RUMAH SINGGAH DALAM PERAWATAN PALIATIF



Penulis:

dr. Ni Ketut Putri Ariani, SpKJ

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALISAS-I BAGIAN/SMF PSIKIATRI FK UNUD/RSUP SANGLAH

2018

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadapan Tuhan Yang Maha Esa/ Ida Sang Hyang Widhi Wasa, karena atas karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan tulisan ini.

Dalam penyusunan penulisan ini, penulis banyak memperoleh masukan serta bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Melalui kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak

Akhir kata penulis menyadari bahwa penelitian kecil ini masih jauh dari sempurna sehingga memerlukan bimbingan, kritik dan saran, dan atas perhatiannya penulis mengucapkan terima kasih.

Denpasar,

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	Error! Bookmark not defined.
<u>DAFTAR ISI</u>	2
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	2
BAB II	<u>3</u>
PERAWATAN PALIATIF	<u>3</u>
2.1. Epidemiologi Perawatan Rumah Sakit pada Penyakit Kro	onis 3
2.2 Definisi Perawatan Paliatif	5
2.3 Masalah Perawatan Pada Pasien Paliatif	9
2.3.1 Masalah Fisik	9
2.3.2 Masalah Psikologi	10
2.3.3 Masalah Sosial	10
2.3.4 Masalah Spiritual	10
2.4 Indikasi Pelayanan Paliatif	11
2.5 Psinsip dan Langkah-langkah Pelayanan Paliatif	12
BAB III	14
PERAWATAN HOSPIS	14
Profile Rumah singgah Yayasan Kanker Indonesia	18
BAB III	19
KESIMPULAN	19
Daftar Pustaka	21

BABI

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan baik pada dewasa dan anak seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, cystic fibrosis, stroke, Parkinson, gagal jantung, penyakit genetika dan penyakit infeksi seperti HIV/ AIDS memerlukan perawatan paliatif, disamping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pada stadium lanjut, pasien dengan penyakit kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya (Aldridge *et al.*, 2015).

Kebutuhan pasien pada stadium lanjut tidak hanya dalam pemenuhan/ pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif dan perawatan hospis (hospice care). Perawatan hospis sering kali dianggap merupakan bagian dari perawatan paliatif, namun sesungguhnya mengandung makna yang berbeda (Kelley and Morrison, 2015). Perawatan hospis belum begitu dikenal dan diaplikasikan dalam manajemen kesehatan di Indonesia. Hospice care merupakan pelayanan terpadu yang memberikan dukungan kepada pasien supaya merasa hidup lebih nyaman dan damai diakhir kehidupan.

Masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Konsep baru perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan lebih baik. Perawatan paliatif dan hospis merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan dasar falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya (Rochmawati, Wiechula and Rn, 2016).

1.2 Batasan Masalah

Tinjauan pustaka ini berupaya untuk menjelaskan perawatan pasien khususnya di perawatan hospis yang selama ini masih rancu dengan bidang perawatan paliatif. Penulis akan menggambarkan terlebih dahulu mengenai perawatan paliatif, baik itu dari segi definisi, epidemiologi, permasalahan dan tujuan dari perawatan paliatif. Pada bagian akhir dari tulisan ini, akan diberikan gambaran mengenai rumah singgah yang bernaung di bawah yayasan Kanker Indonesia cabang Denpasar.

BAB II

PERAWATAN PALIATIF

Mrs Morton, 82 tahun dengan kanker ovarium, metastase ke paru-paru, liver dan peritonem serta mengalami ascites, terdiagnosa sejak setahun yang lalu. Pasien sudah menjalani berkali-kali siklus kemoterapi dan telah berhenti dari pengobatan kemoterapi sejak beberapa bulan yang lalu dikarenakan penyakitnya yang bertambah *progressive* serta kelelahan yang meningkat. Pasien tinggal bersama anak perempuannya, menantu beserta 3 orang cucunya. Beberapa hari sebelumnya, Mrs Morton tidak mau makan dan minum, menjadi banyak tidur dan menghabiskan semua waktunya di tempat tidur. Pada suatu pagi, anaknya menemukan Mrs Morton tidak mampu untuk berbicara atau bahkan membuka mtanya; nafasnya cepat dan mengerang.

Karena merasa panik, anaknya menghubungi telefon darurat 911 dan ambulan tiba segera di rumah Mrs Morton. Pasien ditemukan hipotensi, takipneu, takikardi, hipoksik dan dalam keadaan gagal nafas. Petugas segera memasang infuse set, memberikan cairan dan oksigen serta segera membawa Mrs Morton ke rumah sakit.

Setibanya di IGD, pihak dokter jaga dan perawat menanyakan pada keluarga: "apakah anda ingin kami melakukan semua hal yang memungkinkan untuk pasien?'

Pihak keluarga tentunya memberikan respon "Ya", sebagaimana layaknya jika semua orang ditanya. Pihak dokter menelpon spesialis bagian emergensi serta unit intensif care (Pantilat *et al.*, 2015)

2.1. Epidemiologi Perawatan Rumah Sakit pada Penyakit Kronis

Kasus yang diuraikan diatas, bagi para dokter, spesialis dan perawat tentunya merupakan hal yang biasa terjadi. Hampir sepertiga orang di Amerika meninggal di RS dan juga banyak yang menghabiskan sisa hidupnya di rumah sakit. Sepertiga kasus mendapat perawatan ICU pada saat terakhir dalam hidupnya dan lebih dari setengah meninggal di RS atau panti jompo.

Masih menjadi perdebatan, apakah kasus seperti diatas memerlukan perawatan di rumah sakit untuk perawatan kualitas hidupnya ataukah hospis atau perawatan paliatif di rumah lebih diperlukan untuk pasien? (Pantilat *et al.*, 2015).

Banyak orang masih menganggap rumah sakit sebagai sarana yang dapat

memberikan ketenangan dan kenyamanan serta pemulihan dari penyakit yang dialaminya, misalnya pasien dengan sesak oleh karena COPD atau mengalami nyeri menjadi lebih baik dan gejala berkurang setelah mendapatkan perawatan rumah sakit. Dalam kasus ilustrasi diatas, rumah sakit tidak dapat memberikan pemulihan atas kesehatan pasien, namun malah memberikan beban tambahan bagi pasien dan keluarganya. Sangat sulit menentukan dan memprediksikan kasus yang mana jika dirawat inap akan memberikan lebih banyak keuntungan. Dari survery, ditemukan bahwa pasien memerlukan rasa bebas nyeri dan gejala-gejala lainnya, komunikasi yang jelas mengenai sakit pasien, prognosis dan pilihan perawatan serta adanya dukungan secara psikososial dan spiritual. Perkembangan saat ini, rumah sakit tidak hanya merawat orang dengan kondisi medik yang biasa seperti pneumonia dan COPD, jantung, bedah, namun juga berhadapan dengan pasien kanker serta kasus kasus dengan penyakit yang serius dan menjelang ajal (Pantilat *et al.*, 2015).

Lima puluh dua juta orang meninggal setiap tahunnya, dan diperkirakan jutaan orang meninggal dengan penuh penderitaan. Sekitar lima juta orang meinggal karena kanker dalam setiap tahun serta banyak yang sekarat dikarenakan penyakit AIDS dan penyakit lainnya yang semestinya mendapat manfaat dari perawatan paliatif (Doyle and Woodruff, 2013). Di Indonesia, prevalensi penyakit kanker juga cukup tinggi. Pada tahun 2008 penderita kanker yang meninggal dunia sebanyak 7,6 juta orang dari 12,7 juta kasus. Pada tahun 2012 penderita kanker menjadi 14,1 juta kasus dan yang meninggal 8,2 juta. Hal ini berarti ada peningkatan sebanyak 600.000 orang yang meninggal setiap 4 tahun akibat kanker. Maka dapat diperkirakan pada tahun 2016 penderita kanker yang meninggal dunia sebanyak 10, 6 juta orang. Diperkirakan juga pada tahun 2030, insiden kanker dapat mencapai 26 juta orang dan yang meninggal 17 juta orang Berdasarkan data riset kesehatan dasar. Prevalensi tumor/kanker di Indonesia adalah 1,4 per 1000 penduduk atau sekitar 330.000 orang pada tahun 2013 (Kemenkes RI, 2017)

Banyak laporan dan jurnal yang telah mempublikasikan kematian yang disertai dengan penderitaan seperti mengalami rasa nyeri yang tidak terkontrol; gejala-gejala

fisik yang tidak terkontrol; masalah psikososial dan spiritual yang belum terselesaikan serta kematian dalam perasaan takut serta kesepian. Hal-hal seperti ini yang semestinya dapat dicegah dengan perawatan paliatif dan hospis (Grudzen *et al.*, 2010).

Seperti yang tercantum dalam The International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC):

"The relief of suffering is an ethical imperative:

- every patient with an active, progressive, far-advanced illness has a right to palliative care
- every doctor and nurse has a responsibility to employ the principles of palliative care in the care of these patients" (Doyle and Woodruff, 2013).

Perawatan paliatif merupakan kebutuhan yang sangat esensial bagi pasien-pasien yang mengalami kondisi medis tertentu dan sudah sepatutnya tenaga medis dalam hal ini dokter, spesialis, perawat dan juga ahli lain seperti dalam bidang spiritual berkolaborasi dalam perawatan paliatif (Campbell, 2013; Lilley *et al.*, 2016).

2.2 Definisi Perawatan Paliatif

"Palliative care is the care of patients with active, progressive, far advanced disease, for whom the focus of care is the relief and prevention of suffering and the quality of life" (Doyle and Woodruff, 2013)

Berdasarkan statement diatas, tidak semua penyakit dapat dimasukkan ke dalam perawatan paliatif. Seorang klinisi harus dapat memahami, pasien-pasien dengan kriteria apa saja yang perlu mendapatkan perawatan paliatif. Penyakit kronis seperti kencing manis, rematik tidak dapat digolongkan ke dalam penyakit yang active, progressive, far advanced, meskipun tergolong dalam penyakit yang kronis (Doyle and Woodruff, 2013).

Seperti yang tercantum dalam World Health Organization, perawatan paliatif

adalah pendekatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien baik itu pasien dewasa maupun anak-anak serta keluarganya dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, dengan cara meringankan penderitaan rasa sakit melalui identifikasi dini, pengkajian yang sempurna, dan penatalaksanaan nyeri serta masalah lainnya baik fisik, psikologis, sosial atau spiritual. Tujuan utamanya yaitu meningkatkan kualitas kehidupan baik bagi pasien dan juga keluarganya. Perawatan paliatif merupakan kolaborasi dari tim yang terdiri dari dokter, perawat dan tenaga ahli lainnya untuk menyediakan dukungan. Perawatan paliatif bisa untuk pasien usia berapa saja dan pada stage sakit berapa saja serta dapat berdampingan dengan perawatan kuratif (Vadivelu, Kaye and Berger, 2013; Pantilat *et al.*, 2015).

Satu pertanyaan penting untuk menentukan apakah seorang pasien memerlukan perawatan palitaif yaitu "apakah kita terkejut jika pasien ini mati dalam setahun?" Jika pertanyaan ini masih sulit untuk dijawab maka, tabel berikut dapat memberikan gambaran pasien mana saja yang cocok untuk mendapatkan perawatan paliatif.

Table 1.1 Types of Patients Appropriate for Palliative Care

- · Advanced heart failure, second readmission in a year
- · Breast cancer and malignant pleural effusion
- Brain metastases
- · Dementia and aspiration pneumonia
- · New diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis
- · Cirrhosis, second admission for altered mental status
- Awaiting solid organ transplant
- · "Would I be surprised if this patient died in the next year?"
 - If the answer is "No," provide and/or refer for palliative care.

Diambil dari Pantilat, 2015

Perawatan paliatif dilakukan pada pasien dengan penyakit yang dapat membatasi hidup mereka atau penyakit terminal dimana penyakit ini sudah tidak lagi merespon terhadap pengobatan yang dapat memperpanjang hidup. Perawatan paliatif berfokus pada pasien dan keluarga dalam mengoptimalkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan menghilangkan penderitaan. Perawatan paliatif

mencangkup seluruh rangkaian penyakit termasuk fisik, intelektual, emosional, sosial, dan kebutuhan spiritual serta untuk memfasilitasi otonomi pasien, mengakses informasi, dan pilihan (Doyle and Woodruff, 2013).

Permasalahan yang sering muncul ataupun terjadi pada pasien dengan perawatan paliatif meliputi masalah psikologi, masalah hubungan sosial, konsep diri, masalah dukungan keluarga serta masalah pada aspek spiritual (Campbell, 2013). Perawatan paliatif ini bertujuan untuk membantu pasien yang sudah mendekati ajalnya, agar pasien aktif dan dapat menerima sakitnya. Perawatan paliatif ini meliputi mengurangi rasa sakit dan gejala lainnya, membuat pasien menganggap kematian sebagai proses yang normal, mengintegrasikan aspek-aspek psikokologis dan spritual. Selain itu perawatan paliatif juga bertujuan agar pasien terminal tetap dalam keadaan nyaman dan dapat meninggal dunia dengan baik dan tenang (Yennurajalingam and Bruera, 2016)

Penyakit yang tidak dapat disembuhkan terutama bila mencapai stadium terminal menimbulkan penderitaan bukan saja bagi pasien, tetapi juga bagi keluarga. Penderitaan akibat gejala fisik yang tidak ditangani dengan baik, misalnya nyeri dapat menimbulkan gejala fisik lain seperti kehilangan nafsu makan, mual, gangguan tidur, keterbatasan aktivitas, kelelahan yang mengakibatkan turunnya kualitas hidup. Nyeri juga menimbulkan kecemasan dan ketakutan yang pada akhirnya memperburuk kondisi fisik. Berkurangnya kecantikan tubuh akibat penyakit atau pengobatan atan menimbulkan rasa rendah diri dan keinginan mengisolasi diri (Vadivelu, Kaye and Berger, 2013).

Gangguan emosi yang tidak ditangani dengan baik juga mengakibatkan hubungan dengan orang lain terganggu, misalnya pasangan atau anak- anak yang memilih untuk menjauh karena emosi yang labil, cepat tersinggung, mudah marah dan sebagainya. Kondisi spiritual dapat juga terganggu karena nyeri yang tidak ditangani dengan baik. Ketergantungan kepada orang lain, rasa putus asa, merasa menjadi beban dapat menyebabkan seorang pasien menyalahkan diri sendiri, orang lain atau bahkan Tuhan yang berakibat menjauh dari kegiatan beragama (Doyle and

Woodruff, 2013).

Menurut Kementrian Kesehatan Republik Indonesia prinsip pelayanan perawatan paliatif yaitu menghilangkan nyeri dan mencegah timbulnya gejala serta keluhan fisik lainnya, penanggulangan nyeri, menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal , tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian, memberikan dukungan psikologis, sosial dan spiritual, memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin, memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita, serta menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya (Kemenkes RI, 2017)

Elemen dalam perawatan paliatif menurut *National Consensus Project* dalam (Campbell, 2013) meliputi :

- Populasi pasien. Dimana dalam populasi pasien ini mencangkup pasien dengan semua usia, penyakit kronis atau penyakit yang mengancam kehidupan.
- 2. Perawatan yang berfokus pada pasien dan keluarga. Dimana pasien dan keluarga merupakan bagian dari perawatan paliatif itu sendiri.
- 3. Waktu perawatan paliatif. Waktu dalam pemberian perawatan paliatif berlangsung mulai sejak terdiagnosanya penyakit dan berlanjut hingga sembuh atau meninggal sampai periode duka cita.
- 4. Perawatan komprehensif. Dimana perawatan ini bersifat multidimensi yang bertujuan untuk menanggulangi gejala penderitaan yang termasuk dalam aspek fisik, psikologis, sosial maupun keagamaan.
- 5. Tim interdisiplin. Tim ini termasuk profesional dari kedokteran, perawat, farmasi, pekerja sosial, sukarelawan, koordinator pengurusan jenazah, pemuka agama, psikolog, asisten perawat, ahli diet, sukarelawan terlatih.
- 6. Perhatian terhadap berkurangnya penderitaan : Tujuan perawatan paliatif adalah mencegah dan mengurangi gejala penderitaan yang disebabkan oleh penyakit maupun pengobatan.

- 7. Kemampuan berkomunikasi : Komunikasi efektif diperlukan dalam memberikan informasi, mendengarkan aktif, menentukan tujuan, membantu membuat keputusan medis dan komunikasi efektif terhadap individu yang membantu pasien dan keluarga.
- 8. Kemampuan merawat pasien yang meninggal dan berduka
- 9. Perawatan yang berkesinambungan. Dimana seluruh sistem pelayanan kesehatan yang ada dapat menjamin koordinasi, komunikasi, serta kelanjutan perawatan paliatif untuk mencegah krisis dan rujukan yang tidak diperukan.
- 10. Akses yang tepat. Dalam pemberian perawatan paliatif dimana timharus bekerja pada akses yang tepat bagi seluruh cakupanusia, populasi, kategori diagnosis, komunitas, tanpa memandang ras, etnik, jenis kelamin, serta kemampuan instrumental pasien.
- 11. Hambatan pengaturan. Perawatan paliatif seharusnya mencakup pembuat kebijakan, pelaksanaan undang-undang, dan pengaturan yang dapat mewujudkan lingkungan klinis yang optimal.
- 12. Peningkatan kualitas. Dimana dalam peningkatan kualitas membutuhkan evaluasi teratur dan sistemik dalam kebutuhan pasien.

2.3 Masalah Perawatan Pada Pasien Paliatif

Permasalahan perawatan paliatif yang sering digambarkan pasien yaitu kejadian-kejadian yang dapat mengancam diri sendiri dimana masalah yang seringkali dikeluhkan pasien yaitu mengenai masalah seperti nyeri, masalah fisik, psikologi sosial, kultural serta spiritual (Doyle and Woodruff, 2013). Permasalahan yang muncul pada pasien yang menerima perawatan paliatif meliputi masalah psikologi, masalah hubungan sosial, konsep diri, masalah dukungan keluarga serta masalah pada aspek spiritual atau keagamaan (Campbell, 2013).

2.3.1 Masalah Fisik

Masalah fisik yang seringkali muncul yang merupakan keluhan dari pasien paliatif

yaitu nyeri. Nyeri merupakan pengalaman emosional dan sensori yang tidak menyenangkan yang muncul akibat rusaknya jaringan aktual yang terjadi secara tibatiba dari intensitas ringan hingga berat yang dapat diantisipasi dan diprediksi. Masalah nyeri dapat ditegakkan apabila data subjektif dan objektif dari pasien memenuhi minimal tiga criteria (Kelley and Morrison, 2015).

2.3.2 Masalah Psikologi

Masalah psikologi yang paling sering dialami pasien paliatif adalah kecemasan. Hal yang menyebabkan terjadinya kecemasan ialah diagnosa penyakit yang membuat pasien takut sehingga menyebabkan kecemasan bagi pasien maupun keluarga (Campbell, 2013).

Kecemasan adalah keadaan suasana hati yang ditandai oleh afek negatif dan gejala-gejala ketegangan jasmaniah dimana seseorang mengantisipasi kemungkinan datangnya bahaya atau kemalangan di masa yang akan datang dengan perasaan khawatir. Kecemasan merupakan keadaan individu atau kelompok saat mengalami perasaan yang sulit (ketakutan) dan aktivasi sistem saraf otonom dalam berespon terhadap ketidakjelasan atau ancaman tidak spesifik (Sadock and Sadock, 2015).

2.3.3 Masalah Sosial

Masalah pada aspek sosial dapat terjadi karena adanya ketidak normalan kondisi hubungan sosial pasien dengan orang yang ada disekitar pasien baik itu keluarga maupun rekan kerja.Isolasi sosial adalah suatu keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam. Individu mengalami penurunan bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya, pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Aldridge *et al.*, 2015).

2.3.4 Masalah Spiritual

Salah satu masalah yang sering muncul pada pasien paliatif adalah distress

spiritual. Distres spiritual dapat terjadi karena diagnose penyakit kronis, nyeri, gejala fisik, isolasi dalam menjalani pengobatan serta ketidakmampuan pasien dalam melakukan ritual keagamaan yang mana biasanya dapat dilakukan secara mandiri.

Distres spiritual adalah kerusakan kemampuan dalam mengalami dan mengintegrasikan arti dan tujuan hidup seseorang dengan diri, orang lain, seni, musik, literature, alam dan kekuatan yang lebih besr dari dirinya. Definisi lain mengatakan bahwa distres spiritual adalah gangguan dalam prinsip hidup yang meliputi seluruh kehidupan seseorang dan diintegrasikan biologis dan psikososial (Campbell, 2013; Gracia-García *et al.*, 2015).

2.4 Indikasi Pelayanan Paliatif

Pada stadium lanjut, pasien dengan penyakit kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Maka kebutuhan pasien pada stadium lanjut suatu penyakit tidak hanya pemenuhan/pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif. Masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Namun konsep baru perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan baik. Perawatan paliatif adalah pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan dasar falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya (Pantilat *et al.*, 2015).

Perawatan paliatif terbukti dapat memberikan efektifitas dan efikasinya dimana gejala-gejala dapat lebih berkurang dan diterima seperti nyeri dan depresi, meningkatkan kualitas kehidupan serta mengurangi menggunaan ICU, lama rawat inap serta biaya perawatan. Perawatan paliatif serta percakapan antara dokter dan

pasien mengenai tujuan dan pilihan perawatan mana yang lebih disukai bagi kepentingan pasiennya namun juga mempertimbangkan *outcomes* bagi keluarganya. Keluarga yang ditinggalkan lebih sedikit mengalami masa berkabung yang berkepanjangan dan depresi. Perawatan paliatif diintegrasikan dalam perawatan semenjak pasien didiagnosa dengan penyakit yang membatasi kehidupan pasien, seperti yang digambarkan pada diagram (Pantilat *et al.*, 2015).

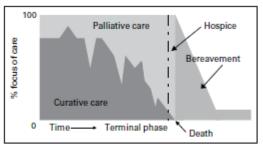


Figure 1.1 Concurrent model of palliative care. Source: Θ Steven Pantilat, MD and Regents of the University of California.

2.5 Psinsip dan Langkah-langkah Pelayanan Paliatif

Perawatan paliatif mengutamakan pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (Grudzen *et al.*, 2010). Adapun prinsip dalam perawatan paliatif yaitu:

- 1. Menghargai setiap kehidupan.
- 2. Menganggap kematian sebagai proses yang normal.
- 3. Tidak mempercepat atau menunda kematian.
- 4. Menghargai keinginan pasien dalam mengambil keputusan.
- 5. Menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang menganggu.
- 6. Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial, dan spiritual dalam perawatan pasien dan keluarga.
- 7. Menghindari tindakan medis yang sia-sia.

- 8. Memberikan dukungan yang diperlukan agar pasien tetap aktif sesuai dengan kondisinya sampai akhir hayat.
- 9. Memberikan dukungan kepada keluarga dalam masa duka cita.

Tujuan umum kebijakan paliatif sebagai payung hukum dan arahan bagi perawatan paliatif di Indonesia. Sedangkan tujuan khususnya adalah terlaksananya perawatan paliatif yang bermutu sesuai standar yang berlaku di seluruh Indonesia, tersusunnya pedoman-pedoman pelaksanaan/juklak perawatan paliatif, tersedianya tenaga medis dan non medis yang terlatih, tersedianya sarana dan prasarana yang diperlukan. Sasaran kebijakan pelayanan paliatif adalah seluruh pasien (dewasa dan anak) dan anggota keluarga, lingkungan yang memerlukan perawatan paliatif di manapun pasien berada di seluruh Indonesia. Untuk pelaksana perawatan paliatif: dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga terkait lainnya. Tempat untuk perawatan paliatif dapat dilakukan di:

- 1. Rumah sakit, untuk pasien yang harus mendapatkan perawatan dengan pengawasan ketat, tindakan khusus atau memerlukan peralatan khusus.
- 2. Puskesmas, untuk pasien yang melakukan rawat jalan.
- 3. Rumah singgah atau panti (hospis), untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan atau peralatan khusus, tetapi belum dapat dirawat di rumah karena masih memerlukan pengawasan tenaga kesehatan.
- 4. Rumah Pasien, untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan atau peralatan khusus, serta keterampilan perawatan bisa dilakukan oleh anggota keluarga (Kemenkes RI, 2017).

Pelayanan paliatif yang dilaksanakan memiliki langkah-langkah umum yang menjadi dasar dalam melakukan pelayanan. Adapun langkah-langkah dari pelayanan paliatif adalah sebagai berikut :

- 1. Menentukan tujuan perawatan dan harapan pasien
- 2. Membantu pasien dalam membuat *Advanced Care Planning* (wasiat atau keingingan terakhir)

- 3. Pengobatan penyakit penyerta dan aspek sosial yang muncul
- 4. Tata laksana gejala (sesuai panduan dibawah)
- 5. Informasi dan edukasi perawatan pasien
- 6. Dukungan psikologis, kultural dan social
- 7. Respon pada fase terminal: memberikan tindakan sesuai wasiat atau keputusan keluarga bila wasiat belum dibuat, misalnya: penghentian atau tidak memberikan pengobatan yang memperpanjang proses menuju kematian (resusitasi, ventilator, cairan, dll)
- 8. Pelayanan terhadap pasien dengan fase terminal Evaluasi apakah :
 - a. Nyeri dan gejala lain teratasi dengan baik
 - b. Stress pasien dan keluarga berkurang
 - c. Merasa memiliki kemampuan untuk mengontrol kondisi yang ada
 - d. Beban keluarga berkurang
 - e. Hubungan dengan orang lain lebih baik
 - f. Kualitas hidup meningkat
 - g. Pasien merasakan arti hidup dan bertumbuh secara spiritual
 - h. Jika Pasien MENINGGAL dilakukan Perawatan jenazah,
 kelengkapan surat dan keperluan pemakaman, dukungan masa
 duka cita (berkabung) (Kemenkes RI, 2017)

BAB III

PERAWATAN HOSPIS

Perawatan hospis atau Hospice care adalah perawatan pasien terminal (stadium

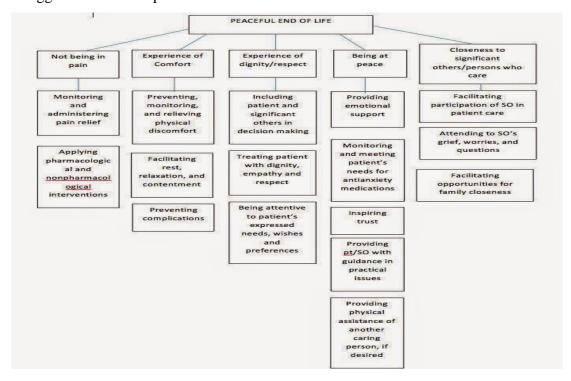
akhir) dimana pengobatan terhadap penyakitnya tidak diperlukan lagi. Perawatan ini bertujuan meringankan penderitaan dan rasa tidak nyaman dari pasien, berlandaskan pada aspek bio-psiko-spiritual. Perawatan Hospis adalah model perawatan paliatif bagi pasien yang diperkirakan akan meninggal dalam waktu kurang dari 6 bulan. Bila hospis dilakukan di rumah sakit dengan model layanannya sesuai prinsip paliatif disebut *Hospital-based Hospice*. Hospis dapat dilakukan di suatu bangunan tersendiri, dengan memberikan suasana rumah dan prinsip paliatif (Yennurajalingam and Bruera, 2016).

Perawatan paliatif dan hospis memberi manfaat bukan hanya bagi pasien dan keluarga tetapi juga bagi rumah sakit dan sistem kesehatan secara keseluruhan. Rumah sakit adalah institusi tempat pasien yang tidak dapat ditangani di layanan kesehatan primer bisa mendapatkan tindakan yang diperlukan dan mencapai kesembuhan atau diharapkan memiliki harapan hidup yang baik. Rumah sakit memiliki jumlah kapasitas tempat tidur terbatas, jika pasien stadium terminal masih dirawat di rumah sakit, sementara pasien yang memerlukan tindakan di rumah sakit tidak akan mendapat tempat atau harus mengantri lama. Tempat tidur rumah sakit menjadi tidak efektif, angka kematian di rumah sakit tinggi dan pendapatan rumah sakit lebih rendah karena kehilangan kesempatan melakukan tindakan kuratif bagi pasien yang memerlukan (Lilley et al., 2016).

Pasien yang dirujuk oleh layanan kesehatan primer seyogianya dikembalikan bila pasien menuju ke stadium terminal. Bila sistem rujukan ini berjalan, efektivitas dapat tercapai. Tenaga profesional di rumah sakit dapat secara efisien menggunakan tenaganya bagi pasien yang memerlukan tindakan di rumah sakit, dan tenaga layanan primer memberikan layanan paliatif di rumah. Biaya perawatan baik yang dikeluarkan pemerintah maupun asuransi swasta dapat lebih efisien. Waktu, tenaga, dan keuangan keluarga juga dapat diringankan dengan adanya hospis (Witjaksono, 2013).

Ruland dan Moore mengusulkan tentang "*Peacefull End Of Life*" dimana diterapkan tentang 5 prinsip yaitu; 1) bebas dari rasa nyeri 2) mengalami kenyamanan 3) merasa tetap terhormat dan sejahtera 4) merasa tetap damai meskipun dalam keadaan sakit dan 5) tetap merasa dekat kepada orang lain dan mereka yang peduli

(Ruland and Moore, 1998). Kelima hal tersebut dapat diterapkan dalam perawatan hospis khususnya bagi mereka yang mendekati akhir kehidupan (EOLC: *End Of Life Care*) seperti dengan mendirikan program *hospice care*. Diagram berikut menggambarkan teori peacefull aned of life.



Ruland and Moore, 1998

Prinsip tentang *hospice care* yaitu memberikan perawatan suportif kepada orangorang ditahap akhir penyakit terminal dan fokus pada kenyamanan dan kualitas hidup, bukan pada penyembuhan. Di Indonesia penatalaksanaan h*ospice care* masih belum terfokus, karena masih banyak dikaitkan bahwa antara *palliative care*, *hospice care* dan *homecare* adalah sama dan masih belum adanya rumah sakit di Indonesia yang menyediakan program perawatan *hospice care* yang dilakukan di Rumah Sakit (Ngakili and Mulyanto, 2016).

Studi yang dilakukan di RSUP Fatmawati Jakarta mengatakan bahwa *Hospice* care penting dilaksanakan karena *hospice care* dapat memberikan pelayanan terpadu

untuk pasien kanker stadium terminal sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan dapat memberikan pengertian kepada keluarga pasien untuk menerima proses dari kehidupan pasien", maka keberadaan *hospice care* untuk pasien kanker stadium terminal sangat dibutuhkan (Ngakili and Mulyanto, 2016).

Seperti halnya dengan perawatan paliatif, perawatan hospis juga tidak hanya dilakukan di rumah sakit. Perawatan hospis dan home care diberikan oleh tim multi disiplin kesehatan dimana seorang perawat menjadi koordinatornya. Rumah adalah tempat yang paling banyak dipilih oleh pasien bila mereka mengetahui bahwa penyakitnya tidak dapat disembuhkan. Perawatan di rumah bagi pasien stadium terminal ini disebut *Hospice Homecare*. *Hospice home care* merupakan pelayanan/perawatan pasien kanker terminal (stadium akhir) yang dilakukan di rumah pasien setelah dirawat di rumah sakit dan kembali kerumah. Namun demikian, perawatan stadium terminal tidak dapat dilakukan di rumah pasien bila gejala fisik berat dan memerlukan pengawasan medis atau paramedis (fase tidak stabil dan perburukan) untuk mencapai kenyamanan di akhir kehidupan (fase menjelang ajal) (Ruland and Moore, 1998).

Adapun tujuan utama dari pelayanan hospice home care pada pasien, diantaranya:

- 1. Meringankan pasien dari penderitaannya, baik fisik (misalnya rasa nyeri, mual, muntah, dll), maupun psikis (sedih, marah, khawatir, dll) yang berhubungan dengan penyakitnya.
- 2. Memberikan dukungan moril, spiritual maupun pelatihan praktis dalam hal perawatan pasien bagi keluarga pasien dan perawat.
- 3. Memberikan dukungan moril bagi keluarga pasien selama masa duka cita.

Perawatan di hospis atau *home care* bertujuan untuk mempertahankan konsep paripurna dan individualistik meliputi perawatan fisiologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual. Jenis pelayanan ini diharapkan dapat mempertahankan pola hidup klien sebelumnya sehingga dapat mempertahankan kondisi kualitas hidup klien sesuai dengan harapannya. Pengukuran kualitas hidup diukur berdasarkan kepuasan klien

terhadap domain kehidupan meliputi fisik, fungsional, sosial, spiritual, psikologis, dan ekonomi (Witjaksono, 2013).

Profile Rumah singgah Yayasan Kanker Indonesia

Wawancara dilakukan dengan salah seorang staf Yayasan Kanker Indonesia, Ibu Putu Sandat, 51 thaun , asal Tabanan, Pendidikan S1 Peternakan. Beliau sudah bekerja selama 20 tahun di YKI cabang Bali. Rumah singgah ini mulai didirikan pada tahun 2013 dan bernaung di bawah YKI. Bali dan diketuai oleh Ibu Nyonya Ayu Pastika. YKI cabang Bali memiliki lima orang wakil ketua yaitu Prof. Dr. dr. Suardana, SpTHT(K), dr. Cok Gede Darmayudha, SpPD(HOM), dr. Mustika Ningsih, dr. Ine Susanti dan dra. Ni Made Suastini. Staff yang bekerja di YKI Bali sebanyak 5 orang yang terdiri dari 1 bidan, 3 orang staf dan 1 tenaga bersih-bersih. Biaya administrasi yang dikenakan sebesar sepulur ribu rupiah untuk satu hari.

YKI Bali memiliki empat kamar tidur, dimana setiap kamarnya berisi 2 tempat tidur untuk pasien dan penunggunya. Kamar mandi dan dapur berada di luar kamar. Tidak ada syarat khusus bagi pasien yang ingin memanfaatkan rumah singgah ini, namun diutamakan pasien yang tidak memiliki domisili ataupun keluarga di daerah; masih bisa beraktivitas, diutamakan bagi pasien kanker yang sedang menjalani terapi kemoterapi. Denpasar. Kebanyakan dari pasien selama ini yang menggunakan rumah singgah berasal dari daerah Lombok dan Flores. Sebagian besar pasien perempuan yang mengalami kanker payudara, kanker leher rahim dan ada yang mengalami kanker mulut.

BAB III

KESIMPULAN

Keberhasilan ilmu kedokteran dalam memperpanjang usia harapan hidup di satu sisi memberikan banyak manfaat di bidang kesehatan, namun disisi lain menimbulkan permasalahan baru, salah satunya yaitu semakin banyaknya angka kejadian penyakit kronis misalnya kanker. Penurunan angka kematian akibat penyakit kanker dan sifat kronik dari penyakit ini telah menimbulkan kecenderungan banyak klien memerlukan perawatan yang lebih holistik seperti dalam perawatan paliatif dan perawatan hospis. Perawatan paliatif dan hospis diberikan oleh tim multi disiplin kesehatan dimana semua pihak berkolaborasi demi kesehatan pasien secara menyeluruh baik dari segi fisik, mental, psikososial dan spiritual dari seorang pasien.

Para pasien yang mengalami penyakit yang bersifat aktif, progresif dan *far advanced* seperti misalnya pada pengidap kanker, AIDS, autoimun dan lainnya memerlukan perawatan paliatif dan hospis yang dapat memberikan banyak manfaat positef bagi pasien dan keluarganya. Konsep inti perawatan paliatif sendiri terdiri dari .menghargai setiap kehidupan, menganggap kematian sebagai proses yang normal, tidak mempercepat atau menunda kematian, menghargai keinginan pasien dalam mengambil keputusan, menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang menganggu, mengintegrasikan aspek psikologis, sosial, dan spiritual dalam perawatan pasien dan keluarga, menghindari tindakan medis yang sia-sia, memberikan dukungan yang diperlukan agar pasien tetap aktif sesuai dengan kondisinya sampai akhir hayat serta memberikan dukungan kepada keluarga dalam masa duka cita.

Sering kali perawatan hospis diperlukan bagi pasien yang diperkirakan memiliki angka harapan hidup tinddal enam bulan lagi, yang bertujuan memaksimalkan pasien dalam *fase end of life care* sehingga pasien dan keluarga dapat menerima kematian dengan tenang dan damai serta bagi keluarga yang ditinggalkan tidak menimbulkan duka cita yang mendalam dan berlarut-larut. Pelayanan hospis masih belum banyak

dilakukan di Indonesia dan juga di Bali, yang ke depannya diharapkan dapat berkembang demi kesejahteraan pasien dan keluarganya.

Kualitas hidup merupakan masalah yang penting dalam pengalaman bagi para penderita penyakit serius terutama kanker *survivor* yang telah berhasil mengendalikan penyakitnya dan memperpanjang masa hidup yang harus dilaluinya. Masalah kualitas hidup bagi klien dengan penyakit kanker meliputi efek fisiologis, masalah keluarga dan sosial, pekerjaan atau aktifitas harian serta distres spiritual. Manfaat *paliatif care* yaitu peningkatan kualitas kehidupan yang lebih baik, peningkatan dari keluhan terhadap nyeri, sesak, mual; kasus depresi lebih sedikit; berkurangnya mendapat penanganan yang agresive pada akhir kehidupan serta memperpanjang kehidupan. Paliatif care bukan perawatan pada akhir kehidupan, namun meurapakan perawtan yang berfokus pada peningkatan kualitas kehidupan pada orang yang mengalami penyakit serius.

Daftar Pustaka

- Aldridge, M. D. *et al.* (2015) 'Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review', *Palilative Medicine*. doi: 10.1177/0269216315606645.
- Campbell, M. L. (2013) *Nurse to Nurse Palliative Care: Expert Interventions*. First. New York: McGraw-Hill Companies. doi: DOI: 10.1036/0071493239.
- Doyle, D. and Woodruff, R. (2013) *The IAHPC Manual of Palliative Care*. 3rd editio, *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*. 3rd editio. doi: 10.3109/15360288.2013.848970.
- Gracia-García, P. *et al.* (2015) 'Depression and Incident Alzheimer Disease: The Impact of Disease Severity', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Elsevier Inc, 23(2), pp. 119–129. doi: 10.1016/j.jagp.2013.02.011.
- Grudzen, C. R. et al. (2010) 'Palliative Care Needs of Seriously III, Older', Society for Academic Emergency Medicine, pp. 1253–1257. doi: 10.1111/j.1553-2712.2010.00907.x.
- Kelley, A. S. and Morrison, R. S. (2015) 'Palliative Care for the Seriously Ill', *The New England Jornal of Medicine*, 373(8), pp. 747–755. doi: 10.1056/NEJMra1404684.
 - Kemenkes RI (2017) PROFIL KESEHATAN INDONESIA. Jakarta.
- Lilley, E. J. *et al.* (2016) 'Using a Palliative Care Framework for Seriously Ill Surgical Patients The Example of Malignant Bowel Obstruction', 151(8), pp. 695–696. doi: 10.1001/jamasurg.2016.0057.Conflict.
- Ngakili, O. R. and Mulyanto, P. M. (2016) 'Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Pentingnya Keberadaan Hospice Care Untuk Pasien Kanker Stadium Terminal di RSUP Fatmawati Jakarta'.
- Pantilat, S. Z. et al. (2015) 'Hospital Care for Seriously III Patients and Their Families', in Pantilat, S. Z. (ed.) *Hospital-Based Palliative Medicine: A Practical Evidence-Based Approach*. First Edit. John Wiley &SOns, Inc, pp. 1–8.
- Rochmawati, E., Wiechula, R. and Rn, K. C. (2016) 'Current status of palliative care services in Indonesia: a literature review', *International Council of Nurses*, pp. 180–190.
- Ruland, C. M. and Moore, S. M. (1998) 'Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life', (August).
- Sadock, V. and Sadock, B. J. (eds) (2015) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. nine editi. Lippincott: Wolter Kluters.
 - Vadivelu, N., Kaye, Al. D. and Berger, J. M. (eds) (2013) Essentia pf Paliative Care. New:

Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-5164-8.

Witjaksono, M. A. (2013) 'Hospis: Rumah bagi Pasien Stadium Terminal', *Kalbemed*, 40(11), pp. 866–867.

Yennurajalingam, S. and Bruera, E. (2016) Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine And Supportive Care. Second Edi. Oxford University Press.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS UDAYANA FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI PSIKIATRI

Sekretariat : RSUP Sanglah Denpasar – Bali 80114 Telp. (0361) 227911 – 15 Ext. 163 Fax. (0361) 233892

Laman: www.unud.ac.id

E-mail: ppds_psikiat.unud@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN PERPUSTAKAAN

Nomor: 04/UN14.2.2.IV.11/KP/PERPUS/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama

: dr. Luh Nyoman Alit Aryani, SpKJ(K)

NIP

: 196710242002122001

Jabatan

: Koordinator Program Studi Psikiatri FK UNUD/RSUP

Sanglah Denpasar

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis/ penelitian dibawah ini :

Judul

: RUMAH SINGGAH DALAM PERAWATAN PALIATIF

Penulis

: dr. Ni Ketut Putri Ariani, SpKJ

Tanggal

: Juni 2018

Memang benar telah dipresentasikan di Program Studi Psikiatri dan telah diserahkan oleh penulis kepada petugas di perpustakaan Program Studi Psikiatri berupa hard copy dan soft copy . Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan dimana perlu.

Mengetahui,

Koordinator Program Studi Psikiatri FK UNUD / RSUP Sanglah

dr. Luh Nyoman Atit Aryani, SpKJ(K) NIP. 19671024 200212 2 001 Petugas Perpustakaan Prodi Psikiatri FK UNUD / RSUP Sanglah

Kadek Sintha Dewi,SE