

LITERATUR REVIEW : PERAWATAN MENJELANG AJAL PADA PASIEN KRITIS

Muhammad Risal¹, Kiki Hardiansyah Syafitri², Sholichin³

¹Student of Nursing S1 Study Program, ITKes Wiyata Husada Samarinda

muhammadrisal501@student.stikeswhs.ac.id

Lecturer of the Undergraduate Nursing Study Program, ITKes Wiyata Husada Samarinda

kikihardiansyahs@itkeswhs.ac.id,

Lecturer of the Undergraduate Nursing Study Program, FK Universitas Mulawarman
Samarinda

sholichin307@gmail.com³

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyakit kritis adalah kondisi yang mengancam nyawa yang memerlukan perawatan intensif, observasi yang bersifat komprehensif, dan perawatan khusus. Penderita penyakit kritis menderita berbagai masalah fisik, psikologis dan sosial yang dikenal bersama sebagai sindrom pasca-ICU. *World Health Organisation* WHO mendefinisikan perawatan paliatif sebagai pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peredaan penderitaan melalui identifikasi awal dan penilaian yang sempurna serta pengobatan nyeri dan masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual. **Tujuan:** untuk mengeksplorasi literatur yang membahas tentang perawatan paliatif. **Metode :** merupakan penelitian dengan menggunakan metode study keputusan atau *literature review*. komprehensif tentang penelitian yang sudah dilakukan mengenai topic yang spesifik untuk menunjukkan kepada pembaca apa yang sudah diketahui tentang topic tersebut dan apa yang belum diketahui, untuk mencari rasional dari penelitian yang sudah dilakukan untuk ide penelitian selanjutnya **Hasil :** sebuah penelitian literatur pada 10jurnal yang telah dinilai prisma ceklisnya pada beberapa basis data termasuk pubmed, scholar, dan springer pada tahun 2016-2021, dan mendapatkan 3 pokok bahasan yaitu 1. Perawatan paliatif pada critical illnes. 2. Compassionate collaborative care dan., 3. Faktor yang terlibat dalam perawatan. **Kesimpulan :** Perawatan paliatif pada pasien critical illness sangat penting karena dapat mengurangi penderitaan pasien dan keluarga, keluarga juga harus berperan langsung di perawatan kolaboratif penuh kasih karena kepuasan pasien tercermin melalui “dikenal” oleh oranglain di tim keperawatan, pemindahan pasien ke unit perawatan paliatif dapat mengurangi biaya

Kata kunci : perawatan paliatif, penyakit kritis, penyakit kronik

ABSTRACT

Background: Critical illness is a life-threatening condition that requires intensive care, comprehensive observation, and specialized care. Critical illness sufferers suffer from a variety of physical, psychological and social problems known together as post-ICU syndrome. Critical illness is a life-threatening condition that requires intensive care, comprehensive observation, and specialized care. People with critical illness suffer from a variety of physical, psychological and social problems known together as post-ICU syndrome. The World Health Organization (WHO) defines palliative care as an approach that improves the quality of life of patients and their families facing problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering through early identification and prompt assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and psychological. **Objective:** to explore the literature that discusses palliative care. **Methods :** is a research using decision study method or literature review. comprehensive review of research that has been done on a specific topic to show readers what is already known about the topic and what is not yet known, to seek rationale from research that has been done for further research ideas. **Results:** a literature study in 10 journals that have been assessed for prismatic checks in several databases including pubmed, scholar, and springer in 2016-2021. And get 3 main topics 1. Palliative care in critical illness., 2. Compassionate collaborative care., 3. Factors involved in care **Conclusion:** Palliative care in the ICU is very important because it can reduce the suffering of patients and families, families must also play a direct role in compassionate collaborative care because patient satisfaction is reflected through being "known" by others on the nursing team, transferring patients to palliative care units can reduce costs

Keywords: palliative care, critical illness, chronic disease

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Penyakit kritis adalah suatu kondisi yang mengancam jiwa dimana pasien tergantung pada dukungan medis yang intensif agar organ vital tetap dapat berfungsi (Mebis dan Van den Berghe, 2009). Menurut data WHO (2013), penyakit kritis seperti penyakit jantung, kanker, dan stroke adalah penyebab kematian utama didunia. Di Indonesia khususnya di Provinsi Bali, menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (2018) prevalensi ketiga penyakit kritis tersebut cukup tinggi. Prevalensi penyakit jantung, kanker dan stroke berdasarkan terdiagnosis dokter secara berurutan sebesar 1,3%, 2,0% dan 10,0%. Tidak hanya angka kejadian penyakit kritis yang masih tinggi, biaya perawatan kesehatan juga meningkat pesat selama beberapa dekade terakhir (Sukono, et al 2017). Hal-hal yang perlu diwaspadai, penyakit kritis merupakan kejadian tak terduga sehingga seseorang yang didiagnosis menderita penyakit kritis.

Penyakit kronik merupakan suatu kondisi yang dapat dikendalikan dan berlangsung lama, akan tetapi sulit untuk sembuh. Penyakit kronis bersifat permanen, meninggalkan cacat residual, disebabkan oleh perubahan patologis yang irreversibel, memerlukan pelatihan khusus untuk rehabilitasi, atau mungkin membutuhkan waktu lama dalam pengawasannya, observasi, atau perawatan. Hal ini mempengaruhi populasi penyakit kronis diseluruh dunia. Data dari *World Health Organisation* (WHO) menunjukkan bahwa penyakit kronis termasuk salah satu penyebab utama kematian dini diseluruh dunia (Dewi, 2016). Sejumlah 335 juta penduduk di dunia yang mengalami rematik

yang telah dijelaskan oleh *World Health Organisation* (WHO) pada tahun 2016.

World Health Organisation (WHO) menjelaskan bahwa kematian yang diakibatkan oleh penyakit tidak menular diperkirakan akan terus meningkat di seluruh dunia. Angka peningkatan tertinggi terjadi di negara-negara menengah dan miskin. Lebih dari dua pertiga (70%) dari penduduk dunia diperkirakan akan meninggal karena penyakit tidak menular seperti kanker, penyakit jantung, stroke dan diabetes (Trisnowati 2018). Tahun 2030 diprediksi akan terjadi 52 juta kematian setiap tahun yang diakibatkan penyakit tidak menular, meningkat sebanyak 9 juta dari 38 juta pada saat ini. Kematian akibat infeksi penyakit seperti malaria, TBC atau penyakit infeksi lainnya akan menurun, dari 18 juta jiwa saat ini menjadi 16.5 juta jiwa pada tahun 2030 (Kementerian Kesehatan 2019). Hasil beberapa kali Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, didapatkan beberapa penyakit tidak menular yang prevalensi cukup tinggi seperti stroke, hipertensi, diabetes mellitus, jantung, kanker dan gagal ginjal kronis (Kementerian Kesehatan 2007). Pada daftar penyakit yang menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia, penyakit tidak menular mendominasi pada urutan teratas sedangkan penyakit menular hanya TBC yang masih berperan sebagai penyebab kematian tertinggi kedua setelah stroke (Johnson et al. 2016). Penyakit tidak menular yang menyebabkan kematian tertinggi di Indonesia yang pertama adalah stroke dengan presentase 10,9 yang kedua adalah hipertensi dengan presentase 8,36 yang ketiga adalah penyakit sendi 7,30 yang keempat adalah asma dengan presentase 2,40 yang kelima ada kanker 1,79 yang keenam adalah diabetes militus dengan presentase 1,50 yang ketujuh ada penyakit jantung dengan presentase 1,50 yang kedelapan adalah gagal ginjal kronik dengan presentase 0,39 (Kementerian Kesehatan 2018a)

Lebih dari dua dekade, perhatian terhadap perawatan menjelang ajal sudah mulai terlihat (Payne et al, 2008). Kebutuhan akan keperawatan menjelang ajal di rumah sakit meningkat seiring dengan peningkatan kejadian

penyakit kronis (Todaro-Franceschi & Spellmann, 2012). Perawatan menjelang ajal menurut Higgs (2010) sebagai suatu istilah yang digunakan dalam penyebutan perawatan pasien dan keluarga dari aspek klinis sampai sistem dukungan saat pasien menghadapi kematian. Perawatan menjelang ajal adalah perawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dengan membantu mengatasi berbagai masalah penderitaan fisik, psikologis, sosial dan spiritual pada pasien yang tidak lagi responsif terhadap tindakan kuratif (WHO, 2010). Tujuan dari perawatan di akhir kehidupan pasien khususnya pasien-pasien terminal adalah memberikan perawatan yang memfasilitasi pasien agar dapat meninggal dengan damai dan bermartabat.

Penelitian tentang keperawatan paliatif saat ini menunjukkan bahwa pasien menjelang ajal mempunyai kebutuhan yang beragam dalam perawatannya, tidak hanya masalah fisik namun masalah psikologis, spiritual, dan dukungan sosial (Smith, 2008). Perawat merupakan tenaga kesehatan profesional yang memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan yang bersifat intelektual, interpersonal, moral, bertanggung jawab dan berkewenangan melaksanakan asuhan keperawatan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia/DEPKES RI, 2012). Perawat juga memiliki kesempatan paling besar untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu klien untuk memenuhi kebutuhan dasar yang holistik yaitu bio-psiko-sosiokultural dan spiritual (Hamid, 2008). Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat tidak bisa terlepas dari aspek spiritual yang merupakan bagian integral dari interaksi perawat dengan klien. Perawat berupaya untuk membantu memenuhi kebutuhan spiritual klien tersebut, walaupun perawat dan klien tidak mempunyai keyakinan spiritual atau keagamaan yang sama (Hamid, 2008).

Pendekatan spiritualitas saat pasien menjelang ajal bertujuan membuat pasien dapat menerima kenyataan sepenuhnya dan dapat melewati fase-fase terakhir dalam hidupnya dengan damai dan tenang, membuat dia merasa kembali pada Tuhan, seperti manusia lainnya dimana tidak ada seorangpun

yang dapat mencegah datangnya kematian (Departemen Kesehatan Republik Indonesia/DEPKES RI, 2012). Pasien dengan penyakit terminal sering menginginkan untuk dijenguk, namun pasien juga mengalami ketakutan atas kemunduran metal dan fisiknya akan membuat orang-orang yang menjenguknya kaget dan merasa tidak enak. Konsekuensi mengenai interaksi social yang tidak menyenangkan ini dapat membuat pasien menarik diri dari lingkungan social dengan cara membatasi siapa saja yang menjenguknya.

Peran perawat dalam memberikan dukungan psikologi seperti membantu pasien dalam mengendalikan perasaan negatif dan meningkatkan perasaan positif selama proses menuju kematian. Pasien juga dibantu untuk mempertahankan kepuasan terhadap kemampuan dan mempersiapkan diri menuju kematian. Perawat juga membantu menyelesaikan permasalahan sosial seperti membantu pasien mengucapkan maaf, berpamitan, dan juga memelihara hubungan baik antara pasien dengan keluarga maupun teman-temannya (Nurul Izah 2020). Perawat juga dapat memberikan pemenuhan kebutuhan spiritualitas kepada pasien dengan memberikan dukungan emosional, membantu dan mengajarkan doa, memotivasi dan mengingatkan waktu ibadah sholat, mengajarkan relaksasi dengan berzikir ketika sedang kesakitan, berdiri di dekat pasien, memberikan sentuhan selama perawatan (Potter & Perry, 2005). Perawat memberi kesempatan agar keluarga dapat memberikan dukungan spiritual atau dukungan sosial yang berguna untuk pasien sehingga pasien dapat merasa nyaman. Keluarga mampu memberikan dukungan berupa dukungan emosional atau spiritual kepada pasien sehingga kebutuhan sosial pasien terpenuhi. Gangguan psikososial dan spiritual dapat dialami oleh pasien kritis, disamping keluhan nyeri, sesak nafas dan gangguan aktivitas. Proses pemenuhan kebutuhan pasien paliatif tidak hanya dilakukan oleh tenaga medis, tetapi juga memerlukan peranan keluarga. Kehadiran dan dukungan keluarga dapat membantu pasien melewati fase end of life lebih tenang sehingga masalah spiritual dan psikososial dapat teratasi. Kerjasama antara perawat dan keluarga diperlukan dalam pemenuhan kebutuhan pasien

fase end of life sehingga hak hak pasien dapat terpenuhi (Sisilia Mariani Destisary, S. A. 2021)

Penerapan teori *peaceful end of life* penting untuk mengurangi rasa penderitaan pasien kritis. Konsep utama teori "*Peaceful End of Life Theory*" ini adalah pasien merasakan kenyamanan "*Peaceful End of Life Theory*" dikembangkan oleh Cornelia M. Ruland dan Shirley M. Moore pada tahun 1998 yang telah banyak digunakan dalam setting keperawatan palliative (Alligood & Tomey, 2010), lebih menekankan pada 5 aspek dengan kriteria hasil yang ingin dicapai pada standart perawatan "*Peaceful End of Life Theory*" adalah klien dalam menghadapi penyakitnya tidak merasa nyeri, klien tidak mengalami mual, klien merasa dihormati, klien mendapatkan kenyamanan, klien merasa damai dan klien tidak merasa sendiri dalam menghadapi kematiannya (Alligood & Tomey, 2010). Ruland and Moore mengatakan lima konsep diatas dengan menghormati integritas dari klien dan keluarga merupakan hak kebebasan untuk mengambil keputusan, nyeri yang dirasakan sebagai pengalaman pribadi dan emosioanal yang tidak menyenangkan dan damai merupakan perasaan yang tenang bagi klien, harmonis dan kepuasan serta terbebas dari rasa cemas dan kekhawatiran serta ketakutan akan kematian. Prinsip *Peaceful End of Life Theory* adalah meningkatkan kualitas hidup klien sebelum akhirnya meninggal dengan kualitas dan iman yang baik (Kingham & Gamlin, 2004).

Hambatan yang masih sering dijumpai adalah perawat dapat mengalami ketegangan peran karena interaksi berulang dengan pasien yang menjelang ajal beserta keluarga pasien tersebut. Sebagian besar perawat yang bekerja di unit onkologi, hospice, perawatan intensif, kedaruratan, atau unit bedah mereka masih merasa gagal dalam melaksanakan tugas jika pasien yang ditanganinya meninggal (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010). Lebih lanjut Kozier, dkk. (2010) menyatakan bahwa perawat memerlukan waktu untuk menganalisis perasaan mereka sendiri mengenai kematian sebelum mereka dapat secara efektif membantu orang lain yang mengalami penyakit terminal.

Perawat yang tidak nyaman dengan pasien sekarat cenderung menghambat upaya pasien untuk mendiskusikan kematian menjelang ajal. Diperlukan pembimbing rohani khusus, dan diperlukan standar operasional prosedur (SOP) perawatan pasien menjelang ajal. Perawat perlu memberikan perawatan yang membantu pasien meninggal dengan tenang, memberikan dukungan untuk keluarga, dan lebih difokuskan untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien (Meilita Enggune 2014).

Beberapa perawat di ruangan ICU yang memberikan pelayanan terhadap pasien yang akan menghadapi sakaratul maut tidak selalu dilakukan berdasarkan SOP yang sudah ada dan sudah baku pada RS tersebut. Selama ini, perawat yang dinas di ruangan ICU sebelumnya hanya memberikan perawatan terhadap pasien yang sedang menghadapi sakaratul maut itu bergantung pada tindakan medis saja, tetapi pada tindakan keperawatannya itu tidak dilakukan. Sementara, pada saat pasien mengalami kondisi terminal dimana membutuhkan perawatan menjelang sekaratul maut dari segi biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan kultural itu tidak dilakukan perawat. Perawat hanya mendampingi dokter dan pasien dari segi tindakan medis. Oleh karena itu, kebutuhan dasar pasien pada saat kondisi terminal yang akan menjelang ajal tidak terpenuhi. Penting bagi perawat yang merawat pasien menjelang ajal menyadari perasaan mereka sendiri tentang kematian dan tenang pasien mereka. Karena sulit untuk melihat orang yang telah dirawat meninggal dunia. Banyak perawat yang merasa frustrasi dan berduka ketika pasien mereka meninggal. Penting bagi perawat untuk mengenali perasaan tersebut, Perawat perlu saling memberikan kenyamanan dan mendukung dalam perawatan terhadap orang menjelang ajal (WHO, 2010).

Berdasarkan hal tersebut disinilah diperlukan pengetahuan dan pemahaman yang baik dari perawat tentang perawatan menjelang ajal agar tidak ada ketegangan dan rasa frustrasi atau rasa berduka yang dialami oleh perawat ketika pasiennya meninggal dunia sehingga perawat dapat melakukan perawatan yang baik saat pasien menjelang ajal dan memberikan khusnul

khotimah care. Sejalan dengan pendapat Ferell, & Dahlin, (2010) perawat sering dihadapkan pada tugas-tugas yang menyangkut keselamatan jiwa dan berperan penting dalam merawat pasien kritis sehingga diharapkan mempunyai pengetahuan, kemampuan serta pengalaman dalam merawat pasien sekarat dan menjelang ajal. Namun masih ditemukan beberapa kendala. Menurut Adhistry, dkk (2016) menyatakan bahwa tenaga kesehatan khususnya perawat memiliki beberapa hambatan dalam melakukan perawatan paliatif ini antara lain terbatasnya pengetahuan perawat mengenai bagaimana cara pemberian perawatan paliatif yang berkualitas dan bagaimana menyiapkan kepribadian perawat agar pelayanan paliatif dapat dioptimalkan pemberiannya.

B. Rumusan masalah

Pada pasien yang mengalami kondisi kritis dan pengobatan serta usaha memperpanjang harapan hidup menurun, kondisi ini membuat perawat dan keluarga mengalami sedih, ketakutan, merasa bersalah dan merasa gagal sehingga meningkatkan kecemasan. Pada tahap ini, perawat membutuhkan pendekatan secara holistik dalam memberikan perawatan penyakit terminal pada pasien dan keluarga meliputi kebutuhan fisik, emosi dan spiritual.

Perawat merupakan salah satu tim perawatan kritis yang harus memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan perawatan kritis yang terbaik untuk pasien dan keluarga. Melihat berbagai fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk mengeksplorasi lebih dalam bagaimana perawatan yang baik untuk pasien kritis

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui bagaimana perawatan yang baik untuk pasien kritis.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan literatur dan sebagai sumber kepustakaan dalam bidang kesehatan khususnya ilmu keperawatan.

2. Ilmu keperawatan

Diharapkan penelitian ini bisa menjadikan acuan dalam pengembangan asuhan keperawatan khususnya pada perawatan menjelang ajal pada pasien kritis sehingga perawat dapat memberikan perawatan yang maksimal kepada pasien yang kritis

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan teori

1. Konsep *critical illness*

a. Pengertian

Penyakit kritis adalah kondisi yang mengancam nyawa yang memerlukan perawatan intensif, observasi yang bersifat komprehensif, dan perawatan khusus. Penderita penyakit kritis menderita berbagai masalah fisik, psikologis dan sosial yang dikenal bersama sebagai sindrom pasca-ICU. Kelemahan fisik adalah umum, tahan lama dan mengganggu kualitas hidup bagi banyak korban ICU. Kelemahan fisik yang diamati dekat dengan waktu pelepasan ICU kemungkinan disebabkan oleh fisiologi yang tidak teratur dan imobilitas yang terkait dengan penyakit kritis.

Penyakit kritis merupakan penyakit yang disebabkan karena berbagai kondisi dan gangguan disfungsi organ. Penyakit kritis dapat menyebabkan angka kesakitan jangka panjang dan kematian. Komorbiditas utama yang menyebabkan penyakit kritis yaitu komplikasi diabetes, sepsis dan gagal nafas (Walsan & Hartmann,2009). Pasien dengan penyakit kritis membutuhkan bantuan dalam bentuk obat-obatan, tindakan invasif dan ventilator.semua bantuan yang telah diberikan memerlukan monitoring dan observasi ketat untuk mempertahankan kondisi dan mencegah komplikasi.

Pasien dengan penyakit kritis menunjukkan angka cukup tinggi. *Critical Care medicine* (2014) mencatat di amerika serikat terdapat lebih dari 5 juta pasien dengan oenyakit kritis masuk ke *Intensive Care Unit* (ICU). Lima besar kelompok penyakit kritis yang paling sering masuk ICU yaitu gagal nafas, komplikasi post operasi, gagal jantung, sepsis dan gagal multi organ.penderita lebih banyak pada populasi lanjut usia.

Keperawatan kritikal adalah suatu bidang yang memerlukan perawatan pasien yang berkualitas tinggi dan komprehensif. Untuk pasien yang kritis, waktu adalah vital. Proses keperawatan memberikan suatu pendekatan yang sistematis, dimana perawat keperawatan kritis dapat mengevaluasi masalah pasien dengan cepat.

Menurut data World Health Organization (WHO), penyakit kritis yang umumnya tidak menular masih menjadi penyebab 73% kematian di Indonesia. Selain itu, laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2018) menunjukkan bahwa risiko masyarakat Indonesia terserang penyakit kritis semakin meningkat. Kenaikan ini berhubungan erat dengan gaya hidup masyarakat yang kurang baik.

b. Factor resiko

Segala bentuk (penyakit kardiovaskuler), baik penyakit jantung koroner maupun stroke atau *cerebrovascular disease* (CVD), hampir selalu didasari oleh gaya hidup seperti merokok, kurangnya olahraga, dan konsumsi makanan berlemak yang berlangsung dalam kurun waktu 10–15 tahun atau bahkan lebih (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Sekitar 59% dari kelompok usia dewasa muda yang mengalami penyakit kardiovaskuler atau penyakit yang sejenis mempunyai satu atau lebih faktor risiko yaitu riwayat keluarga mengalami PJK dini, merokok, hipertensi, atau obesitas (Kuklina, Yoon, & Keenan, 2010).

Faktor lain yang terkait dengan risiko penyakit kardiovaskuler yaitu obesitas yang merupakan kondisi kelebihan simpanan lemak di jaringan adiposa sehingga dampaknya adalah peningkatan indeks massa tubuh dan lingkar pinggang. Obesitas dapat menyebabkan peningkatan kerja otot jantung sehingga meningkatkan kebutuhan oksigen jantung dan organ tubuh lain. Terdapat saling keterkaitan antara obesitas dengan risiko peningkatan PKV, hipertensi, angina,

stroke, diabetes, dan merupakan beban penting pada kesehatan jantung dan pembuluh darah (LeMone, Burke, & Bauldoff, 2014).

2. Konsep dasar keperawatan paliatif

a. Pengertian

World Health Organisation WHO mendefinisikan perawatan paliatif sebagai pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peredaan penderitaan melalui identifikasi awal dan penilaian yang sempurna serta pengobatan nyeri dan masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual. Perawatan paliatif dapat diberikan kepada seseorang dari segala usia dan tidak terbatas pada pasien yang sekarat secara aktif, sesuai pada setiap tahap (stabil, tidak stabil, memburuk atau terminal) penyakit serius (kanker dan / atau penyakit lain). Perawatan paliatif paling baik diperkenalkan pada awal perjalanan penyakit dan dapat diberikan bersamaan dengan perawatan kuratif atau terapi lain yang dimaksudkan untuk memperpanjang umur, seperti kemoterapi atau terapi radiasi. Di seluruh dunia, diperkirakan 40 juta orang membutuhkan perawatan paliatif setiap tahun, tetapi hanya 14% yang menerimanya. Mayoritas orang dewasa yang membutuhkan perawatan paliatif khususnya yang memiliki penyakit kronis

b. Peran perawat

Salah satu peran perawat menurut Potter dan Perry (2010) adalah peran pemberi perawatan dimana perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan pasien secara holistik, meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial. Sejalan dengan tujuan dari perawatan paliatif, peran perawat dalam mempersiapkan

pasien menjelang ajal adalah pembimbing spiritual pasien, komunikator, fasilitator, dan pemberi dukungan emosional keluarga. Bimbingan spiritual yang dimaksudkan adalah bimbingan rohani dengan membacakan doa-doa sesuai dengan agama pasien. Sejalan dengan pendapat Kozier, dkk. (2010), bahwa perawat memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa kebutuhan spiritual pasien diberikan baik melalui intervensi langsung ataupun dengan mengatur akses terhadap individu yang dapat memberikan perawatan spiritual. Milligan (2011) mengungkapkan pengkajian dan perawatan spiritual adalah merupakan bagian integral dari peran perawat.

Peran perawat yang lain adalah sebagai fasilitator. Salah satu bentuk peran sebagai fasilitator adalah perawat memberikan waktu kunjungan yang lebih lama bagi keluarga pasien menjelang ajal sehingga pasien dan keluarganya memiliki lebih banyak kebersamaan. Ruangan intensive menetapkan waktu kunjungan keluarga pada jam-jam tertentu sehingga keluarga tidak bisa setiap saat berada disamping pasien namun perawat dapat memfasilitasi untuk kebersamaan keluarga dan pasien menjelang ajal. Mendukung penelitian yang dilakukan oleh Calvin, Lindy, dan Clingon (2009), yang menyatakan bahwa perawat berusaha menghadirkan keluarga untuk mempersiapkan keluarga menerima kematian pasien karena sulit bagi keluarga untuk menerima kondisi pasien. Penelitian lain menyebutkan bahwa menyedihkan apabila membiarkan pasien meninggal dalam keadaan tanpa didampingi oleh keluarga. Peran perawat apabila pasien tidak mempunyai keluarga adalah perawat harus berperan untuk mendampingi pasien (Fridh, Forsberg, & Bergbom, 2009).

Perawat juga berperan dalam memberikan dukungan kepada keluarga pasien yang menjelang ajal. Sejalan dengan penelitian Wright, Bourbonnais, Brajtman, Gagnon (2011), menggambarkan bahwa kepuasan yang didapatkan perawat perawatan kritis pada saat

merawat pasien dan keluarga dalam perawatan akhir hidup adalah dengan hadir mendampingi keluarga dan memberikan dukungan melewati fase tersebut. Hal-hal yang perlu diperbaiki dalam perawatan menjelang ajal berdasarkan analisis data didapatkan empat subtema, yaitu diperlukan pelatihan perawatan paliatif pada pasien kritis, diperlukan ruangan khusus pasien menjelang ajal, diperlukan pembimbing rohani khusus, dan diperlukan SOP perawatan pasien menjelang ajal.

Peran perawat dalam merawat pasien di rumah sakit mencakup bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual. Perawat dituntut untuk memberikan pelayanan yang prima disamping beban kerja yang tinggi. Pelayanan prima bisa dilakukan oleh perawat terkait kebutuhan dasar pasien agar terpenuhi, tidak terkecuali pada aspek spiritual (Hardianto, 2017).

Spiritual dapat memotivasi seseorang (pasien) dalam keadaan tidak berdaya untuk lebih fokus, lebih kuat dalam menghadapi permasalahan, stres emosi karena sakit. Hal lain terkait aspek spiritual yaitu dapat meningkatkan kualitas hidup pasien terutama pada kondisi menjelang kematian sehingga pasien dapat meninggal dengan tenang diakhir hidupnya (Monod et al., 2011).

c. *Good death*

National Academy of Medicine (NAM) mendefinisikan kematian yang baik sebagai kematian yang “bebas dari kesusahan dan penderitaan yang dapat dihindari untuk pasien, keluarga dan pengasuh, secara umum sesuai dengan keinginan pasien dan keluarga, dan cukup konsisten dengan standar klinis, budaya dan etika ”(Newman, 2016). Sementara konsep kematian yang baik sering ditekankan sebagai tujuan, tidak ada pemahaman tentang persepsi kematian yang baik. Kesenjangan ini disebabkan oleh sifat subjektif dari persepsi tentang

kematian yang baik yang sering berubah seiring dengan perkembangan penyakit menjelang akhir hayat (Raisio, Vartiainen, & Jekunen, 2015). Misalnya, individu yang lebih tua mungkin lebih memilih otonomi yang berkepanjangan dan fungsi kognitif dan fisik yang lebih baik daripada pengobatan invasif (Fried, O'Leary, Van Ness, & Fraenkel, 2007). Meskipun atribut kematian yang baik sangat individual, mereka terdiri dari rekonsiliasi relasional, keinginan untuk mengalami beban gejala yang rendah, perdamaian spiritual, dan membuat rencana pemakaman dan keuangan untuk mengurangi beban pada keluarga (Gott, Small, Barnes, Payne, & Seamark, 2008).

Sementara persepsi kematian yang baik dapat berbeda-beda pada setiap individu, konsep kematian yang baik dapat didefinisikan sebagai kematian di rumah menerima perawatan yang nyaman atas apa yang merupakan praktik khas dalam perawatan di akhir hidup, di mana pasien meninggal di rumah sakit. rumah sakit yang menerima prosedur invasif di unit perawatan intensif (Davidson, Macdonald, Newton, & Currow, 2010). Mengingat sifat individu dari apa yang merupakan kematian yang baik, ada kebutuhan akan model perawatan holistik untuk memenuhi kebutuhan kelompok populasi ini. Model ekologi sosial sering digunakan sebagai kerangka pencegahan; meskipun demikian, hal ini sering kali diadopsi dalam mengembangkan model perawatan (Bronfenbrenner, 1994). Model ini terdiri dari empat tingkatan: individu, hubungan, komunitas, dan perawatan sosial (Pusat Penyakit Pengendalian & Pencegahan, 2015).

d. Dying process

Sekitar dua minggu menjelang kematian, pasien bisa memperlihatkan tanda-tanda psikis berupa disorientasi mental: kekacauan dan kekeliruan dalam daya pemikiran, perasaan dan pengamatannya. Ia bisa mengalami tiga gejala berikut: ilusi,

halusinasi dan delusi (AB, signs: 5). Ketiga gejala itu timbul kerna kondisi mental pasien yang makin menurun hingga ia kerap berada dalam kondisi setengah sadar, seakan-akan setengah bermimpi. Ilusi adalah kesalahan dalam membaca/mentafsirkan kesan atau stimulus indrawi eksternal. Misalnya: bunyi angin dipersepsi sebagai suara orang menangis, harum parfum sebagai bau mayat, rasa gatal sebagai adanya serangga di balik selimut, ada cacing kecil dalam gelas susu. Dalam kehidupan normal, kita juga bisa mengalami ilusi indrawi semacam itu, namun pada umumnya kita bisa segera melakukan koreksi atasnya. Dalam diri pasien yang terminal, kemampuan untuk mengkoreksi-diri itu telah menurun/menghilang hingga ilusi itu bisa sungguh terasa sebagai real. Lain dari ilusi yang terjadi kerna stimulus indrawi eksternal, halusinasi adalah produk internal imajinasi kita sendiri. Contoh dari bayangan/gambaran (image) yang halusioner adalah gambaran-gambaran yang muncul saat kita bermimpi atau berada dalam pengaruh narkoba. Mungkin karena pengaruh obat penenang dan kegalauan emosional yang dirasakannya, pasien sering nampak mendapat halusinasi tertentu: ia seakan-akan melihat atau berbicara dengan orang-orang tertentu yang tidak ada di sekitarnya, termasuk juga berbicara/melihat orang-orang yang sudah meninggal dunia. Beberapa orang yang menganut faham spiritisme (komunikasi dengan roh) mentafsirkan gejala ini sebagai tersibaknya selubung antara alam fana dengan alam baka: *“Some may see this as the veil being lifted between this life and the next life.* Persepsi halusioner ini bisa terungkap secara fisik juga: pasien menjadi tegang dan gelisah (agitasi), ia menggerak-gerakan anggota badannya secara kacau tak menentu, seakan-akan seperti hendak mengusir, menghindari atau menjangkau sesuatu; atau ia terengah-engah mencengkram ujung seprai atau selimutnya erat-erat.

e. *Peaceful End Of Life Theory*

Teori *Peacefull End of Life* merupakan salah satu teori yang masuk kriteria middle range teori dengan level yang lebih tinggi (Higgin & Moore, 2000). Teori ini dikembangkan pertama kali oleh Ruland dan Moore pada tahun 1998, dimana teori ini memberikan informasi tentang kerangka kerja pada tindakan keperawatan untuk klien paliatif. Dengan mengadopsi berbagai teori keperawatan yang terkait, maka Ruland dan Moore mendefinisikan teori tersebut sebagai suatu kondisi menjelang akhir masa kehidupan yang dijalani dengan penuh kedamaian dengan beberapa kriteria yang harus dipenuhi, yaitu terbebas dari rasa nyeri, merasakan kenyamanan, merasa bermartabat dan merasa dihargai, merasakan kedamaian, dan merasakan kedekatan yang berarti dengan orang yang sangat bermakna dalam hidup. Selain berorientasi pada keputusan klien, teori ini juga menekankan pentingnya peran serta aktif dari keluarga dan kelanjutan dalam perawatan.

f. *Konsep Peaceful End Of Life*

Teori "*Peaceful End of Life*" telah diterapkan pada setting pelayanan keperawatan paliatif. Penerapan teori ini tidak hanya dititik beratkan pada klien saja, akan tetapi melibatkan keluarganya. Sehingga titik sentral dari teori ini adalah klien dan keluarga sebagai *support system* (Ruland & Moore, 2001 dalam Alligood & Tomey, 2010). Lima konsep utama yang mendasari teori ini dan dijadikan sebagai filosofi dalam praktik keperawatan adalah tidak merasa nyeri, merasakan kenyamanan, merasa bermartabat dan dihargai, merasakan kedamaian dan merasakan kedekatan dengan orang yang bermakna.

Teori ini dapat diterapkan pada klien kuratif pada stadium 1 dan 2 sampai klien dengan penyakitnya sudah tidak responsif terhadap pengobatan kuratif, diberikan perawatan terpadu yang bertujuan

meningkatkan kualitas hidup, dengan cara meringankan nyeri dan penderitaan lain, memberikan dukungan spiritual dan psikososial mulai saat diagnosa ditegakkan sampai akhir hayat dan dukungan terhadap keluarga yang kehilangan atau berduka (Alligood & Tomey, 2010). Teori keperawatan dari Ruland dan Moore, dapat diterapkan pada klien paliatif agar dapat terbebas dari nyeri, merasa nyaman, merasa dihargai, merasa damai, bahkan dapat merasakan kedekatan dengan orang yang bermakna dalam kehidupannya, dan jika kematian harus terjadi, klien dapat meninggal dengan damai. Selain itu setting struktur pada teori ini, yaitu bagaimana keluarga sebagai pendukung bersama profesional perawatan dapat membantu klien untuk memperoleh pengalaman yang menyenangkan selama hidupnya (Alligood & Tomey, 2010).

B. Kerangka teori

1. Perawatan *End of life*

a. Pengertian

Perawatan *end of life* merupakan perawatan yang membantu semua orang dengan penyakit lanjut, progresif, tidak dapat disembuhkan untuk dapat bertahan hidup sebaik mungkin sampai menghadapi kematian. Perawatan end of life diberikan ketika seseorang telah terdiagnosis menghadapi penyakit lanjut oleh profesional kesehatan (Sadler, 2015). Profesional kesehatan yang memberikan perawatan end of life harus memahami suatu tanda dan gejala fisik yang dialami oleh pasien. Pasien pada fase end of life cenderung lebih takut terhadap gejala kematian itu sendiri dibandingkan kematiannya. Pasien harus merasa nyaman secara fisik sebelum fikiran mereka berfokus tentang kondisi sosial, psikologis, dan spiritual (Perkins, 2016).

b. Etika Dalam Perawatan *End of life*

Dalam proses pengambilan keputusan yang terkait dengan masalah *end of life*, terdapat beberapa prinsip etika yang harus ditekankan, pertama *nonmaleficence* yaitu memastikan pasien terhindar dari bahaya baik itu fisik maupun emosional, kedua *beneficence* yaitu melakukan sesuatu yang baik terhadap pasien dan menguntungkan seperti mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian, memperlakukan pasien seperti manusia seutuhnya, dan terus berusaha meringankan beban pasien baik itu fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Ketiga *autonomy* yaitu pasien memiliki hak tentang pengambilan keputusan terkait perawatan dengan menggunakan informed consent yang menekankan terhadap hak atas kerahasiaan, privasi, dan hak untuk menolak pengobatan (Qualls and Kasl-Godley, 2011; Zerwekh, 2006).

2. Teori keperawatan

a. Teori Keperawatan *Peaceful End of life*

Teori keperawatan *peaceful end of life* Ruland & Moore (1998) dalam (Alligood, 2014) tidak terpisahkan dengan sistem keluarga (pasien dengan sakit terminal dan orang yang dianggap berarti dalam hidupnya) yang dirancang untuk mempromosikan hasil positif dari hal berikut :

a. Terbebas Dari Nyeri

Bebas dari rasa penderitaan atau gejala yang disebabkan oleh nyeri merupakan bagian penting dari banyak pengalaman *end of life* karena nyeri dianggap sensori yang tidak menyenangkan atau pengalaman emosional yang berhubungan dengan actual atau potensial kerusakan jaringan (Alligood, 2014).

b. Mendapat Kenyamanan

Kenyamanan didefinisikan oleh teori kolkaba sebagai sebuah kelegaan dari ketidaknyamanan, keadaan mudah dan damai, dan apapun yang membuat hidup mudah atau menyenangkan (Alligood, 2014).

c. Bermartabat dan Merasa Terhormat

Setiap pasien yang mengalami sakit parah harus dihormati dan dihargai sebagai manusia. Konsep ini menggabungkan gagasan pribadi, setiap tindakan didasarkan oleh prinsip etika dan otonomi pasien dan berhak atas perlindungan (Alligood, 2014).

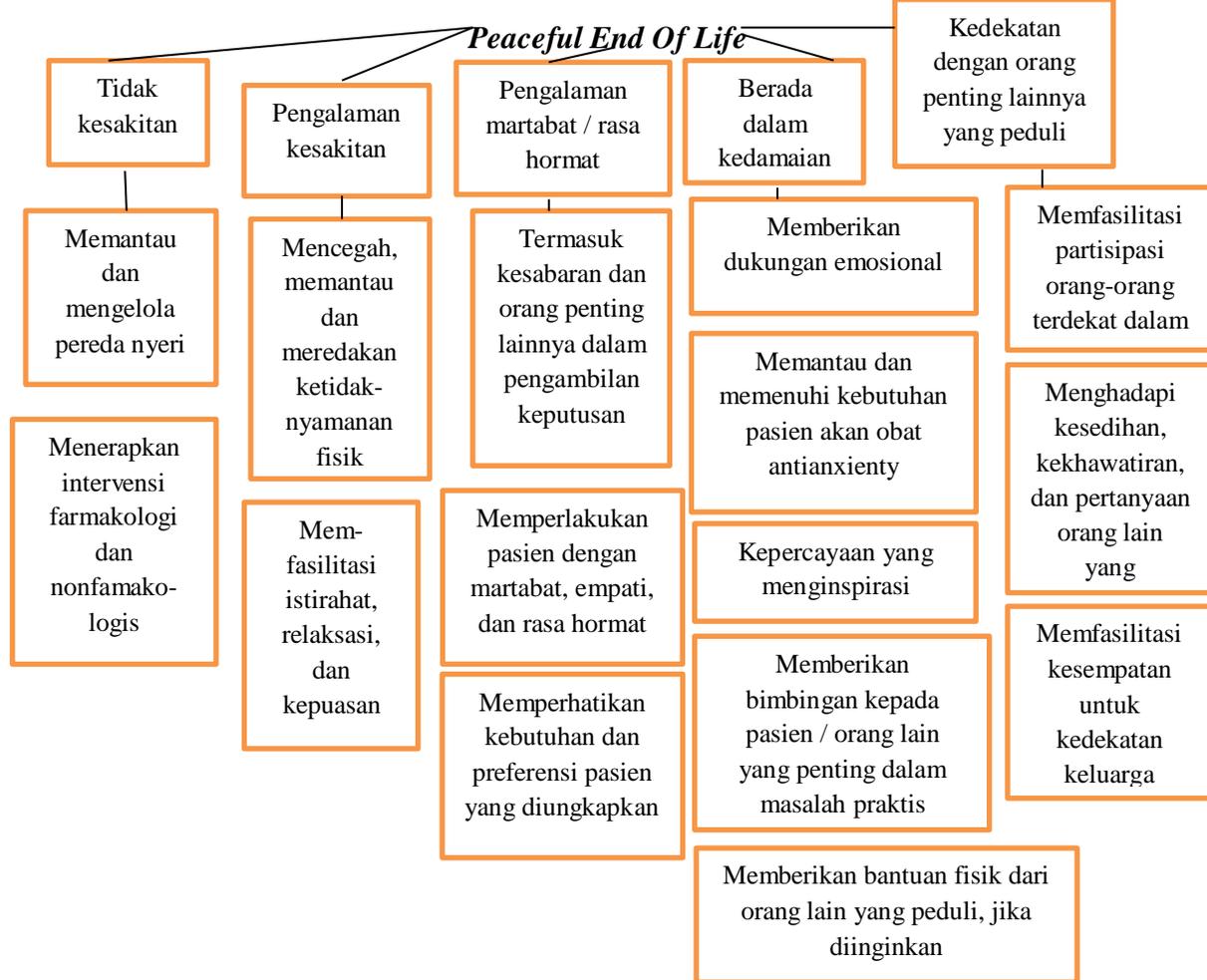
d. Merasa Damai

Damai merupakan sebuah perasaan yang tenang, harmonis, puas, bebas dari kegelisahan, kekhawatiran dan ketakutan. Sebuah pendekatan untuk merasa damai meliputi aspek fisik, sosial, psikologis, dan spiritual (Alligood, 2014).

e. Kedekatan Dengan Orang Yang Disayang.

Kedekatan adalah sebuah perasaan yang saling terhubung dengan orang lain yang peduli. Ini melibatkan kedekatan fisik atau emosional yang diungkapkan dengan hangat, intim, dan berhubungan (Alligood, 2014).

b. Model Teori Keperawatan Peaceful End of life



Skema 2.1 Konsep model teori keperawatan *peaceful end of life*

Sumber: Ruland & Moore, 1998., Alligood 2014.

Konsep Model Teori Keperawatan *Peaceful End Of Life*

Konsep model teori keperawatan *peaceful end of life* (Ruland & Moore, 1998) menggambarkan salah satu cara untuk memfasilitasi model teori praktek yang berkesinambungan yang dapat dijadikan panduan dalam memberikan perawatan end of life (Alligood, 2014).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain dan rancangan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan metode study keputusan atau *literature review*. *Literature review* merupakan ikhtisar komprehensif tentang penelitian yang sudah dilakukan mengenai topic yang spesifik untuk menunjukkan kepada pembaca apa yang sudah diketahui tentang topic tersebut dan apa yang belum diketahui, untuk mencari rasional dari penelitian yang sudah dilakukan untuk ide penelitian selanjutnya (Denney&Tewksbury,2013)

Study literature bisa didapat dari berbagai sumber baik jurnal ,buku,dokumentasi internet dan pustaka. Metode studi literature review adalah serangkaian kegiatan yang berkenan dengan metode pengumpulan data pustaka membaca dan mencatat, serta mengelola bahan penulisan (Zed, 2008 dalam Nursalam, 2016). Jenis penulisan yng digunakan adalah studi *literature review* yang berfokus pada hasil penulisan yang berkaitan dengan topic atau variable penulisan.

Penulis melakukan studi literature ini setelah menentukan topic penulisan dan ditetapkannya rumusan masalah, sebelum terjun kelapangan untuk mengumpulkan data yang diperlukan (Darmadi, 2011 dalam Nursalam, 2016)

B. Database jurnal

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh bukan dari pengamatan langsung, akan tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang didapat berupa artikel jurnal bereputasi baik nasional maupun internasional dengan tema yang sudah ditentukan (Nursalam., 2020). Konsep yang diteliti mengenai perawatan menjelang

ajal pada pasien kritis dengan *chronic disease*. Proses pengumpulan data dilakukan dengan penyaringan berdasarkan kriteria yang ditentukan oleh penulis dari setiap jurnal yang diambil. Adapun kriteria pengumpulan jurnal sebagai berikut:

1. Tahun sumber literature yang diambil mulai tahun 2016 sampai dengan tahun 2021
2. Strategi dan pengumpulan jurnal berbagai literature dengan menggunakan situs jurnal yang sudah terakreditasi seperti springer, Pubmed, dan Google scholar.
3. Masukan kata kunci: pemenuhan kebutuhan menjelang ajal, perawatan paliatif/ perawatan akhir kehidupan dan melakukan penelusuran berdasarkan advance search dengan menambahkan notasi AND/OR.
4. Melakukan pencarian berdasarkan full text.

Literature review dimulai dengan materi asil penelitian yang secara sekuensi diperhatikan dari yang paling relevan, relevan dan cukup relevan. kemudian membaca abstrak dari setiap jurnal terlebih dahulu untuk memberikan penilaian apakah permasalahan yang dibahas sesuai dengan yang hendak dipecahkan dalam suatu jurnal. Mencatat poin-poin penting dan relevansinya dengan permasalahan penelitian, untuk menjaga agar terhindar dari unsure plagiat, penulis hendaknya juga mencatat sumber informasi dan daftar pustaka. Jika memang informasi berasal dari idea atau hasil penulisan orang lain. Membuat catatan, kutipan atau informasi yang disusun secara sistematis sehingga penulis dapat dengan mudah mencari kembali jika sewaktu-waktu diperlukan (Darmadi, 2011 dan Nursalam,2016).

C. Batasan waktu publikasi

Jurnal yang digunakan dalam penelitian digunakan dibatasi waktu publikasi untuk mendapatkan hasil penelitian terkini, karena ilmu dan hasil penelitian disesuaikan dengan trend dan isu terkini. Standar untuk batasan penelitian ditetapkan adalah lima tahun terakhir untuk jurnal Indonesia dan sepuluh terakhir untuk jurnal terbitan internasional. Temuan jurnal yang digunakan dalam penulisan ini adalah dalam kurun waktu 6 tahun terakhir (2016-2021).

D. *Search Terns* (kata kunci)

Pencarian Jurnal atau artikel menggunakan *keyword* dan *Boolean operator* (*AND, OR NOT or AND NOT*) digunakan untuk memperluas atau memspesifikkan pencarian sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci dalam *literatur review* disesuaikan dengan *Medical Subject Heading* (MeSH) (Nursalam, 2020). Sebagai berikut:

Tabel kata kunci *Literatur Review*

Pasien kritis	Keperawatan paliatif	Penyakit kronik	Perawatan akhir kehidupan
<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>
<i>critical patient</i>	<i>palliative care</i>	<i>Cronik disease</i>	<i>End of life care</i>

E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

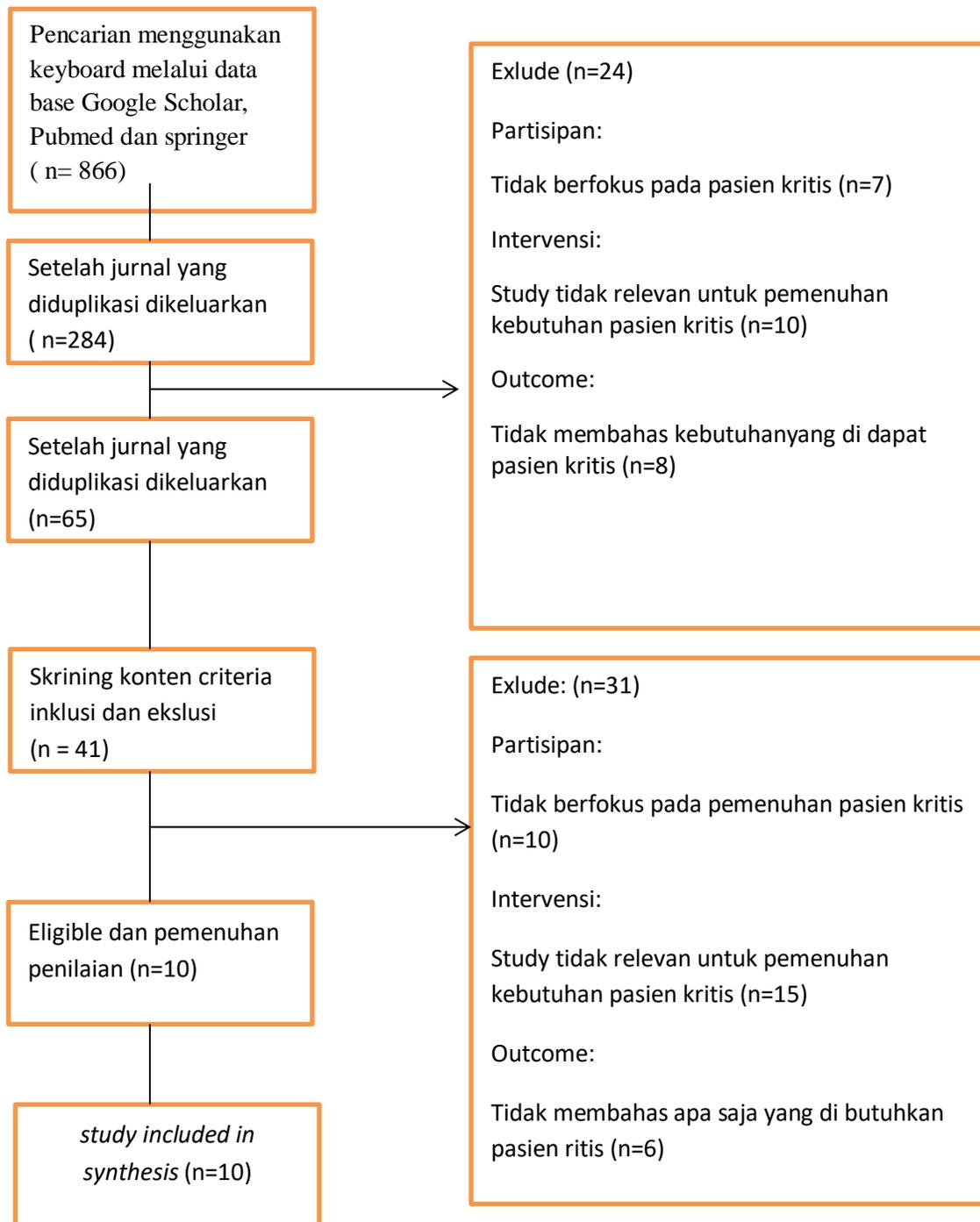
Strategi yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan pendekatan PICOS, yaitu *population, intervention, comparison, outcome, studi design*. Berikut penjabarannya:

Format PICOS *Literatur Review*

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
<i>Populasi</i>	Study yang berfokus pada perawatan menjelang ajal	Bukan kasus dengan perawatan menjelang ajal
<i>Intervention</i>	Study yang berfokus pada apa saja perawatan menjelang ajal	Study yang tidak relevan dengan perawatan menjelang ajal
<i>Comparators</i>	<i>None</i>	<i>None</i>
<i>Outcomes</i>	Apasaja yang di lakukan untuk perawatan menjelang ajal pasien kritis	Tidak membahas perawatan menjelang ajal pasien kritis
<i>Study design</i>	Quasi-experimental studies No randomized control and trial, type systematic review, qualitative research and cross-sectional studies	No exclusion
<i>Publication years</i>	2016	2021
<i>Languange</i>	English, Indonesian	Language other than English and Indonesian

F. *Quality checklist (penilaian kualitas)*

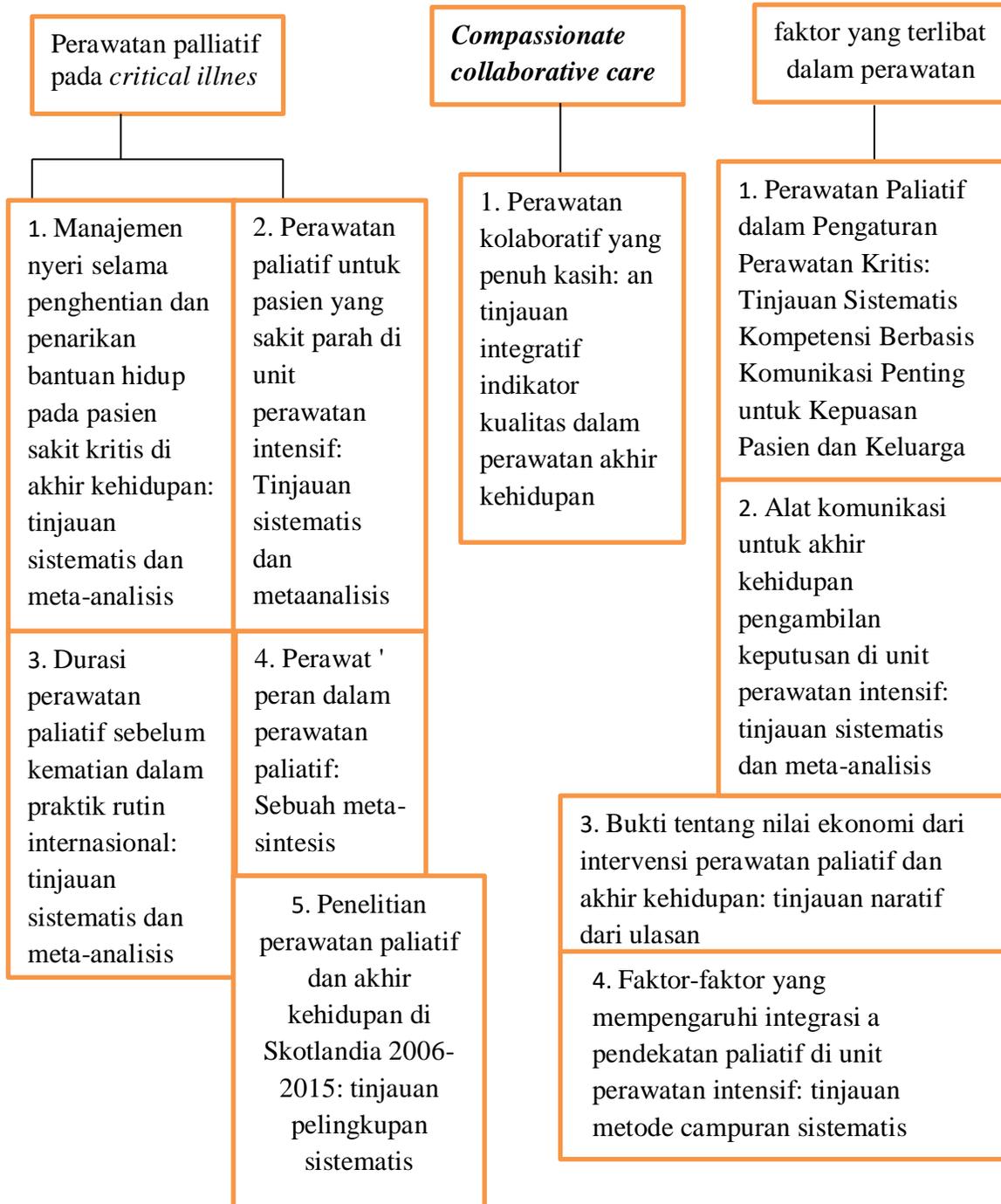
Screening literatur menggunakan *Prisma cheklis* untuk menganalisis kualitas metodologi disetiap jurnal sehingga dapat menganalisis kualitas metodologi dalam setiap studi sesuai dengan metode penelitian yang dilakukan pada penelitian. Instrumen ini berisikan ceklist untuk melihat apakah ada kesesuaian, keselarasan dan ketepatan dari judul, desain, sampel, tujuan, hasil,dan pembahasan. Ceklis ini kemudian diisi berdasarkan jenis penelitian dan dinilai. Tujuannya adalah untuk melihat kualitas jurnal tersebut



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil analisis jurnal



No	Jurnal	Hasil
1	<p>Judul: Manajemen nyeri selama penghentian dan penarikan bantuan hidup pada pasien sakit kritis di akhir kehidupan: tinjauan sistematis dan meta-analisis</p> <p>Penulis: Andres Laserna , Alejandro Durán-Crane , María A. López-Olivo, John A. Cuenca, Cosmo Fowler, Diana Paola Diaz, Yenny R. Cardenas, Catherine Urso, Keara O'Connell , Clara Fowler, Kristen J. Price, Charles L. Sprung dan Joseph L. Nates</p>	<p>Tiga belas studi memenuhi kriteria inklusi. Studi dilakukan di Amerika Serikat (38%), Kanada (31%), dan Belanda (31%). Sebelas studi adalah kohort tunggal dan dua belas memiliki skor Skala Newcastle-Ottawa kurang dari 7. Usia rata-rata pasien berkisar antara 59 hingga 71 tahun, 59-100% berventilasi mekanis, dan 47-100% pasien menjalani penarikan bantuan hidup. Opioid dan obat penenang yang paling umum digunakan adalah morfin [tingkat pemanfaatan 60% (95% CI 48-71%)] dan midazolam [tingkat pemanfaatan 28% (95% CI 23-32%)], masing-masing. Dosis meningkat selama proses akhir kehidupan (peningkatan rata-rata gabungan dalam dosis morfin: 2,6 mg/jam, 95% CI 1,2–4).</p>
2	<p>Judul: Perawatan paliatif untuk pasien yang sakit parah di unit perawatan intensif: Tinjauan sistematis dan metaanalisis</p> <p>Penulis: Belmira dpccc martin, msc., Reinaldo a. oliveira, md, ph.d., Antonio jm cataneo, md, ph.d.</p>	<p>Dari 399 publikasi diidentifikasi, 27 dipilih untuk analisis teks lengkap dan 19 dikeluarkan, meninggalkan 8 artikel untuk dimasukkan, yang melibatkan total 7.846 pasien. Sebuah metaanalisis kematian di ICU dilakukan dengan empat studi. Mortalitas yang lebih rendah adalah ditemukan pada kelompok intervensi: rasio risiko $\frac{1}{4}$ 0,78 (CI95% $\frac{1}{4}$ 0,70–0,87), P , 0,00001, Saya2 $\frac{1}{4}$ 18%. Lama tinggal di ICU disajikan sebagai mean dan standar deviasi dalam empat studi, dan hasilnya adalah pengurangan 2,5 hari dalam lama tinggal dengan penerapan intervensi: berarti $\frac{1}{4}$ –2.44 hari (CI95% $\frac{1}{4}$ – 4.41 hingga –0.48), P $\frac{1}{4}$ 0,01, Saya2 $\frac{1}{4}$ 86%.</p>
3	<p>Judul: Durasi perawatan paliatif sebelum kematian dalam praktik rutin internasional: tinjauan sistematis dan meta-analisis</p> <p>Penulis: Roberta I. Jordan, Matthew J. Allsop, Yusuf El Mokhallalati, Catriona E. Jackson, Helen L. Edwards, Emma J. Chapman, Luc Deliens dan Michael I. Bennett</p>	<p>Seratus enam puluh sembilan penelitian dari 23 negara dilibatkan, melibatkan 11.996.479 pasien. Sebelum kematian, durasi rata-rata dari inisiasi perawatan paliatif hingga kematian adalah 18,9 hari (IQR 0,1), berdasarkan jumlah peserta. Perbedaan yang signifikan antara durasi ditemukan berdasarkan jenis penyakit (15 hari untuk kanker vs 6 hari untuk kondisi non-kanker), jenis layanan (19 hari untuk unit perawatan paliatif spesialis, 20 hari untuk perawatan komunitas/rumah, dan 6 hari untuk bangsal rumah sakit umum.) dan indeks pembangunan negara (18,91 hari untuk pembangunan sangat tinggi vs 34 hari untuk semua tingkat pembangunan lainnya). Empat puluh tiga persen studi dinilai sebagai: ' bagus '</p>
4	<p>Judul: Perawat ' peran dalam perawatan paliatif: Sebuah meta-sintesis kualitatif</p>	<p>Tema-tema yang muncul dari analisis tersebut adalah sebagai berikut: Menjadi tersedia, yang memberi perawat peran penting dalam perawatan paliatif dan membuka</p>

	<p>Penulis: Ragnhild Johanne Tveit Sekse PhD, RN, Associate Professor ,Pustakawan Senior, Sidsel Ellingsen PhD, RN, Associate Professor</p>	<p>jalan bagi Menjadi koordinator perawatan bagi pasien dan kerabat, serta bagi tenaga kesehatan lainnya. Melakukan apa ' dibutuhkan adalah menangani kegiatan yang sangat luas, selalu dalam kerangka pemahaman yang holistik. Hadir dengan penuh perhatian dan berdedikasi serta menggunakan metode yang fleksibel dan nontradisional sangat penting dalam peran tersebut. Berdiri dalam situasi yang menuntut berurusan dengan kurangnya waktu dan sumber daya, legitimasi terbatas, penanganan dilema etika dan membutuhkan dukungan dan pengetahuan</p>
5	<p>Judul: Penelitian perawatan paliatif dan akhir kehidupan di Skotlandia 2006-2015: tinjauan pelingkupan sistematis Penulis: Anne M. Finucane , Emma Carduff, Jean Lugton, Stephen Fenning, Bridget Johnston, Marie Fallon, David Clark, Juliet A. Spiler dan Scott A. Murray</p>	<p>Secara total, 1919 makalah disaring, 496 menjalani tinjauan teks lengkap dan 308 disimpan di set terakhir. 73% adalah studi deskriptif dan 10% adalah intervensi atau studi kelayakan. Tiga bidang fokus penelitian teratas adalah layanan dan pengaturan; pengalaman dan/atau kebutuhan; dan gejala fisik. 58 makalah prihatin dengan perawatan paliatif untuk orang dengan kondisi selain kanker- hampir seperlima dari semua makalah yang diterbitkan. Beberapa penelitian berfokus pada ehealth, ekonomi kesehatan, di luar jam kerja dan kesehatan masyarakat. Hampir setengah dari semua makalah menggambarkan penelitian yang tidak didanai atau tidak mengakui pemberi dana (46%).</p>
6	<p>Judul: Perawatan kolaboratif yang penuh kasih: an tinjauan integratif indikator kualitas dalam perawatan akhir kehidupan Penulis: Kathryn Pfaff dan Adelais Markaki</p>	<p>Sampel literatur akhir termasuk 25 artikel. Perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga muncul sebagai struktur utama untuk perawatan kolaboratif yang penuh kasih, dengan nilai-nilai menyeluruh termasuk empati, berbagi, rasa hormat, dan kemitraan. Analisis mengungkapkan komunikasi, pengambilan keputusan bersama, dan penetapan tujuan sebagai proses menyeluruh untuk mencapai perawatan kolaboratif yang penuh kasih di akhir masa pakai. Kepuasan pasien dan keluarga, peningkatan kerja tim, penurunan kelelahan staf, dan kepuasan organisasi adalah contoh hasil yang menunjukkan perawatan kolaboratif yang penuh kasih berkualitas tinggi. Indikator kualitas khusus pada tingkat individu, tim dan organisasi dilaporkan dengan data contoh pendukung</p>
7	<p>Judul: Perawatan Paliatif dalam Pengaturan Perawatan Kritis: Tinjauan Sistematis Kompetensi Berbasis Komunikasi Penting untuk Kepuasan Pasien dan</p>	<p>Lima belas studi (5 kualitatif dan 10 kuantitatif) yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi telah diidentifikasi. Kompetensi yang diidentifikasi sebagai penting untuk pengiriman perawatan palliatif berkualitas tinggi dalam pengaturan perawatan kritis adalah</p>

	<p>Keluarga</p> <p>Penulis: Andrew W. Schram, MD, MBA, Gavin W. Hougham, PhD, David O. Meltzer, MD, PhD, dan Gregory W. Ruhnke, MD, MS, MPH</p>	<p>prognostik, mediasi konflik, komunikasi empatik, dan aspek perawatan yang berpusat pada keluarga, yang terakhir menjadi kompetensi yang paling sering diakui dalam literatur yang diidentifikasi</p>
8	<p>Judul: Alat komunikasi untuk akhir kehidupan pengambilan keputusan di unit perawatan intensif: tinjauan sistematis dan meta-analisis</p> <p>Penulis: Simon JW Oczkowski, Han-Oh Chung, Louise Hanvey, Lawrence Mbuagbaw dan John J. You</p>	<p>Kami menyaring 5785 abstrak dan meninjau teks lengkap dari 424 artikel, menemukan 168 artikel yang memenuhi syarat, termasuk 19 studi di pengaturan ICU. Penggunaan alat komunikasi meningkatkan dokumentasi diskusi tujuan perawatan (RR 3,47, 95% CI 1,55, 7,75, $p = 0,020$, bukti berkualitas sangat rendah), tetapi tidak berpengaruh pada dokumentasi status kode (RR 1,03, 95% CI 0,96, 1,10, $p = 0,540$, bukti berkualitas rendah) atau keputusan untuk menarik atau menahan perawatan yang menopang kehidupan (RR 0,98, 95% CI 0,89, 1,08, $p = 0,70$, bukti berkualitas rendah). Penggunaan alat tersebut dikaitkan dengan penurunan berbagai ukuran pemanfaatan sumber daya perawatan kesehatan, termasuk durasi ventilasi mekanis (MD .) - 1,9 hari, 95% CI - 3.26, - 0,54, $p = 0,006$, bukti kualitas sangat rendah), lama tinggal di ICU (MD - 1,11 hari, 95% CI - 2.18, - 0,03, $p = 0,04$, bukti berkualitas sangat rendah), dan biaya perawatan kesehatan (SMD - 0,32, 95% CI - 0,5, - 0,15, $p < 0,001$, bukti berkualitas sangat rendah).</p>
9	<p>Judul: Bukti tentang nilai ekonomi dari intervensi perawatan paliatif dan akhir kehidupan: tinjauan naratif dari ulasan</p> <p>Penulis: Xhyljeta Luta, Joachim Marti, Baptiste Ottino, Peter Hall, Joanna Bowden, Lebah Wee, Joanne Droney, Julia Riley dan Joachim Marti</p>	<p>Sebanyak 43 ulasan dimasukkan dalam analisis. Secara keseluruhan, sebagian besar bukti tentang efektivitas biaya berkaitan dengan intervensi berbasis rumah dan menunjukkan bahwa mereka menawarkan penghematan besar untuk sistem kesehatan, termasuk penurunan total biaya perawatan kesehatan, penggunaan sumber daya dan peningkatan pasien dan pengasuh.' hasil. Bukti intervensi yang diberikan di pengaturan lain umumnya tidak konsisten</p>
10	<p>Judul: Faktor-faktor yang mempengaruhi integrasi a pendekatan paliatif di unit perawatan intensif: tinjauan metode campuran sistematis</p> <p>Penulis: Hanan Hamdan</p>	<p>Empat faktor prasyarat utama diidentifikasi: (a) struktur organisasi dalam memfasilitasi kebijakan, sumber daya yang tidak tepat, keterlibatan tim multi-disiplin, dan pengetahuan dan keterampilan; (b) lingkungan kerja, termasuk faktor fisik dan psikososial; (c) faktor/penghalang antarpribadi, termasuk keluarga dan</p>

	Alshehri Sepideh Olausson, Joakim hlén dan Axel Wolf	pasien ' keterlibatan dalam komunikasi dan partisipasi; dan (d) pengambilan keputusan, misalnya, keputusan dan transisi, konflik tujuan, komunikasi tim multidisiplin, dan ramalan.
--	--	---

B. Pembahasan

1. Perawatan paliatif pada *critical illness*

Perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang membatasi hidup melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan (Roberta I. Jordan dkk,2020). Intervensi untuk memperpanjang proses hidup dapat memberikan dukungan hidup artifisial untuk pasien dengan penyakit kronis atau akut yang mengharapkan perbaikan. Namun, jika diterapkan pada pasien yang sakit parah, prosedur seperti itu mungkin hanya memperpanjang proses kematian dengan menyakitkan. Praktik perawatan paliatif (PC) multidisiplin memiliki sejumlah kemungkinan untuk menghilangkan rasa sakit dan ketidaknyamanan yang dialami oleh pasien yang sakit parah. Ini juga memberikan kesempatan bagi pasien tersebut untuk mengambil peran aktif dalam memposisikan diri mereka di akhir hayat, dibantu oleh para profesional khusus. Manfaat yang diperoleh dari intervensi medis harus diimbangi dengan pertimbangan etis yang mengarah pada perawatan yang lebih baik, sesuai dengan sumber daya yang tersedia dan prinsip utama bioetika: kebaikan, non-kejahatan, otonomi, dan keadilan

Perawat perlu terampil dalam keperawatan dasar untuk memberikan perawatan paliatif yang disesuaikan secara individual kepada pasien dan kerabat. Untuk memenuhi peran dalam perawatan paliatif, perawat harus melampaui rutinitas, mempercayai perasaan intuitif dan dipandu oleh perasaan terhadap situasi, kompetensi profesional dan berorientasi pada orang yang sangat terkait. Apalagi peran perawat mencakup tiga dimensi yang independen dari budaya dan konteks. Relasional, praktis dan moral semuanya penting untuk perawatan dan kinerja perawat itu sendiri. Namun, budaya, tempat, waktu, dan sikap serta pengetahuan pribadi, memberikan kerangka yang memberikan kesempatan yang tidak setara untuk praktik perawatan paliatif (Irene Hunskar MLISc dkk, 2017).

Perawatan paliatif, yang didasarkan pada gerakan filosofi Hospice modern, memberikan pedoman untuk perawatan pasien yang sakit parah dan sekarat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya. Pendekatannya multidisiplin untuk mengatasi kompleksitas kebutuhan pasien dan kerabat. Organisasi Kesehatan Dunia (2011) menggarisbawahi bahwa

kurangnya pelatihan dan kesadaran perawatan paliatif di kalangan profesional kesehatan merupakan penghalang utama untuk peningkatan perawatan. Asosiasi Eropa untuk Perawatan Paliatif (EACP) menetapkan 10 kompetensi inti untuk tenaga kesehatan (Gamondi, Larkin, & Payne, 2013) dan menyatakan bahwa semua personel membutuhkan pengetahuan dan kompetensi di bidang ini tetapi pada tingkat yang berbeda berdasarkan paparan mereka terhadap berbagai dimensi praktek (De Vlieger, Gorchs, Larkin, & Porchet, 2004; Gamondi et al., 2013)

perawatan paliatif terintegrasi di semua tingkat layanan kesehatan: di masyarakat, panti jompo, rumah sakit dan unit perawatan paliatif dan rumah perawatan. Namun, ulasan dari peran perawat dalam perawatan paliatif terutama dilakukan dalam satu konteks tertentu, yaitu perawatan di rumah. Ada kebutuhan untuk deskripsi peran perawat dalam melakukan perawatan paliatif di seluruh institusi dan di mana pun perawat bekerja dalam sistem perawatan kesehatan

Perawat di seluruh institusi kesehatan, memiliki posisi unik dalam perawatan paliatif. Perawat memegang semua hal bersama-sama “orang yg serba tahu” (Kaasalainen et al., 2014; King et al., 2010; Schaepe et al., 2011). Perawat dalam perawatan di rumah khususnya harus menguasai berbagai kegiatan, sering sendirian di sana. Hal ini juga digaungkan dalam review oleh Mulvihill et al. (2010) yang menunjukkan bahwa perawat dalam perawatan di rumah bertindak sebagai kunci dalam peran mereka dalam perawatan paliatif. Peran perawat inti meliputi ketersediaan dan koordinasi layanan kesehatan (Irene Hunskar MLISc dkk, 2017).

Ada beberapa tugas dari perawatan paliatif di ICU yaitu: (1) Dapat menerima kematian sebagai proses alami di akhir kehidupan., (2). Selalu mengutamakan kepentingan terbaik pasien., (3). Untuk menyangkal kesia-siaan diagnostik dan pengobatan., (4). Untuk tidak memperpendek hidup atau memperpanjang proses kematian., (5). Menjamin kualitas hidup dan kualitas kematian., (6). Untuk menghilangkan rasa sakit dan gejala lainnya., (7). Untuk mempertahankan perawatan klinis, psikologis, sosial, dan spiritual baik pasien dan anggota keluarga., (8). Menghormati otonomi pasien dan perwakilan hukumnya., (9). Untuk menyeimbangkan biaya dan manfaat dari keputusan medis dan., (10). Untuk merangsang praktik perawatan interdisipliner (Moritz dkk. 2008).

Pengenalan tim perawatan paliatif di ICU dapat mengurangi penderitaan pasien yang menerima perawatan akhir hayat di ICU dan anggota keluarga mereka. Penelitian ini mengarah pada penurunan angka kematian di ICU dan mungkin masa rawat yang lebih pendek, memindahkan pasien dalam

perawatan akhir kehidupan dari ICU ke unit perawatan paliatif tampaknya menghasilkan pengurangan dalam penggunaan prosedur yang mahal dan pemantauan intensif, dan dengan demikian mengarah pada penghematan biaya secara keseluruhan, membuat manajemen yang efektif dari rasa sakit dan penderitaan pasien di akhir kehidupan lebih memungkinkan. Studi yang diperiksa menunjukkan penurunan mortalitas dan mungkin pengurangan lama tinggal di ICU melalui implementasi perawatan paliatif. Ini mungkin menunjukkan pengurangan penggunaan sumber daya yang tidak bermanfaat dan secara bersamaan mewakili penghematan biaya pengobatan, selain mendorong kemungkinan membuat lebih banyak tempat tidur ICU tersedia untuk pasien yang kebutuhannya lebih besar (Belmira dkk, 2016)

Unit perawatan paliatif di Amerika Serikat terjadi 20% kematian, dan lebih dari 50% kematian ini melibatkan penghentian atau penarikan intervensi yang menopang kehidupan. Tahun 2003, kelompok kerja rekan kerja *Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-of-Life* dan 15 tim dokter dan perawat terkait di Amerika Utara membentuk tujuh elemen kunci untuk peningkatan kualitas di akhir kehidupan, dan salah satunya adalah gejala. Manajemen nyeri adalah salah satu gejala yang paling sering dilaporkan pada pasien sakit kritis di akhir kehidupan, dan persepsi kontrol nyeri yang memadai pada akhir kehidupan yang dilaporkan oleh keluarga terdekat telah diamati berkisar antara 47 hingga 87% . Hal ini menunjukkan bahwa setidaknya setengah dari pasien ini meninggal dengan rasa sakit dan menunjukkan bahwa manajemen nyeri masih merupakan area untuk perbaikan yang signifikan di ICU dan bahwa prioritas manajemen nyeri adalah penanda kualitas medis dan perawatan penuh kasih. Pada tahun 2018 *Lanset* Komisi Perawatan Paliatif dan Pereda Nyeri juga mengidentifikasi kurangnya perawatan paliatif dan pereda nyeri secara global.

Farmakoterapi dianggap sebagai landasan paliatif, dan opioid adalah obat yang paling umum digunakan karena kemampuannya untuk mengurangi rasa sakit, kecemasan, dan sesak napas. Kekhawatiran, bagaimanapun, muncul tentang kemungkinan mempercepat kematian karena pengobatan yang berlebihan. Dalam kasus ini, prinsip efek ganda diperhitungkan, dan konsekuensi yang diperkirakan tetapi tidak disengaja dari memperpendek proses akhir kehidupan dapat diterima sebagai bagian dari ketentuan dokter tentang pengobatan yang dimaksudkan untuk meringankan penderitaan. Meskipun divalidasi secara etis, kemungkinan mempercepat kematian menghalangi banyak dokter untuk meningkatkan dosis analgesik dan obat penenang secara tepat di akhir kehidupan. Kekhawatiran ini dapat diatasi dengan menerapkan analgesia multimodal (kombinasi obat yang berbeda

dengan mekanisme aksi yang berbeda), yang dapat meminimalkan dosis yang diperlukan dan efek samping opioid yang terkait. Selama penghentian dan penarikan bantuan hidup pada pasien sakit kritis di akhir hidup, morfin dan midazolam adalah obat yang paling umum digunakan untuk manajemen nyeri.

Andres Laserna dkk, (2020) menemukan bahwa opioid adalah analgesik yang paling umum digunakan (hingga 88%), dengan morfin yang paling umum, diikuti oleh fentanil. Tambahan benzodiazepin digunakan pada 45-82% pasien; midazolam adalah obat penenang yang paling umum digunakan. Mengenai dosis obat, mereka menemukan bahwa dosis rata-rata analgesik dan obat penenang baik sebelum dan sesudah pemotongan atau penarikan bantuan hidup konsisten dengan rentang yang digunakan untuk penarikan bantuan hidup. Dosis yang didapatkan lebih tinggi dari dosis yang direkomendasikan dalam pedoman untuk pasien sakit kritis di akhir kehidupan. Hal ini dikarenakan perkembangan toleransi opioid pada sebagian besar pasien sakit kritis yang berada di akhir kehidupan. Mereka juga mengidentifikasi peningkatan progresif dalam dosis obat sebelum penarikan bantuan hidup, yang mungkin mencerminkan penyesuaian yang diperlukan untuk mengurangi ketidaknyamanan selama akhir kehidupan, meskipun ada kegelisahan tentang memperpendek proses. Kekhawatiran ini telah dipertanyakan oleh beberapa penelitian terbaru yang menunjukkan perpanjangan atau tidak berpengaruh pada waktu sampai kematian dengan penggunaan obat-obatan ini . Penggunaan obat non-opioid dapat mengurangi kebutuhan opioid dan efek sampingnya, seperti pruritus, mual, dan konstipasi, yang tidak diinginkan selama pengobatan.

Roberta I. Jordan dkk (2020) mengemukakan tentang durasi perawatan paliatif sebelum kematian menemukan durasi rata-rata dari inisiasi perawatan paliatif hingga kematian adalah 18,9 hari, berdasarkan jumlah peserta. Perbedaan yang signifikan antara durasi ditemukan berdasarkan jenis penyakit (15 hari untuk kanker vs 6 hari untuk kondisi non-kanker), jenis layanan (19 hari untuk unit perawatan paliatif spesialis, 20 hari untuk perawatan komunitas/rumah, dan 6 hari untuk bangsal rumah sakit umum.) dan indeks pembangunan negara (18,91 hari untuk pembangunan sangat tinggi vs 34 hari untuk semua tingkat pembangunan lainnya).

2. *Compassionate collaborative care*

perawatan kolaboratif yang penuh kasih adalah proses di mana pengasuh dari latar belakang profesional dan non-profesional yang berbeda bekerja sama dengan pasien dan keluarga untuk memberikan perawatan yang

mengenali, memahami dan menanggapi kekhawatiran, rasa sakit, kesusahan, atau penderitaan, dengan tujuan untuk mempromosikan hasil keluarga pasien, tim, dan organisasi yang positif di seluruh pengaturan perawatan kesehatan.

Praktik kolaboratif memiliki banyak definisi, tetapi mayoritas setuju bahwa itu melibatkan berbagai disiplin ilmu anggota tim kesehatan yang bekerja dengan pasien dan keluarga untuk mencapai tujuan bersama melalui proses, seperti komunikasi bersama dan pengambilan keputusan. Ini adalah model praktik yang domain intinya melibatkan pendekatan yang berpusat pada pasien dan keluarga. Praktik kolaboratif telah terbukti meningkatkan hasil kesehatan di dan di seluruh sektor dan pengaturan perawatan, dan terkait dengan aksesibilitas yang lebih tinggi ke perawatan, manajemen penyakit kronis yang lebih baik, keselamatan pasien, dan tempat kerja yang sehat. Meskipun semakin banyak literatur, integrasi praktik kolaboratif terus tertinggal di banyak pengaturan perawatan kesehatan

Perawatan paliatif dan akhir kehidupan adalah tempat di mana perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga yang penuh kasih adalah prioritas tim interprofessional (IP). Ini membuat kami berteori bahwa kasih sayang adalah pengungkit atau 'anteseden yang hilang' untuk sepenuhnya mengoperasionalkan dan mempertahankan praktik kolaboratif dalam pengaturan perawatan akhir kehidupan. Belas kasih adalah nilai dasar yang mendasari gerakan rumah sakit modern, dan konsep inti perawatan paliatif. Ini melibatkan pendekatan holistik di mana penyedia layanan IP mendukung pasien dan keluarga selama diagnosis, stadium penyakit, kematian dan dukacita. Belas kasih juga dianggap sebagai penanda perawatan spiritual, fasilitator untuk memperbaiki penderitaan eksistensial menuju akhir kehidupan, dan pengaktif pendekatan yang berpusat pada pasien (Kathryn Pfaff dkk, 2017).

Komunikasi, pengambilan keputusan bersama, dan penetapan tujuan adalah tiga proses menyeluruh yang dapat mendukung perawatan kolaboratif yang penuh kasih. Mengakui kemampuan anggota tim lain, serta kontribusi mereka, sangat penting untuk melibatkan proses ini. Dalam perawatan akhir kehidupan, tim IP mencakup pasien dan keluarganya, dokter, perawat, pekerja sosial, dan banyak sukarelawan profesional dan non-profesional yang “kepompong” pasien sekarat. (Kathryn Pfaff dkk, 2017).

Sejak awal 2000-an, ada kekhawatiran umum atas penurunan keadaan kasih sayang dalam sistem kesehatan di negara-negara maju. Didefinisikan sebagai “pengakuan, pemahaman empatik dan resonansi emosional dengan kekhawatiran, rasa sakit, kesusahan atau penderitaan orang lain ditambah dengan motivasi dan tindakan relasional untuk memperbaiki kondisi ini”.

Tidak hanya dipandang sebagai landasan panduan untuk praktik etis di antara profesional dan organisasi kesehatan, tetapi juga sebagai landasan perawatan kesehatan berkualitas oleh pasien, keluarga, dokter, dan pembuat kebijakan. Bukti yang muncul menunjukkan hubungan antara perawatan penuh kasih, peningkatan hasil pasien dan peningkatan kesejahteraan penyedia. Terlepas dari upaya, kasih sayang tetap sulit dipahami di banyak organisasi dan pengaturan perawatan, dan dikonseptualisasikan dengan buruk dan dipahami secara empiris.

Struktur individu dalam perawatan kolaboratif yaitu Pasien dan keluarga menghargai, membutuhkan, dan mengharapkan perawatan holistik dan berkelanjutan di seluruh kontinum yang mendukung, tidak menghakimi dan adil. Dua struktur penyedia tambahan yang mempromosikan keterlibatan penyedia di *Compassionate collaborative care* termasuk dukungan profesional dan pendidikan. Pendidikan bisa formal atau informal, dengan pasien dan keluarga terkadang berperan sebagai guru.

Struktur tim dalam perawatan kolaboratif yaitu atribut tim mencakup nilai, keterampilan, dan sumber daya bersama. Tim harus menghargai hubungan otentik, komitmen tim bersama, dan pendekatan holistik yang mendukung perawatan bio-psikososial-spiritual. Keterampilan di tingkat tim bersifat relasional, dan melibatkan mendengarkan secara aktif, kepemimpinan, Struktur individu, advokasi, refleksi dan kesadaran diri. sumber daya manusia dan waktu adalah indikator struktural utama di tingkat tim. Secara khusus, sampel literatur mendukung pendekatan tim IP dalam memberikan. Waktu dan ruang bersama untuk perencanaan, berbagi, dan tanya jawab sangat penting untuk mendukung *Compassionate collaborative care* di antara tim.

Struktur organisasi yaitu budaya organisasi harus inklusif dari semua staf. Kepemimpinan sangat penting untuk memperjuangkan dan mendukung perencanaan, dan kebijakan yang mempromosikan pasien IP dan perawatan yang berpusat pada keluarga dapat mendukung integrasi *Compassionate collaborative care*.

Indikator pengembangan pengetahuan dan perilaku pasien-keluarga termasuk keterlibatan dalam perawatan diri, peningkatan koping pasien-keluarga, berkurangnya rasa takut dan depresi, dan peningkatan kualitas hidup. Kepuasan pasien tercermin melalui “dikenal” secara holistik oleh orang lain di tim perawatan. Akhirnya, ketika kasih sayang dan kolaborasi terintegrasi dalam perawatan akhir kehidupan, pasien dan keluarga melaporkan kepuasan dengan pemberian perawatan secara keseluruhan dan hubungan penyedia. Kepuasan penyedia dikaitkan dengan pencapaian tujuan perawatan akhir hidup pasien, termasuk kedamaian spiritual, manajemen nyeri

dan gejala, dan penyediaan dukungan pasien-keluarga di seluruh rangkaian perawatan melalui berkabung. Akhirnya, kemampuan untuk terlibat dalam perawatan diri dan belas kasih diri adalah indikator tambahan yang menonjol dari kepuasan penyedia

Kasih sayang dan kolaborasi akan menjadi satu menghasilkan proses keperawatan yang berpusat pada orang /keluarga dan berbasis hubungan dan ketiganya akan menghasilkan hasil akhir yaitu pengalaman perawatan yang sangat baik, perawatan berkualitas tinggi, kesehatan yang lebih baik dan kehidupan yang berkualitas, biaya yang lebih rendah, kesejahteraan dan ketahanan pengasuh. Perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga didefinisikan sebagai: “ bekerja ' dengan ' pasien dan keluarga, bukan hanya melakukan ' ke ' atau untuk “mereka ”, dan itu harus terjadi di semua pengaturan dan di semua tingkat perawatan. Di akhir hayat, pasien harus menjadi inti dari semua proses perawatan akhir hayat, dan keluarga diakui sebagai anggota tim perawatan, dan bukan hanya “ pengunjung ”. Nilai struktural menyeluruh dari empati, berbagi, rasa hormat, dan kemitraan muncul di semua usia pasien (bayi hingga usia tua), dan dalam pengaturan perawatan akut (NICU, ICU), perawatan tersier (hospis, paliatif), dan rumah jangka panjang /fasilitas perawatan lanjutan. Konsep inti dari perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga, yaitu: rasa hormat, berbagi informasi, partisipasi dan kolaborasi.

Komunikasi, pengambilan keputusan bersama, dan penetapan tujuan adalah tiga proses menyeluruh yang dapat mendukung CCC. Mengakui kemampuan anggota tim lain, serta kontribusi mereka, sangat penting untuk melibatkan proses ini. Dalam perawatan akhir kehidupan, tim IP mencakup pasien dan keluarganya, dokter, perawat, pekerja sosial, dan banyak sukarelawan profesional dan non-profesional yang “ kepompong ” pasien sekarat. Dimasukkannya pasien dan keluarga memperluas definisi yang diterima sebelumnya tentang. Kolaborasi IP yang hanya mencakup pengasuh profesional. Berkolaborasi dengan, menilai, mencari, dan menawarkan dukungan kepada tim IP yang diperluas ini merupakan atribut penting CCC.

3. Faktor yang terlibat dalam perawatan paliatif

Secara umum, pendekatan paliatif bertujuan untuk meringankan penderitaan pasien dengan kondisi yang membatasi hidup dan mereka yang sekarat dan untuk mengelola gejala, meningkatkan tingkat kenyamanan perawatan dan memberikan dukungan kepada anggota keluarga. Menurut (Hanan Hamdan dkk, 2020) ada beberapa faktor yang menghambat integrasi

pendekatan paliatif dalam konteks perawatan intensif merupakan interaksi yang kompleks antara struktur organisasi, lingkungan perawatan dan dokter, persepsi dan sikap. Sementara keterlibatan pasien dan keluarga diidentifikasi sebagai fasilitator penting perawatan paliatif, itu juga diidentifikasi sebagai penghalang bagi dokter karena tantangan dalam penetapan tujuan dan komunikasi bersama, selain menjadi faktor penting keluarga juga bisa menjadi faktor penghambat apabila kurangnya pendidikan keluarga dan kurangnya kesadaran penyedia layanan kesehatan terbukti menjadi masalah utama yang mendasari konflik antara keluarga dan dokter

Selain faktor keluarga menurut (Luta dkk, 2021) faktor biaya juga ada di perawatan palliatif dimana orang-orang ada yang memilih untuk tidak pergi ke rumah sakit dan memilih perawatan di rumah untuk menghemat biaya dan meningkatkan manajemen nyeri dan meningkatkan kematian di luar rumah sakit. Padahal apabila mereka di rawat di ICU, unit perawatan intensif dapat memberikan perawatan medis yang menyelamatkan jiwa bagi pasien yang paling sakit; namun, teknologi yang sama juga dapat memperpanjang proses kematian bagi pasien yang tidak mungkin bertahan hidup. Selain itu, banyak orang yang mendekati akhir hayat (EoL), baik karena usia lanjut atau penyakit progresif, akan memilih lebih sedikit perawatan invasif dan agresif demi pendekatan yang lebih paliatif atau berbasis kenyamanan (Simon JW Oczkowski dkk, 2016)

Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) membuat suatu matrix yang berfokus pada proses perawatan. Metrik kualitas ini adalah dimensi pengambilan keputusan yang berpusat pada pasien dan keluarga, komunikasi dalam tim dan dengan pasien dan keluarga, kontinuitas perawatan, dukungan emosional dan praktis untuk pasien dan keluarga, manajemen gejala dan perawatan kenyamanan, dukungan spiritual untuk pasien dan keluarga, dan dukungan emosional dan organisasi untuk dokter.

Metrik kualitas yang disebutkan di atas adalah ukuran proses yang kemungkinan terkait dengan peningkatan pengalaman pasien dan keluarga di EOL. Namun, langkah-langkah ini memiliki keterbatasan yang signifikan.² Penelitian terbaru juga menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap aspek teknis perawatan ini tidak selalu berkorelasi dengan kepuasan pasien.⁶ Secara khusus, komunikasi sederhana dengan pasien dan keluarga mereka, seperti yang biasanya terjadi dalam isi konferensi keluarga, tidak mengukur kualitas komunikasi. Kompetensi yang ditargetkan oleh tinjauan ini mungkin merupakan pelengkap penting untuk langkah-langkah proses yang diidentifikasi oleh Asosiasi Eropa untuk Perawatan Paliatif (EAPC) dan

Kelompok Kerja Perawatan Kritis RWJF dan dapat memberikan arahan untuk iterasi di masa depan dari langkah-langkah ini.

Menurut (Andrew W. Schraw dkk, 2016) ada beberapa domain kompetensi dokter pelengkap yang belum dipelajari di luar perawatan klinis langsung yang juga penting untuk penyediaan PC. Kompetensi ini berfokus terutama pada keterampilan komunikasi. Kompetensi ini dianggap penting oleh PC karena untuk menghormati kebutuhan kognitif keluarga dan emosional keluarga. Namun, pengakuan akan pentingnya mengembangkan keterampilan mediasi konflik dan komunikasi prognosis masih relatif belum berkembang dalam pendidikan kedokteran sarjana, setidaknya di Amerika Serikat di sisi lain, beasiswa PC AS mengakui pentingnya semua kompetensi yang telah diidentifikasi, yang didefinisikan sebagai kompetensi inti oleh Kelompok Kerja Proyek Kompetensi Pengobatan Hospice dan Paliatif dari American Academy of Hospice dan Pengobatan Paliatif.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari studi *literatur review* perawatan menjelang ajal pada pasien *chronic disease* dapat di tarik kesimpulan bahwa perawatan paliatif sangat di butuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang membatasi hidup melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan pasien, selain itu perawatan kolaboratif penuh kasih sayang juga perlu diterapkan di seluruh rumah sakit karena dengan berkolaborasinya perawat dan keluarga mencerminkan kepuasan pasien dengan “dikenal” oleh tim keperawatan.

B. Saran

1. Bagi peneliti keperawatan

Peneliti selanjutnya dapat menjadikan hasil penelitian literatur review ini sebagai sumber informasi untuk melakukan penelitian terkait selanjutnya.

2. Bagi pendidikan keperawatan

Bidang manajemen keperawatan dapat menjadikan hasil penelitian literatur review ini sebagai landasan untuk pengembangan yang aplikatif untuk selanjutnya

DAFTAR PUSTAKA

- Adhistry, Effendy, Setiyarini. (2016). Pelayanan Paliatif pada Pasien Kanker di RSUP Dr. Sadjito Yogyakarta. Tesis. etd.repository.ugm.ac.id/.../95916/.../S2-2016-352965-
- Ahmad Naufal, I. S. (2018). Pengalaman Caregiver Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Mengalami Penyakit Ginjal Kronik . *Jurnal Empati, Oktober 2018, Volume 7 (Nomor 4), Halaman 185-190* , 185-190
- Asano, R., Abshire, M., Dennison-Himmelfarb, C., & Davidson, P. M. (2019). Barriers and facilitators to a 'good death' in heart failure: an integrative review. *Collegian, 26(6)*, 651-665.
- Denney, A. S., & Tewksbury, R. (2013). How to write a literature review. *Journal of criminal justice education, 24(2)*, 218-234.
- Dewi, R. (2016). Pengalaman Mahasiswa Dengan Penyakit Kronik Dalam Belajar Di Universitas Desa Unggul. *Volume 1 Nomor 1, Maret 2016* , 67-74.
- Fahni Haris*, Y. A. (2020). Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Terpasang Alat Medis: Persepsi Pasien. *urnal Keperawatan Volume 12 No 1, Hal 79-84, Maret 2020* , 79-84
- Farisi, M. A. (2020). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketaatan Minum Obat pada Penyakit Kronik . *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi, 20(1), Februari 2020, pp.277-280* , 277-280.
- Ferrell, B.R., Virani R., Paice, J.A., Malloy, P., & Dahlin, C. (2010). Statewide efforts to improve palliative care. *Critical Care Nurse, 30 (6)*. Diakses dari <http://www.ccnonline.org>
- Higgs, C. (2010). *The Palliative care Handbook: Advice on clinical Management 7th ed.* Sanford: Hierographics Ltd.
- Hizrah Hanim Lubis. (2019). Pengalaman Perawat Memberikan Perawatan Terminal Di Kota Medan. Tesis. Magister Keperawatan. Universitas Sumatra Utara
- Lubis, H. H. (2019). Pengalaman Perawat Memberikan Perawatan Terminal di Kota Medan.
- Meier, E. A., Gallegos, J. V., Thomas, L. P. M., Depp, C. A., Irwin, S. A., & Jeste, D. V. (2016). Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 24(4)*, 261-271.
- Meilita Enggunel, K. I. (2014). Persepsi Perawat Neurosurgical Critical Care Unit terhadap Perawatan Pasien Menjelang Ajal. *Volume 2 Nomor 1 April 2014*, 35-42.
- Mekarisce, A. A. (2020). Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data pada Penelitian Kualitatif di Bidang Kesehatan Masyarakat. *JURNAL ILMIAH KESEHATAN MASYARAKAT: Media Komunikasi Komunitas Kesehatan Masyarakat, 12(3)*, 145-151.
- Nursalam. (2020). Sosialisasi Panduan Penyusunan Skripsi Bentuk Literature Review dan Systematic Review. Dalam Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, 16 Mei 2020. Surabaya

- Nurul Izah1, F. H. (2020). Sikap Perawat terhadap Persiapan Kematian pada Pasien Kanker Stadium Lanjut . *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah 3 (1), Mei 2020, 1-76* , 1-76.
- Potter & Perry. 2005. *Fundamental of Nursing Concept, Process and Practice*. Edisi 4. Jakarta: EGC
- Roberts, & Albert R. (2009). *Buku Pintar Pekerja Sosial*. Jakarta
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing outlook, 46(4)*, 169-175.
- Sisilia Mariani Destisary, S. A. (2021). PENGALAMAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN FASE END OF LIFE DI RUANG ICU. *Jurnal Gawat Darurat Volume 3 No 1 Juni 2021, Hal 29 - 42, 3, 29-42*.
- Smith, S.A. (2008). Developing and Utilizing End of Life Nursing Competencies. *Home Health Care Management & Practice, 15(2)*, pp.116122. Available at: <http://hhc.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1084822302239297> [Accessed Oct 9, 2018].
- Todaro-Franceschi, V., & Spellmann, M. (2012). End of life care pedagogy, death attitudes, and knowing participation in change. *Journal of Nursing Education and Practice, 3(2)*, pp.120-125. Available at: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/1175> [Accessed March 9, 2016]
- Todaro-Franceschi, V., & Spellmann, M. (2012). End of life care pedagogy, death attitudes, and knowing participation in change. *Journal of Nursing Education and Practice, 3(2)*, pp.120-125. Available at: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/1175> [Accessed March 9, 2016]
- Wai-Man Liu, P. J. (2019). Improved Quality of Death and Dying in Care Homes: A Palliative Care Stepped Wedge Randomized Control Trial in Australia . *JAGS 00:1-8, 2019*, 1-8.
- Wicaksono, M.K. (2012). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Perawatan Menjelang Ajal Bagi Pasien Muslim di Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan. STIKES Aisiyah Yogyakarta
- World Health Organization. (2010). Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> diakses tanggal 22 Agustus 2018