in Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 5–11. <https://doi.org/10.1177/082585970101700102>
- Karnofsky DA and Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM (ed.) Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press, 1949, pp.191–205
- Mandel, E. I., Bernacki, R. E., & Block, S. D. (2017). Serious Illness Conversations in ESRD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 12(5), 854 LP – 863. <https://doi.org/10.2215/CJN.05760516>
- Mendoza, T., Wang, X., Cleeland, C., Morrissey, M., Johnson, B., Wendt, J., & Huber, S. (1999). The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients. *Cancer*, 85(5), 1186–1196. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19990301\)85:53.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19990301)85:53.0.CO;2-N)
- Moore, R. J. (Ed.). (2014). *Handbook of Pain and Palliative Care*. Springer Science+Business Media, LLC. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1651-8>
- Muszalik, M., Repka, I., Puto, G., Kowal-Skałka, J., & Kędziora-Kornatowska, K. (2021). Assessment of functional status and quality of life of elderly patients undergoing radiotherapy and radiotherapy combined with chemotherapy – A cross-sectional study. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 9–18. <https://doi.org/10.2147/CIAS281871>
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Mendoza, T. R., Pisteveu-Gombaki, K., Vlahos, L., & Cleeland, C. S. (2008). Psychometric Properties of the Brief Fatigue Inventory in Greek Patients with Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(4), 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.10.021>
- Palliative Care Australia. (2018). *National Palliative Care Standards* (5th Ed.). https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/02/PalliativeCare-National-Standards-2018_web-3.pdf
- Paramita, N., Nudwinuringtyas, N., Nuhonni, S. A., Atmakusuma, T. D., Ismail, R. I., Mendoza, T. R., & Cleeland, C. S. (2016). Validity and Reliability of the Indonesian Version of the Brief Fatigue Inventory in Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(5), 744–751. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.04.011>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (N. J. Pender, C. L. Murdaugh, & M. A. Parsons (Eds.); 7th ed.). Pearson Education, Inc.
- Sanvezzo, V. M. de S., Montandon, D. S., & Esteves, L. S. F. (2018). Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review.

- Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 604–615. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180033>
- Suleiman, K., Al Kalalkeh, M., AbuSharour, L., Yates, B., Berger, A., Mendoza, T., Malak, M., Salameh, A. B., Cleeland, C., & Menshawi, A. (2019). Validation study of the Arabic version of the Brief Fatigue Inventory (BFI-A). *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(11), 784–790. <https://doi.org/10.26719/emhj.19.032>
- Timmermann, C. (2013). “Just give me the best quality of life questionnaire”: The Karnofsky scale and the history of quality of life measurements in cancer trials. *Chronic Illness*, 9(3), 179–190. <https://doi.org/10.1177/1742395312466903>
- Verstraten, C. C. J. M. M., Metzelthin, S. F., Schoonhoven, L., Schuurmans, M. J., & de Man-van Ginkel, J. M. (2020). Optimizing patients’ functional status during daily nursing care interventions: A systematic review. *Research in Nursing and Health*, 43(5), 478–488. <https://doi.org/10.1002/nur.22063>
- Victoria Hospice Society. (2006). Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2. In *Medical Care of the Dying*.
- Yildiz Çeltek, N., Süren, M., Demir, O., & Okan, İ. (2019). Karnofsky performance scale validity and reliability of Turkish palliative cancer patients. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 49(3), 894–898. <https://doi.org/10.3906/sag-1810-44>



Kepuasan Keluarga Dalam Perawatan Klien Menjelang Ajal dan Paliatif

Oleh: Ana Nistiandani, S.Kep., Ns., M.Kep

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang pengkajian kepuasan dalam perawatan klien menjelang ajal dan paliatif, peserta didik diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian kepuasan keluarga terhadap asuhan keperawatan klien menjelang ajal dan paliatif.
2. Menentukan masalah keperawatan terkait dengan kepuasan keluarga terhadap asuhan keperawatan klien menjelang ajal dan paliatif.
3. Menentukan intervensi keperawatan terkait dengan kepuasan keluarga terhadap asuhan keperawatan klien menjelang ajal dan paliatif.
4. Mengevaluasi terkait dengan kepuasan keluarga terhadap asuhan keperawatan klien menjelang ajal dan paliatif.

Deskripsi Singkat

Pemahaman dan penguatan keluarga adalah bagian dari *End of Life Caregiving Model*. Peran perawat bukan hanya kepada klien, namun keluarga juga menjadi pusat perhatian dalam memberikan asuhan, karena keluarga juga mengalami proses kehilangan. Adanya diagnosis suatu penyakit pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi sistem keluarga, sehingga asuhan yang diberikan bukan hanya berfokus pada klien. Perawat dapat membantu dan membimbing keluarga dalam masa transisi untuk meningkatkan kapasitasnya sebagai pengasuh anggota keluarga yang sakit (Zerwekh, 2006). Sebuah penyakit terminal menyebabkan banyak gangguan dan kesusahan pada anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan pasien dan ketika penyakit pasien berlanjut, keluarga menghadapi tuntutan stres secara fisik dan secara emosional menuntut (Evans & Coon, 2016). Faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan keluarga adalah hubungan, pendidikan, dukungan emosional, personalisasi perawatan, kompetensi tim perawatan paliatif, komunikasi, dan koordinasi perawatan (Lorenz et al., 2008).

Salah satu cara untuk meningkatkan kualitas dari asuhan *End of Life and Palliative Nursing* pada keluarga adalah dengan menilai kepuasan keluarga. Mengukur kepuasan dapat digunakan untuk menentukan perubahan klinis dan kebijakan dalam perawatan paliatif, sehingga dapat menghasilkan peningkatan kualitas perawatan secara keseluruhan (Aspinal et al., 2003). Salah satu alat ukur yang dapat digunakan adalah *Family Satisfaction with End-of-Life Care (FAMCARE)*. *FAMCARE Scale* merupakan salah satu alat pengukur kepuasan yang paling divalidasi dalam perawatan paliatif mencakup ketersediaan perawatan, perawatan pasien secara fisik, perawatan psikososial, dan pemberian informasi (Guerriere, Zagorski and Coyte, 2013; Neo et al., 2019).

1. Lakukan pengkajian tingkat kepuasan keluarga dengan FAMCARE-2 Scale dengan rekan anda dengan mengikut SOP yang ada.
2. Lakukan interpretasi hasil kajian FAMCARE-2 Scale yang anda dapatkan.
3. Rumuskan diagnosa keperawatan dan rencana intervensi dari data yang anda dapatkan.

Referensi

- Aoun, S., Bird, S., Kristjanson, L. J., & Currow, D. (2010). Reliability testing of the FAMCARE-2 scale: Measuring family carer satisfaction with palliative care. *Palliative Medicine*, 24(7), 674–681. <https://doi.org/10.1177/0269216310373166>
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., & Higginson, I. J. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 42(4), 324–339. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02624.x>
- D'Angelo, D., Punziano, A. C., Mastroianni, C., Marzi, A., Latina, R., Ghezzi, V., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2017). Translation and Testing of the Italian Version of FAMCARE-2: Measuring Family Caregivers' Satisfaction With Palliative Care. *Journal of Family Nursing*, 23(2), 252–272. <https://doi.org/10.1177/1074840717697538>
- Evans, B. C., & Coon, D. W. (2016). The “Reckoning Point” as a Marker for Formal Palliative and End-of-Life Care in Mexican American Families. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 606–630. <https://doi.org/10.1177/1074840716677994>
- Guerriere, D. N., Zagorski, B., & Coyte, P. C. (2013). Family caregiver satisfaction with home-based nursing and physician care over the palliative care trajectory: Results from a longitudinal survey questionnaire. *Palliative Medicine*, 27(7), 632–638. <https://doi.org/10.1177/0269216312473171>
- Ljungberg, A. K., Fossum, B., Fürst, C. J., & Hagelin, C. L. (2015). Translation and cultural adaptation of research instruments-guidelines and challenges: An example in FAMCARE-2 for use in Sweden. *Informatics for Health and Social Care*, 40(1), 67–78. <https://doi.org/10.3109/17538157.2013.872111>
- Lorenz, K. a, Lynn, J., Dy, S. M., Shugarman, L. R., Wilkinson, A., Mularski, R. a, Morton, S. C., Hughes, R. G., Hilton, L. K., Maglione, M., Rhodes, S. L., Rolon, C., Sun, V. C., & Shekelle, P. G. (2008). Annals of Internal Medicine Clinical Guidelines Evidence for Improving Palliative Care at the End of Life. *Annals of Internal Medicine*, 148(2), 147–159. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00010>
- Neo, S. H. S., Yang, G. M. J., Kanesvaran, R., & Cheung, Y. B. (2019). Translation and Validation of the 10-Item FAMCARE Scale to Assess Satisfaction of Family Caregivers With Care Given to Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(5), 878–885.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.07.018>
- Ooraikul, L., Wirojratana, V., Phuackchantuck, R., Chompukeaw, P., & Khaisuwan, C. (2020). Reliability and Validity Testing of the FAMCARE-2 Scale: Thai Translation. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(3), 280–285. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_5_20
- Ringdal, G. I., Jordhøy, M. S., & Kaasa, S. (2003). Measuring quality of palliative care: Psychometric properties of the FAMCARE Scale. *Quality of Life Research*, 12(2), 167–176. <https://doi.org/10.1023/A:1022236430131>
- Zerwekh, J. V. (Ed.). (2006). *Nursing Care at the End of Life: Palliative Care for Patients and Families*. F.A Davis Company.

Kualitas Hidup Pada Klien Menjelang Ajal Dan Paliatif

Oleh:

Ana Nistiandani, S.Kep., Ns., M.Kep

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang pengkajian kualitas hidup klien menjelang ajal dan paliatif, peserta didik diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian kualitas hidup klien menjelang ajal dan paliatif
2. Menentukan masalah keperawatan kualitas hidup klien menjelang ajal dan paliatif
3. Menentukan intervensi keperawatan terkait dengan masalah kualitas hidup klien menjelang ajal dan paliatif
4. Mengevaluasi terkait masalah keperawatan kualitas hidup klien menjelang ajal dan paliatif

Deskripsi Singkat

Kualitas hidup merupakan penilaian individu terhadap kesehatannya yang dipengaruhi oleh nilai budaya, lingkungan dan aspek sosial maupun ekonomi (Endarti, 2015). Hidup yang berkualitas menjadi tujuan hidup setiap individu saat ini (Bakas et al., 2012). Kualitas hidup merupakan 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). Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (*health related quality of life*) dikemukakan oleh Testa dan Nackley, bahwa kualitas hidup berarti suatu rentang antara keadaan objektif dan persepsi subjektif dari mereka. Testa dan Nackley menggambarkan bahwa kualitas hidup merupakan seperangkat bagian-bagian yang berhubungan dengan fisik, fungsional, psikologis, dan kesehatan sosial dari individu. Ketika digunakan dalam konteks ini, hal tersebut sering kali mengarah pada kualitas hidup yang mengarah pada kesehatan.

Kualitas hidup saat menjadi salah satu tujuan dari hasil suatu perawatan/pengobatan, jadi tolok ukurnya bukan hanya tidak ada penyakit atau menurunkan gejala (Cai et al., 2021). Sesuai dengan riset Murtiwi, dkk menjelaskan bahwa individu yang telah didiagnosis dengan penyakit kronis maupun terminal lebih memerlukan kebijakan pelayanan yang bersifat individual yang berfokus pada upaya mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup klien baik di tatanan pelayanan maupun di rumah (Murtiwi et al., 2014). Sejauh ini perawatan pada kondisi sakit lebih banyak berfokus pada fisik klien dan belum secara holistik integratif, sehingga fokus asuhan keperawatannya memberikan pelayanan kepada kebutuhan fisik yang dirasakan oleh pasien. Perawatan paliatif sangat dibutuhkan oleh klien yang terdiagnosis penyakit kronik yang mengarah kepada kondisi terminal, sebagai contoh pada pasien kanker. Perubahan pada penderita kanker menyebabkan perubahan kualitas hidup. Kualitas hidup terdiri dari dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan, keseluruhan dimensi kehidupan tidak hanya dapat ditangani secara kuratif, tetapi perlu pendekatan yang lebih personal berupa perawatan paliatif. Perawatan

	3. Menganalisis hasil untuk melihat keefektifan pengisian kuesioner 4. Ucapkan salam dan akhiri pertemuan dengan klien
7.	HASIL : Dokumentasikan nama tindakan/tanggal/jam tindakan, hasil yang diperoleh, respon klien selama tindakan, nama dan paraf perawat pelaksana. Hasil akhir adalah skor kualitas hidup, yaitu semakin tinggi skor semakin baik kualitas hidup.

Rangkuman

Instrumen pengkajian kualitas hidup klien dalam konteks keperawatan paliatif yaitu *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF*. Instrumen WHOQOL-BREF terdiri dari empat dimensi yaitu fisik, psikologis, sosial dan lingkungan yang terdiri dari 26 item pertanyaan dan merupakan kuesioner baku yang sudah valid dan reliabel.

Evaluasi/Latihan

Berikut ini langkah-langkah yang dapat anda lakukan untuk meningkatkan ketrampilan dalam pengkajian tingkat kualitas hidup klien dalam konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif:

1. Lakukan pengkajian kualitas hidup menggunakan instrumen (WHOQOL)-BREF dengan rekan anda dengan mengikut SOP yang ada.
2. Lakukan interpretasi hasil kajian (WHOQOL)-BREF yang anda dapatkan.
3. Rumuskan diagnosa keperawatan dan rencana intervensi dari data yang anda dapatkan.

Referensi

- Anita, A. (2016). Perawatan Paliatif dan Kualitas Hidup Penderita Kanker. *Jurnal Kesehatan*, 7(3), 508. <https://doi.org/10.26630/jk.v7i3.237>
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellett, M. L., Hadler, K. A., & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>
- Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*, 1(1), 14–22. <https://doi.org/10.3390/uro1010003>
- Endarti, A. T. (2015). Kualitas hidup kesehatan: konsep, model, dan penggunaan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 7(2), 97–108.
- Hasnani, F. (2012). Spiritualitas dan Kualitas Hidup Penderita Kanker Serviks. *Jurnal Poltekkes*, 123–132.
- Murtiwi, M., Nurachmah, E., & Nuraini, T. (2014). Kualitas Hidup Klien Kanker Yang Menerima Pelayanan Hospis Atau Homecare: Suatu Analisis Kuantitatif. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 9(1), 13–18. <https://doi.org/10.7454/jki.v9i1.154>
- Silalahi, A. R. (2019). HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN KANKER PAYUDARA YANG MENJALANI KEMOTERAPI DI RSUP H. ADAM MALIK MEDAN TAHUN 2019. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150–162. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>
- World Health Organization. (2004). WHOQOL User Manual. *Programme on Mental Health*, 1–88.

Berduka Antisipasi dan Berkabung

Oleh:

Dr. Rondhianto, S.Kep., Ns., M.Kep

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang pengkajian berduka dan berkabung pada klien menjelang ajal dan paliatif, peserta didik diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian berduka dalam konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif.
2. Menentukan masalah keperawatan berduka dalam konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif.
3. Menentukan intervensi keperawatan terkait dengan masalah berduka konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif.
4. Mengevaluasi terkait masalah keperawatan berduka dalam konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif.

Deskripsi Singkat

Berduka adalah suatu proses adaptasi sebagai respon normal terhadap kehilangan sesuatu yang penting bagi individu. Kehilangan yang dimaksudkan seperti kesehatan (setelah mengetahui penyakit, cedera mendadak, disablity, dan kondisi penyakit kronis), pekerjaan, status, orang yang dicintai (kematian, penghentian hubungan, atau pemisahan), hewan peliharaan, atau peran (seperti peran ibu saat anak terakhir meninggalkan rumah orang tua) (Videback & Judith M. Schultz, 2013). Banyak situasi yang dapat menimbulkan kehilangan dan dapat menimbulkan respon berduka pada diri seseorang. Kondisi patologis berhubungan dengan kehilangan fungsi atau kemandirian yang bersifat sekunder akibat kehilangan fungsi neurologis, kardiovaskuler, sensori, muskuloskeletal, digestif, pernapasan, ginjal dan trauma. Kondisi lain yaitu berhubungan dengan peristiwa kehilangan dalam jangka waktu yang lama. Kehilangan maturasional berhubungan dengan perubahan akibat penuaan seperti hilangnya teman-teman, pekerjaan, fungsi, rumah, harapan dan impian.

Teori-teori berduka sebelumnya lebih menekankan pada berduka yang dialami karena kehilangan nyata secara mendadak yang tidak dapat diperbaiki seperti kehilangan oleh orang yang dicintai (Eakes et al., 1998; Hogan et al., 2001; Lindemann, 1944; Potter & Perry, 2005; Wright & Hogan, 2008). Namun, penelitian terbaru oleh Vercoulen (2012) dan Boer *et al.*, (2014) yang melakukan studi dan mengembangkan tentang berduka pada kondisi penyakit kronik, seperti pada pasien COPD atau kondisi kronik lain seperti nyeri kronik, *multiple sclerosis*, *rheumatoid arthritis*, diabetes mellitus, penyakit jantung. Yang mana pasien dapat hidup dengan penyakitnya dalam periode lama, akibatnya berduka dapat memanjang, muncul berduka baru akibat komplikasi, maupun terjebak dalam tahap tertentu (Vercoulen, 2012). Kondisi kronik yang mengarah ke paliatif care juga mengalami proses berduka. Berdasarkan penjelasan tersebut, maka dalam konteks asuhan *End of Life*

peran (seperti peran ibu saat anak terakhir meninggalkan rumah orang tua. Dalam konteks perawatan paliatif, kehilangan dapat dialami oleh klien itu sendiri maupun keluarganya. Proses berduka memiliki tahapan, yang seharusnya dapat dilalui dengan normal. Namun, jika individu tidak dapat beradaptasi dengan normal dan cenderung dalam kesedihan yang terus menerus, maka dapat dikatakan sebagai *complicated grief* (kesedihan yang rumit). Instrumen pengkajian berduka (*grief*) yang dialami oleh klien atau keluarga yaitu dengan ADIQ dan CGA.

Evaluasi/Latihan

Berikut ini langkah-langkah yang dapat anda lakukan untuk meningkatkan ketrampilan pengkajian kedukaan pada klien dalam konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif:

1. Lakukan pengkajian tahap berduka yang dialami keluarga menggunakan instrumen ADIQ dan CGA dengan rekan anda dengan mengikut SOP yang ada.
2. Lakukan interpretasi hasil kajian ADIQ dan CGA yang anda dapatkan.
3. Rumuskan diagnosa keperawatan dan rencana intervensi dari data yang anda dapatkan.

Referensi

- Boer, L. M., Daudey, L., Peters, J. B., Molema, J., Prins, J. B., & Vercoulen, J. H. (2014). Assessing the stages of the grieving process in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): validation of the Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ). *International journal of behavioral medicine*, 21(3), 561–570. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9312-3>
- Brion, J. M., Menke, E. M., & Kimball, C. (2013). Grief and HIV Medication Adherence: The Work of Transcending Loss. *Journal of Loss and Trauma*, 18(6), 499–520. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.719341>
- Eakes, georgene G., Burke, M. L., & Hainswort, M. A. (1998). Middle-Range Theory of Chronic Sorrow. *Image: JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 30(2), 179–184.
- Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., Bressler, T., Hospital, G., States, U., City, S. L., States, U., States, U., City, N. Y., & States, U. (2019). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *HHS Public Access*, 61, 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>
- Lindemann, E. (1944). Simptomatology and Management Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- PERA, P. I., VASALLO, J. M., ANDREU, O. G., & RABASA, Y. A. T. (2008). Proceso de adaptación a la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por Kübler-Ross. *Endocrinología y Nutrición*, 55(SUPPL. 2), 78–82. [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(08\)70640-5](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(08)70640-5)
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik* (D. Yulianti & M. Ester (Eds.); Edisi 4). EGC.
- Vercoulen, J. H. (2012). A simple method to enable patient-tailored treatment and to motivate the patient to change behaviour. *Chronic Respiratory Disease*, 9(4), 259–268. <https://doi.org/10.1177/1479972312459974>
- Videback, S. L., & Judith M. Schultz. (2013). Lippincott's Manual of Psychiatric Nursing Care Plans. In *Lippincott Williams & Wilkins*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Wright, P. M., & Hogan, N. S. (2008). Grief Theories and Models Applications to Hospice Nursing Practice. *JOURNAL OF HOSPICE AND PALLIATIVE NURSING*, 10(6).

Penyampaian Berita Buruk Pada Kasus Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif

Oleh:

Akhmad Zainur Ridla, S.Kep., Ns., M.AdvN

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang penyampaian berita buruk pada kasus keperawatan menjelang ajal dan paliatif, peserta didik diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar penyampaian berita buruk kepada klien dan keluarga
2. Mempraktekan cara menyampaikan berita buruk kepada pasien
3. Memberikan *informed consent* kepada pasien dengan tepat
4. Mengkomunikasikan prognosis penyakit pasien dengan asertif.
5. Membuat rencana tindak lanjut keperawatan pasien paliatif

Deskripsi Singkat

Penyampaian berita buruk adalah suatu hal yang tidak terhindarkan bagi perawat. Pasien dan keluarga perlu mengetahui kondisi yang dialami khususnya ketika pasien terdiagnosa penyakit kronis dan mengancam jiwa. Penyampaian kabar atau berita buruk yang baik dan tepat diperlukan agar pasien memiliki pemahaman yang utuh dan realistis terhadap perawatan yang akan diberikan. Sebagai salah satu tenaga kesehatan, perawat memegang peranan penting dalam penyampaian berita buruk terkait pemutusan pengobatan agresif dan dimulainya perawatan paliatif. Hal ini merupakan salah satu tugas seorang perawat dalam memberikan perawatan, advocat dan edukator bagi klien (Bumb et al., 2017).

Dalam keperawatan paliatif, penyampaian berita buruk sering diasosiasikan dalam penyampaian diagnosa, prognosis, perkiraan kemampuan bertahan hidup dan kondisi menjelang ajal. Akan tetapi kegiatan penyampaian berita buruk menjadi tantangan tersendiri bagi perawat karena hal ini memiliki pengaruh secara psikologis bagi pemberi dan penerima berita (von Blanckenburg et al., 2020). Beberapa permasalahan psikologis yang dapat muncul dari kegiatan ini antara lain rasa bersalah, kemarahan, kecemasan dan kelelahan (Bousquet et al., 2015).

Berdasarkan uraian diatas dibutuhkan pendekatan yang terstruktur dan sistematis untuk menyampaikan berita buruk bagi pasien dan keluarga. Salah satu strategi penyampaian berita buruk telah disusun salah satunya adalah protokol SPIKES (*setting, perception, invitation, knowledge, dan empathy*) yang disusun sedemikian rupa agar penyampaian berita buruk dapat dilakukan secara efektif sehingga dapat mencapai tujuan yang diharapkan (Baile et al., 2000).

Evaluasi/Latihan

Berikut ini langkah-langkah yang dapat anda lakukan untuk meningkatkan ketrampilan dalam penyampaian berita buruk kepada klien dan keluarga dalam konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif:

1. Membagi menjadi dengan jumlah 5-6 Mahasiswa
2. Membuat skenario *role play* terkait penyampaian berita buruk berdasarkan langkah-langkah dalam protocol SPIKES
3. Terdapat mahasiswa yang berperan sebagai dokter, perawat pasien dan keluarga
4. Lakukan *role play*
5. Catat informasi penting terkait pelaksanaan *role play*
6. Lakukan *self-reflection* terkait pelaksanaan *role play*

Referensi

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311.
- Bousquet, G., Orri, M., Winterman, S., Brugière, C., Verneuil, L., & Revah-Levy, A. (2015). Breaking bad news in oncology: a metasynthesis. *Journal of Clinical Oncology*, 33(22), 2437–2443.
- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., & Overcash, J. (2017). Breaking bad news: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(5), 573–580.
- Castle, R. (2019). Breaking Bad News. *Learning to Care E-Book: The Nurse Associate*, 237.
- Dean, A., & Willis, S. (2016). The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(6), 265–271.
- Givler, A., Bhatt, H., & Maani-Fogelman, P. A. (2020). The importance of cultural competence in pain and palliative care. *StatPearls [Internet]*.
- Kaplan M. (2010). SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(4), 514–516. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.514-516>
- Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Szydłowski, Ł., Żukowski, M., & Ely, E. (2019). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients—Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 49(1), 70–76.
- Munkombwe, W. M., Petersson, K., & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1643–1652.
- Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263.
- Peixoto, V. G. de M. N. P., Diniz, R. V. Z., & Godeiro, C. de O. (2020). SPIKES-D: a proposal to adapt the SPIKES protocol to deliver the diagnosis of dementia. *Dementia & Neuropsychologia*, 14, 333–339.
- von Blanckenburg, P., Hofmann, M., Rief, W., Seifart, U., & Seifart, C. (2020). Assessing patients' preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Education and Counseling*, 103(8), 1623–1629. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.036>

Penilaian Spiritual Individu dan Keluarga dalam Asuhan Keperawatan Menjelang Ajal and Paliatif

Oleh:

Rismawan Adi Yunanto, S.Kep., Ns., M.Kep

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang penilaian spiritual individu dan keluarga dalam asuhan keperawatan menjelang ajal dan paliatif, peserta didik diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian spiritual individu dengan menggunakan instrument *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (Facit-Sp);
2. Melakukan pengkajian spiritual keluarga dengan menggunakan instrument *The Spirituality Index of Well-Being* (SIWB)
3. Menentukan masalah keperawatan terkait dengan spiritualitas individu dan keluarga
4. Menentukan intervensi keperawatan terkait dengan spiritualitas individu dan keluarga
5. Mengevaluasi terkait dengan spiritualitas individu dan keluarga

Deskripsi Singkat

Spiritualitas dapat didefinisikan sebagai hubungan dengan Tuhan, alam, orang lain, dan sekitarnya. Makna dari spiritualitas tidak terbatas pada kemampuan seorang individu dalam menjalankan perintah agama. Akan tetapi sampai kepada bagaimana seorang individu dapat memiliki hubungan yang sangat erat dengan Tuhan dan merasakan kedamaian (Paul Victor & Treschuk, 2020). Spiritualitas pada pasien yang sedang menjalani perawatan paliatif menjadi salah satu aspek yang sangat penting untuk dapat dipenuhi, terutama bagi pasien yang menganggap penyakit yang dialaminya adalah penyakit yang serius dan mengancam jiwa (Nuraeni et al., 2015). Tidak hanya untuk individu yang sedang menjalani perawatan paliatif, keluarga yang menjadi pemberi perawatan juga perlu untuk diperhatikan aspek spiritualitasnya (Vigna et al., 2020).

Pemenuhan kebutuhan spiritual adalah pusat dari hospice dan perawatan paliatif. Pasien yang menghadapi penyakit serius dan mengancam jiwa memiliki kebutuhan penting dalam hal iman, harapan, dan kekhawatiran eksistensial (Ferrell, 2017). Spiritualitas dapat memberi makna pada kehidupan, memberikan dukungan dan bimbingan dalam situasi yang kompleks pada individu dan keluarga yang tengah menjalani proses perawatan paliatif (Gijsberts et al., 2019). Kesejahteraan spiritual memiliki implikasi penting bagi individu dan keluarga sebagai salah satu caregiver. Perawat sebagai pemberi asuhan Keperawatan memiliki fungsi yang vital dalam melakukan pengkajian kebutuhan spiritual, menegakkan diagnosis keperawatan terkait kebutuhan spiritual dan memenuhi kebutuhan spiritual pada individu atau keluarga yang tengah menjalani perawatan paliatif (Harrad et al., 2019).

- Daaleman, T. P., & Frey, B. B. (2004b). The spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality-of-life research. *Annals of Family Medicine*, 2(5), 499–503. <https://doi.org/10.1370/afm.89>
- Ferrell, B. R. (2017). Spiritual Care in Hospice and Palliative Care. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 20(4), 215–220. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2017.20.4.215>
- Gijsberts, M.-J. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Medical Sciences*, 7(2), 25. <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
- Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R., & Sulla, F. (2019). Spiritual care in nursing: An overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomedica*, 90(6), 44–55. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300>
- Nuraeni, A., Nurhidayah, I., Hidayati, N., Windani Mambang Sari, C., & Mirwanti, R. (2015). Kebutuhan Spiritual pada Pasien Kanker. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v3(n2), 57–66. <https://doi.org/10.24198/jkp.v3n2.1>
- Paul Victor, C. G., & Treschuk, J. V. (2020). Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 107–113. <https://doi.org/10.1177/0898010119895368>
- Rondhianto, R., Nursalam, N., Kusnanto, K., Melaniani, S., & Ahsan, A. (2020). Analysis of the Sociodemographic and Psychological Factors of the Family Caregivers' Self-Management Capabilities for Type 2 Diabetes Mellitus. *Jurnal Ners*, 14(2), 215. <https://doi.org/10.20473/jn.v14i2.16592>
- Vigna, P. M., De Castro, I., & Fumis, R. R. L. (2020). Spirituality alleviates the burden on family members caring for patients receiving palliative care exclusively. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00585-2>

Penyusunan Asuhan Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif

Oleh:

Rismawan Adi Yunanto, S.Kep., Ns., M.Kep

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang penyusunan asuhan keperawatan menjelang ajal dan paliatif, peserta didik diharapkan mampu:

1. Menyusun pengkajian keperawatan klien menjelang ajal dan paliatif
2. Menentukan diagnosis keperawatan klien menjelang ajal dan paliatif
3. Membuat rencana keperawatan klien menjelang ajal dan paliatif
4. Menyusun implementasi keperawatan klien menjelang ajal dan paliatif
5. Melakukan evaluasi keperawatan klien menjelang ajal dan paliatif

Deskripsi Singkat

Perawat paliatif memiliki tanggung jawab profesional yang didasarkan pada kode etik keperawatan dengan menekankan perawatan komprehensif untuk mendukung kebutuhan holistik pasien dan pengasuh mereka termasuk penilaian dan pengobatan kesehatan fisik, emosional, dan spiritual (Hagan et al., 2019). Perawat perawatan paliatif bekerja dalam pengaturan yang bervariasi termasuk: rumah pasien, rumah sakit tempat tinggal, klinik, fasilitas perawatan jangka panjang dan terampil, dan fasilitas rawat inap akut (Libreros Julia, 2020). Berdasarkan hal tersebut perawat menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien dan keluarga daripada profesional kesehatan lainnya karena mereka menghadapi penyakit serius (Schroeder & Lorenz, 2018).

Perawat memiliki tugas untuk mendidik, memberi saran, dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan anggota keluarganya. Tugas lain termasuk penilaian fisik, riwayat kesehatan, promosi kesehatan, konseling, pendidikan, pengobatan dan administrasi perawatan, perawatan luka, dan berbagai intervensi pribadi lainnya. Perawat berkonsultasi dan berkolaborasi dengan tim multidisiplin dan berkontribusi pada rencana perawatan. Perawat dapat mengawasi pemberian perawatan oleh tenaga medis lain seperti asisten perawat serta melakukan penelitian untuk mendukung peningkatan praktik dan perbaikan pasien (Schroeder & Lorenz, 2018). Untuk menjamin pelaksanaan tersebut, asuhan keperawatan yang komprehensif perlu didokumentasikan dengan baik, sebagai rekam aktivitas perawat dalam melakukan serangkaian proses perawatan pada pasien dari awal hingga akhir. Dokumentasi yang jelas, akurat, dan lengkap dalam proses keperawatan sangat penting untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan sangat penting untuk komunikasi yang efektif dalam tim. Dengan demikian kemampuan seorang perawat paliatif dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan paliatif sangat diperlukan dalam menunjang proses perawatan (Doody et al., 2018)

	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisis hasil skor yang didapatkan 2. Evaluasi tingkat spiritual klien 3. Berikan reinforcement positif 4. Salam dan akhiri pertemuan
6.	<p>HASIL : Tersusun dokumen asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.</p>
7.	<p>Hal-hal yang perlu diperhatikan: Kondisi pasien ketika diruang perawatan; tindakan prosedur oleh perawat, dan kemampuan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan</p>

Rangkuman

Perawat memiliki tugas untuk mendidik, memberi saran, dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan anggota keluarganya. Tugas lain termasuk penilaian fisik, riwayat kesehatan, promosi kesehatan, konseling, pendidikan, pengobatan dan administrasi perawatan, perawatan luka, dan berbagai intervensi pribadi lainnya. Perawat berkonsultasi dan berkolaborasi dengan tim multidisiplin dan berkontribusi pada rencana perawatan. Untuk menjamin pelaksanaan tersebut, asuhan keperawatan yang komprehensif perlu didokumentasikan dengan baik, sebagai rekam aktivitas perawat dalam melakukan serangkaian proses perawatan pada pasien dari awal hingga akhir. Dokumentasi yang jelas, akurat, dan lengkap dalam proses keperawatan sangat penting untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan sangat penting untuk komunikasi yang efektif dalam tim.

Evaluasi/Latihan

Berikut ini langkah-langkah yang dapat anda lakukan untuk meningkatkan ketrampilan menyusun asuhan keperawatan kepada klien menjelang ajal dan paliatif:

1. Lakukan *review* salah satu asuhan keperawatan menjelang ajal dan paliatif dari mahasiswa profesi ners
2. Lakukan analisis dan telaah dengan detail tentang asuhan keperawatan yang telah dikerjakan dengan melihat lima proses keperawatan.

Referensi

- Doody, O., Bailey, M. E., Moran, S., & Stewart, K. (2018). Nursing documentation in palliative care: An integrative review. *Journal of Nursing*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.7243/2056-9157-5-3>
- Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., Bressler, T., Hospital, G., States, U., City, S. L., States, U., States, U., City, N. Y., & States, U. (2019). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *HHS Public Access*, 61, 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>
- Libreros Julia. (2020). *Global Directory of Palliative Care Institutions and Organizations - International Association for Hospice & Palliative Care*.
- Olfah, Y. (2016). *DOKUMENTASI KEPERAWATAN*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Schroeder, K., & Lorenz, K. (2018). Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4–8. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17

Pengkajian Nyeri Klien Menjelang Ajal dan Paliatif

Oleh:

Akhmad Zainur Ridla, S.Kep., Ns., M.AdvN

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang pengkajian nyeri pada klien menjelang ajal dan paliatif di tatanan klinik dan komunitas menggunakan alat penilaian yang terstandar, peserta didik diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar pengkajian nyeri pada klien menjelang ajal dan paliatif
2. Mendemonstrasikan pengkajian nyeri menggunakan *Behavioural Pain Scale* (BPS)
3. Mendemonstrasikan pengkajian nyeri menggunakan *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT)

Deskripsi Singkat

Nyeri merupakan permasalahan yang umum terjadi pada pasien yang menerima perawatan paliatif. Nyeri merupakan salah satu gejala yang paling sering muncul dan menjadi penyebab utama dari morbiditas yang dialami klien, selain gejala-gejala lainnya, seperti: mual dan muntah. Jenis nyeri yang dialami oleh pasien yang menerima perawatan paliatif sebagian besar adalah nyeri kronis (Kotfis et al., 2019). Pemahaman perawat terhadap nyeri yang dialami pasien memegang peranan penting dalam tercapainya mutu pelayanan perawatan paliatif yang baik (Givler et al., 2020). Hal ini dikarenakan dengan pemahaman terkait kondisi yang dialami oleh pasien, maka perawat sebagai penyedia layanan perawatan paliatif dapat melakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi permasalahan pasien tersebut, sehingga dapat meningkatkan kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Peranan tersebut sangat penting karena nyeri yang dialami pasien akan berpengaruh negatif terhadap kualitas hidup dan dapat menjadi penyebab kematian (Munkombwe et al., 2020).

Salah satu tantangan dalam menentukan nyeri yang dialami pasien adalah pada kasus pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Sesuai dengan konsep nyeri yang merupakan pengalaman subjektif seseorang, maka hanya pasien yang merasakannya yang dapat mendefinisikan pengalaman yang dirasakan. Akan tetapi pasien yang menerima perawatan paliatif yang berada pada kondisi kritis dan mengalami penurunan kesadaran akan menyulitkan perawat mengidentifikasi nyeri yang dialami. (Mercadante et al., 2018). Hal yang sama terjadi pada pasien yang mengalami permasalahan neurologis dan psikologis, contoh: afasia, dementia, delirium dan psikosis (Kotfis et al., 2019).

Alat pengkajian nyeri yang dapat digunakan untuk mengkaji nyeri pada klien dengan kriteria diatas antara lain *behavioural pain scale* (Payen et al., 2001) dan *critical care pain observation tool* (Kotfis et al., 2019) Kedua alat pengkajian tersebut memudahkan perawat dalam mengidentifikasi nyeri yang dialami oleh pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan tidak mampu mengungkapkan nyeri yang dialami.

Rangkuman

Nyeri adalah gejala yang paling sering dialami pasien yang menerima perawatan paliatif. Ketidakmampuan dalam mengelola nyeri dapat menurunkan kualitas hidup klien menjelang ajal dan paliatif. Kondisi kesehatan klien dapat beragam, beberapa ada dalam kondisi kesadaran penuh. Namun demikian ada juga klien yang dalam kondisi tidak sadar. Perawat memegang peranan penting dalam manajemen nyeri pasien sehingga harus mempunyai kemampuan yang mumpuni dalam melakukan pengkajian nyeri dengan tepat dan akurat. Instrumen yang dapat digunakan dalam pengkajian nyeri adalah *Behavioral Pain Scale*. Namun demikian dalam kondisi tidak sadar maka, diperlukan instrumen yang lebih spesifik, diantaranya *Critical Care Pain Observation Tool* yang didesain khusus untuk pengkajian nyeri pada klien dengan penurunan kesadaran.

Evaluasi/Latihan

Berikut ini langkah-langkah yang dapat anda lakukan untuk meningkatkan ketrampilan dalam melakukan pengkajian nyeri pada klien menjelang ajal dan paliatif:

1. Cari jurnal *case study* yang membahas nyeri pada *critically ill patient* yang dirawat di ICU
2. Baca uraian kasus dan tentukan nyeri yang dialami pasien berdasarkan uraian yang dituliskan
3. Lakukan *self-reflection* terkait pengkajian nyeri pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran menggunakan CPOT dan BPS

Referensi

- Endeman, H., & Bosman, R. J. (2015). Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain ... *Journal of Critical Care*, (September 2014), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.09.007>
- Emsden, C., Schäfer, U. B., Denhaerynck, K., Grossmann, F., Frei, I. A., & Kirsch, M. (2020). Validating a pain assessment tool in heterogeneous ICU patients: Is it possible? *Nursing in Critical Care*, 25(1), 8–15.
- Givler, A., Bhatt, H., & Maani-Fogelman, P. A. (2020). The importance of cultural competence in pain and palliative care. *StatPearls [Internet]*.
- Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Szydłowski, Ł., Żukowski, M., & Ely, E. (2019). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients—Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 49(1), 70–76.
- Mercadante, S., Gregoretti, C., & Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, 18(1), 1–6.
- Munkombwe, W. M., Petersson, K., & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1643–1652.
- Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263.

Terapi Komplementer dalam Perawatan Klien Menjelang Ajal dan Paliatif

Oleh:
Kushariyadi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang terapi komplementer dalam perawatan klien menjelang ajal dan paliatif, peserta didik diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar terapi komplementer
2. Menentukan terapi komplementer yang tepat sesuai dengan kondisi klien
3. Mendemonstrasikan terapi komplementer: terapi spiritual
4. Mendemonstrasikan terapi komplementer: aroma terapi
5. Mendemonstrasikan terapi komplementer: air putih

Deskripsi Singkat

Terapi di dunia kesehatan saat ini berkembang dengan pesat, baik terapi konvensional maupun terapi-terapi pelengkap atau disebut “terapi komplementer”. Terapi komplementer disebut juga terapi modalitas merupakan metode pemberian terapi yang menggunakan kemampuan fisik atau elektrik. Manfaat terapi komplementer untuk membantu proses penyembuhan dan mengurangi keluhan yang dialami oleh klien sehingga dapat diterapkan pada pasien dengan menjelang ajal dan paliatif secara komprehensif.

Beberapa terapi komplementer yang bisa dilakukan kepada klien menjelang ajal dan paliatif adalah terapi spiritual, aroma terapi, dan terapi air putih. Perkembangan terapi modern saat ini juga berkembang ke arah pendekatan keagamaan (psikoreligius). Dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa tingkat keimanan seseorang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan tubuh dalam menghadapi berbagai masalah kehidupan yang merupakan stresor psikososial. WHO menetapkan unsur spiritual (agama) sebagai salah satu dari empat unsur kesehatan. Keempat unsur kesehatan tersebut adalah sehat fisik, sehat psikis, sehat sosial, dan sehat spiritual. Pendekatan ini diadopsi oleh psikiater Amerika Serikat (The American Psychiatric Association, 1992) yang dikenal dengan pendekatan bio-psiko-sosio-spiritual.

Aroma terapi merupakan terapi modalitas atau pengobatan alternatif dengan menggunakan sari tumbuhan aromatik murni berupa bahan cairan tanaman yang mudah menguap dan senyawa aromatik lain dari tumbuhan (Primadiati, 2002). Mekanisme kerja aroma terapi di dalam tubuh berlangsung melalui dua sistem fisiologis yaitu sistem sirkulasi tubuh dan sistem penciuman. Bila diminum atau dioleskan pada permukaan kulit, minyak esensial akan diserap tubuh melalui proses pencernaan dan penyerapan kulit oleh pembuluh kapiler dan selanjutnya akan dibawa oleh sistem sirkulasi, baik sirkulasi darah maupun sirkulasi limfatik. Pembuluh kapiler mengantarkan minyak

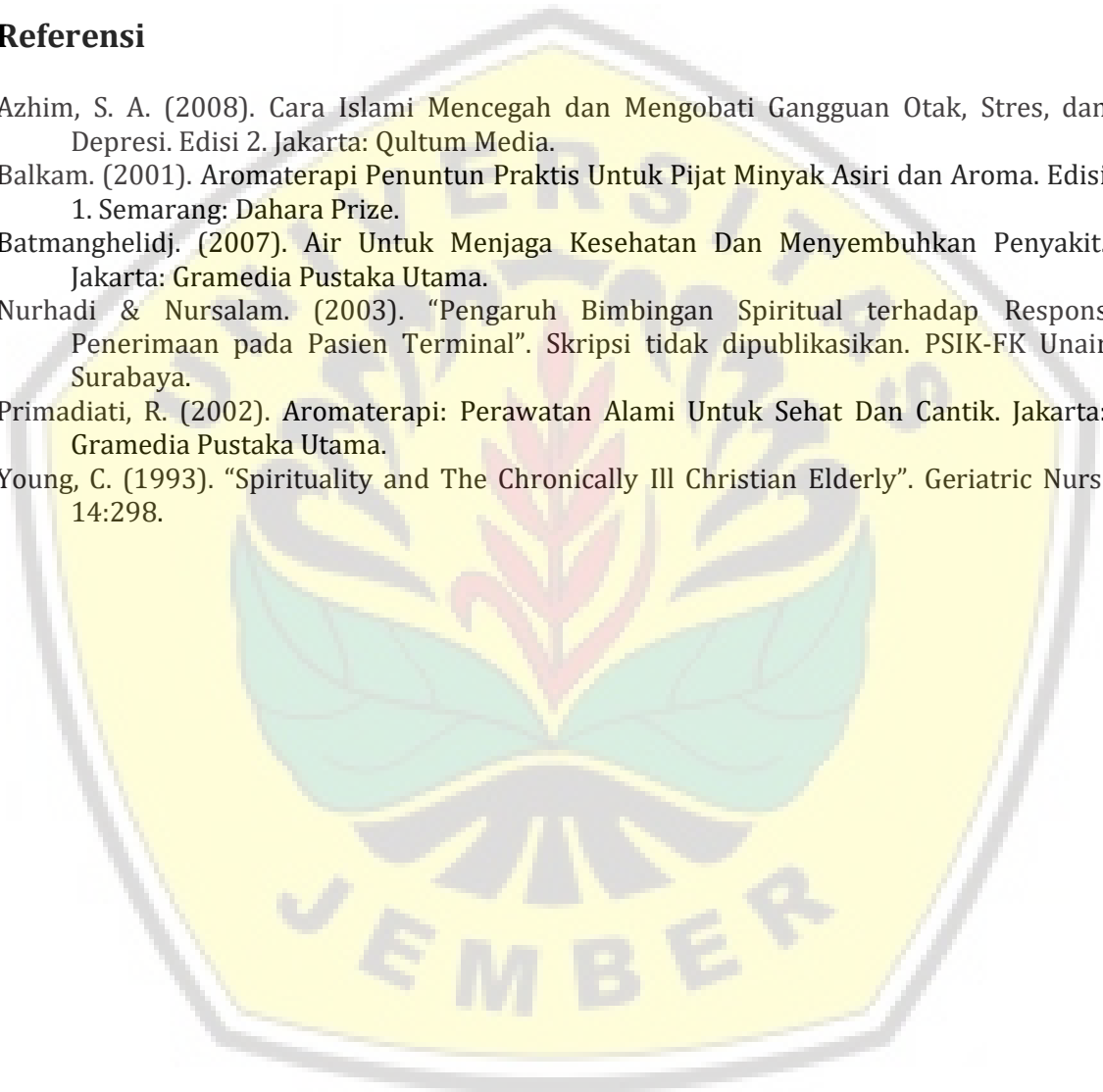
Evaluasi/Latihan

Berikut ini langkah-langkah yang dapat anda lakukan untuk meningkatkan ketrampilan dalam melakukan terapi komplementer kepada klien dan keluarga dalam konteks keperawatan menjelang ajal dan paliatif:

1. Lakukan terapi komplementer kepada salah satu rekan anda
2. Ikuti alur prosedur sesuai dengan SOP
3. Evaluasi tindakan yang telah anda lakukan

Referensi

- Azhim, S. A. (2008). Cara Islami Mencegah dan Mengobati Gangguan Otak, Stres, dan Depresi. Edisi 2. Jakarta: Qultum Media.
- Balkam. (2001). Aromaterapi Penuntun Praktis Untuk Pijat Minyak Asiri dan Aroma. Edisi 1. Semarang: Dahara Prize.
- Batmanghelidj. (2007). Air Untuk Menjaga Kesehatan Dan Menyembuhkan Penyakit. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Nurhadi & Nursalam. (2003). "Pengaruh Bimbingan Spiritual terhadap Respons Penerimaan pada Pasien Terminal". Skripsi tidak dipublikasikan. PSIK-FK Unair Surabaya.
- Primadiati, R. (2002). Aromaterapi: Perawatan Alami Untuk Sehat Dan Cantik. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Young, C. (1993). "Spirituality and The Chronically Ill Christian Elderly". Geriatric Nurs. 14:298.



Tata Laksana Jenazah: Studi kasus Pada Klien COVID-19

Oleh:
Kushariyadi, S.Kep., Ns., M.Kep

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mengikuti proses pembelajaran praktikum tentang tatalaksana jenazah dengan studi kasus pada klien COVID-19, peserta didik diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar tatalaksana jenazah
2. Menjelaskan tahapan tata laksana jenazah pada klien covid-19.
3. Mendemonstrasikan tata laksana jenazah pada klien covid-19.

Deskripsi Singkat

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) merupakan penyakit yang sangat menular yang disebabkan oleh *severe acute respiratory syndrome coronavirus-2* (SARS-Cov-2). Kasus COVID-19 pertama kali ditemukan di Wuhan, China pada bulan Desember 2019 dan saat ini menjadi pandemi di seluruh dunia. SARS Cov-2 dapat menyerang pada semua organ tubuh manusia. Namun organ target utama adalah paru-paru, karena virus mengakses sel inang melalui reseptor angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), yang banyak sekali terdapat di sel alveolar tipe II paru-paru. Virus ini menggunakan glikoprotein permukaan khusus yang disebut "spike" untuk terhubung ke reseptor ACE2 dan masuk ke sel inang (Li et al., 2020).

Virus ini bisa ditularkan melalui udara (*airborne*) yang dapat menular dalam jarak > 1 meter, atau melalui droplet yang berasal dari saluran pernafasan sejauh kurang dari 1 meter atau droplet yang menempel di permukaan benda. Selain itu virus ini juga dapat ditularkan melalui droplet nuclei dalam feses penderita kepada orang lain (Harrison et al., 2020; Xu et al., 2020). Infeksi dari virus SARS-Cov2 dapat menyebabkan reaksi imunitas yang berlebihan, sehingga menyebabkan terjadinya badai sitokin (*cytokines storm*) yang dapat menyebabkan kerusakan berbagai organ tubuh (*multiple organ failure*). Organ yang mengalami serangan selain paru-paru adalah jantung, saluran cerna, hati, ginjal dan organ lainnya yang kemudian dapat menyebabkan kematian (Ye et al., 2020).

Tata laksana jenazah pada klien COVID-19 penting dilakukan secara tepat untuk mencegah penularan kepada orang lain yang melakukan prosedur pemandian sampai dengan pemakaman jenazah. Tatalaksana jenazah klien COVID-19 secara islami adalah prosedur pelaporan kasus kematian dan penanganan jenazah muslim akibat COVID-19, penyerahan jenazah oleh petugas pemulasaran kepada petugas pemakaman, sampai pada proses menuju pemakaman. Kegiatan ini sangat bermanfaat untuk meningkatkan pemahaman dan menyampaikan informasi terkait kegiatan pemulasaran dan penguburan jenazah muslim akibat COVID-19 dan juga memutus mata rantai penularan COVID-19 dari jenazah kepada orang lain.