



PERAWATAN PALIATIF DI RUMAH SAKIT

**ASRI APRILIA ROHMAN,
S.KEP,NERS.,M.KES**



PERAWATAN PALIATIF DI RUMAH SAKIT

PERAWATAN PALIATIF DI RUMAH SAKIT

Asri Aprilia Rohman, S.Kep,Ners.,M.Kes



PERAWATAN PALIATIF DI RUMAH SAKIT

Penulis:

Asri Aprilia Rohman, S.Kep,Ners.,M.Kes

Editor:

Meri, M.Imun.

Layouter :

Tim Kreatif PRCI

Cover:

Rusli

Cetakan Pertama : Januari 2025

Hak Cipta 2025, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh:

Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT

Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151
Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

Website : www.rcipress.rcipublisher.org
E-mail : rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2024 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
All Right Reserved

- Cet. I – : Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2025
; 14,8 x 21 cm
ISBN

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang
Hak Cipta Pasal 72

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta
Pasal 72

Barang siapa dengan sengaja melanggar dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling sedikit 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).

Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta terkait sebagai dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga kami dapat menyusun buku ajar perawatan paliatif ini. Buku ajar ini dirancang sebagai panduan praktis untuk tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan yang holistik dan komprehensif bagi pasien yang menghadapi penyakit serius dan mengancam jiwa. Kami berharap buku ajar ini dapat menjadi sumber informasi yang bermanfaat dan membantu dalam meningkatkan kualitas perawatan bagi pasien dan keluarga mereka.

Perawatan paliatif merupakan suatu pendekatan medis yang bertujuan untuk memperbaiki kualitas hidup pasien dengan penyakit berat dengan fokus pada pengelolaan gejala, dukungan emosional, dan perhatian terhadap kebutuhan holistik pasien. Prinsip dasar dari perawatan paliatif adalah memberikan perawatan yang menyeluruh, memperhatikan aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual, serta melibatkan keluarga sebagai bagian integral dari tim perawatan.

Buku ajar ini disusun dengan tujuan untuk memberikan pemahaman yang mendalam tentang konsep dan praktik perawatan paliatif. Kami telah menyertakan berbagai topik penting, seperti manajemen nyeri, pengelolaan gejala lainnya, dukungan psikososial, serta teknik komunikasi efektif dengan pasien dan keluarga. Setiap bab dirancang untuk memberikan panduan praktis dan teori yang mendasari praktik perawatan paliatif, dengan pendekatan berbasis bukti yang relevan.

Kami menyadari bahwa perawatan paliatif adalah bidang yang kompleks dan terus berkembang. Oleh karena itu, buku ajar ini juga mencakup informasi terbaru dan praktik terbaik yang dapat diterapkan dalam konteks lokal dan global. Diharapkan dengan adanya buku ajar ini, tenaga kesehatan dapat lebih memahami dan mengimplementasikan perawatan paliatif secara efektif, serta dapat memberikan dukungan yang lebih baik kepada pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi tantangan penyakit serius.

Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ajar ini, mulai dari para ahli, praktisi, hingga penulis. Semoga buku ajar ini tidak hanya bermanfaat sebagai bahan ajar, tetapi juga sebagai alat praktis dalam memberikan perawatan paliatif yang berkualitas. Kami juga berharap buku ajar ini dapat mendorong pengembangan lebih lanjut dalam bidang perawatan paliatif dan berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien di seluruh dunia.

Akhir kata, semoga buku ajar ini dapat memberikan manfaat yang besar dan mendukung tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan terbaik bagi pasien mereka. Terima kasih atas perhatian dan dedikasi Anda dalam upaya meningkatkan standar perawatan paliatif.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	I
DAFTAR ISI	III
PENDAHULUAN	1
BAB 1 PRINSIP PALIATIF	4
A. Pengertian Perawatan Paliatif	4
B. Falsafah Keperawatan Paliatif	4
C. Prinsip Perawatan Paliatif	5
D. Masalah keperawatan pada pasien paliatif (lanjut)	5
BAB II KOMUNIKASI EFEKTIF PADA PASIEN PALIATIF	7
A. Prinsip Komunikasi	7
B. Model komunikasi dalam perawatan paliatif	7
1. An International Approach	7
2. A Social Construction Approach	8
3. A Critical Culture Approach	8
4. A Multi-Method Approach Critical	9
C. Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam perawatan paliatif.	9
D. Keterampilan Dasar Dalam Berkomunikasi	11
E. Menyampaikan Berita Buruk	12
BAB III BUKU AJAR PENGKAJIAN ASSESMENT	14
A. Pengkajian/Assesment	14
B. Prinsip Umum Penilaian Paliatif pasien dengan Keganasan	14

C. Komponen dasar penilaian paliatif adalah	15
D. Pengkajian Palliative Care	15
1. Riwayat Penyakit Sekarang	15
2. Riwayat penyakit	16
3. Riwayat sosial	17
BAB IV BUKU AJAR PENATALAKSANAAN	22
BAB VI SARAN UNTUK PERAWATAN AKHIR	51
DAFTAR PUSTAKA	55

PENDAHULUAN

Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan medis yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka yang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, baik pada tahap awal, di sepanjang perjalanan penyakit, maupun pada tahap akhir. Konsep ini berfokus pada penanganan gejala, pengelolaan rasa sakit, dan dukungan psikososial, tanpa memandang kuratif atau palliative care. Dengan kata lain, perawatan paliatif tidak hanya dirancang untuk pasien yang sudah berada pada tahap terminal, tetapi juga untuk mereka yang masih menjalani pengobatan aktif dan membutuhkan manajemen simptomatik yang komprehensif.

Salah satu prinsip dasar dari perawatan paliatif adalah memberikan perawatan holistik yang mengakui bahwa setiap individu tidak hanya memerlukan perhatian medis tetapi juga dukungan emosional, sosial, dan spiritual. Hal ini mencakup tidak hanya pasien, tetapi juga keluarga mereka, yang seringkali memainkan peran kunci dalam perawatan dan dukungan sehari-hari. Pendekatan ini bertujuan untuk mengurangi penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan cara yang sesuai dengan nilai dan keinginan mereka.

Perawatan paliatif berakar pada pemahaman bahwa penyakit yang serius dapat memengaruhi berbagai aspek kehidupan seseorang, termasuk fisik, emosional, dan sosial. Oleh karena itu, intervensi dalam perawatan paliatif meliputi manajemen nyeri dan gejala, konseling emosional, perencanaan perawatan, serta dukungan spiritual. Ini

dilakukan dengan pendekatan multidisipliner yang melibatkan dokter, perawat, ahli gizi, pekerja sosial, konselor, dan terkadang tenaga spiritual, yang bekerja sama untuk merancang dan melaksanakan rencana perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan individu.

Pengelolaan nyeri merupakan salah satu fokus utama dalam perawatan paliatif, mengingat bahwa nyeri yang tidak terkelola dapat secara signifikan mengurangi kualitas hidup. Selain nyeri, gejala lain seperti mual, kesulitan bernafas, dan gangguan tidur juga harus dikelola dengan hati-hati. Strategi untuk mengelola gejala ini melibatkan penggunaan berbagai terapi medis, termasuk obat-obatan dan terapi non-farmakologis, serta penyesuaian lingkungan dan dukungan psikologis.

Selain aspek fisik, perawatan paliatif juga menekankan pentingnya dukungan psikososial. Pasien seringkali mengalami kecemasan, depresi, dan stres akibat diagnosis mereka. Dukungan emosional dan konseling dapat membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi tantangan emosional ini dan beradaptasi dengan perubahan yang terjadi. Perencanaan perawatan juga penting untuk memastikan bahwa keputusan yang diambil sesuai dengan nilai dan preferensi pasien, termasuk keputusan mengenai perawatan akhir hayat dan perawatan lanjutan.

Secara keseluruhan, perawatan paliatif bertujuan untuk memberikan kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga mereka, tanpa memandang harapan hidup yang tersisa. Pendekatan ini melibatkan penghargaan terhadap martabat dan preferensi pasien, dengan memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan mereka. Melalui perawatan paliatif, pasien dapat menjalani sisa hidup mereka dengan lebih nyaman dan bermakna, dan

keluarga mereka dapat merasa lebih didukung dan terhubung dalam menghadapi perjalanan yang penuh tantangan ini.

BAB 1

PRINSIP PALIATIF

A. Pengertian Perawatan Paliatif

Menurut WHO (World Health Organization), paliatif adalah pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa. Pendekatan ini melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan dengan mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mengatasi gejala serta masalah fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.

B. Falsafah Keperawatan Paliatif

Paliatif berasal dari bahasa latin yaitu "*Palium*" yang berarti menyelimuti atau menyingkapi dengan kain atau selimuti untuk memberikan kehangatan atau perasaan nyaman, dari makna kata tersebut perawatan paliatif di dimaknai sebagai pelayanan yang memberikan perasaan nyaman terhadap keluhan yang di rasakan oleh pasien. Sehingga tujuan utama dari pelayanan perawatan paliatif adalah memberikan perasaan nyaman pada pasien dan keluarga. Namun, pelayanan perawatan paliatif tidak hanya mengatasi masalah fisik pasien akan tetapi juga mencakup masalah dari aspek psikologis, sosial dan spiritual. Semua aspek tersebut saling berintegrasi sehingga dapat saling mempengaruhi satu sama lain. Selain itu, tenaga profesional kesehatan, para pembuat kebijakan dan masyarakat luas, memahami perawatan paliatif sama dengan perawatan diakhir kehidupan (*end-of-life care*).

Perawatan paliatif merupakan pelayanan yang mencakup:

1. Pelayanan berfokus pada kebutuhan pasien bukan pelayanan berfokus pada penyakit.
2. Menerima kematian namun juga tetap berupaya untuk meningkatkan kualitas hidup.
3. Pelayanan yang membangun kerjasama antara pasien dan petugas kesehatan serta keluarga pasien.
4. Berfokus pada proses penyembuhan bukan pada pengobatan.

Sehingga perawatan paliatif bukan untuk mempercepat proses kematian namun bukan pula untuk menunda kematian, karena kematian merupakan proses alamiah makhluk hidup. Sehingga dalam perawatan paliatif, kematian akan berlangsung secara alamiah pada pasien.

C. Prinsip Perawatan Paliatif

Prinsip perawatan paliatif adalah memberikan perhatian dan perawatan holistik kepada pasien yang mengalami penyakit yang tidak bisa disembuhkan, dengan fokus pada kenyamanan, kualitas hidup, dan kebutuhan mental dan emosional pasien. Prinsip ini melibatkan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter, perawat, psikolog, pekerja sosial, dan profesional lainnya untuk memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan individu pasien secara komprehensif. Tujuan utama dari perawatan paliatif adalah membantu pasien dan keluarganya dalam menghadapi penyakit yang tidak bisa disembuhkan dengan penuh martabat dan kualitas hidup yang optimal.

D. Masalah keperawatan pada pasien paliatif (lanjut)

1. Gangguan oksigenasi dan sirkulasi
2. Gangguan kebutuhan cairan
3. Gangguan kebutuhan nutrisi

4. Gangguan aktivitas sehari-hari
5. Gangguan eliminasi
6. Gangguan konsep diri
7. Gangguan psikologis : putus asa
8. Gangguan rasa nyaman
9. Gangguan reproduksi
10. Gangguan integritas kulit
11. Gangguan neurosensory
12. Gangguan komunikasi

BAB II

KOMUNIKASI EFEKTIF PADA PASIEN PALIATIF

A. Prinsip Komunikasi

Prinsip komunikasi dalam perawatan paliatif melibatkan empat elemen utama

1. Kejelasan
2. Empati
3. Kesabaran
4. Kejujuran

Ketika berkomunikasi dengan pasien yang menerima perawatan paliatif, penting untuk menjelaskan informasi medis dengan bahasa yang mudah dimengerti, menunjukkan empati terhadap keadaan pasien, bersikap sabar dalam mendengarkan kebutuhan dan keinginan pasien, serta tetap jujur dalam menyampaikan informasi mengenai prognosis dan perawatan yang diterima. Komunikasi yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan membantu memastikan bahwa kebutuhan fisik, emosional, dan spiritual pasien terpenuhi dengan baik.

B. Model komunikasi dalam perawatan paliatif

1. An International Approach

Komunikasi model interpersonal lebih berfokus pada pentingnya perspektif mengenai dimensi perawatan yang terkoordinasi pada kondisi menjelang akhir hayat. Namun model ini mendapat kritikan sebagaimana dipahami bahwa komunikasi merupakan proses transmisi ide dari pasien sebagai sender ke petugas kesehatan sebagai receiver,

atau secara sederhana dipahami sebagai proses pertukaran pesan atau informasi, atau dimana seorang menyampaikan sedangkan yang lain mendengarkan. Sayangnya, pemahaman yang 40 spesifik mengenai model ini kadang menyebabkan ketidak mampuan para petugas kesehatan melakukan mediasi, pada kondisi plural atau majemuk dan independensi.

2. A Social Construction Approach

Komunikasi dengan pendekatan social contruction tentang isu akhir hayat akan memberikan kesadaran betapa pentingnya dan menariknya proses komunikasi saat ini, bagaimana pemahaman sosial dapat memproduksi dan mereproduksi pola interaksi. Dari perspektif social contruction menyatakan bahwa tidak ada kata, aksi, perilaku atau kejadian yang memiliki makna tanpa memahami makna sistem secara luas yang mana hal tersebut ditempatkan.

3. A Cricital Culture Approach

Pendekatan lain untuk memahami pembicaraam dalam log adalah *Cricital Cultural Approach*. Pendekatan ini berupaya untuk mempertanyakan bagaimana faktor ekonomi, materi dan sejarah membentuk budaya untuk merespon, dan konsep tentang Kesehatan, sakit dan keputusan untuk melakukan pengobatan. Jadi disini budaya tidak terbatas pada definisi secara antropology. Akan tetapi budaya dipahami sebagai cara hidup termasuk ide mengenai pengobatan, kepercayaan tentang sehat dan sakit, dan Bahasa yang dipergunakan untuk menjelaskan tentang proses kematian, serta institusi dan sistem pelayanan kesehatan yang membentuk bagaimana kita berfikir dan merasakan. Jadi budaya merupakan berbagai hal yang

mencakup praktik budaya, arsitektur seperti ruangan pada Rumah Sakit atau hospis secara fisik dan materi.

4. A Multi-Method Approach Critical

A Multi-Method Approach Critical dan dialogic perspective merupakan bagian dari modal komunikasi dengan pendekatan multimethod. Pendekatan ini berfokus pada bagaimana seseorang melakukan konstruksi ide dan mengemukakann apa yang mereka maknai tentang sesuatu seperti artisebuah kesehatan dan penyakit terminal.

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam perawatan paliatif.

Kesulitan dalam berkomunikasi kemungkinan dapat diakibatkan oleh berbagai faktor seperti masalah dalam sistem keluarga, finansial, pendidikan, masalah fisik, dan keterbatasan, serta tingkatan koping dan kondisi berduka yang dialami (Matzo, Sherman, Sheehan, Ferrell & Penn, 2003)

Menyadari dan mengetahui kurangnya dukungan yang dirasakan oleh anggota keluarga mungkin hal tersebut akan menyebabkan timbulnya perasaan distress, dan mungkin juga perasaan yang berlebihan terhadap suatu masalah. Ketidakmampuan untuk merawat anggota keluarga baik secara fisik maupun emosional dapat mengakibatkan distress yang semakin meningkat, terutama bagi pihak anggota yang berperan sebagai penjaga pasien dengan tanpa adanya dukungan yang adekuat maka hal ini akan menjadikan mereka merasa terisolasi. Kondisi kritis disaat menjelang akhir hayat dapat mempengaruhi kemampuan anggota keluarga untuk mendengar dan memahami informasi yang diberikan. Finansial, pendidikan dan berbagai

masalah fisik juga dapat mempengaruhi kemampuan anggota keluarga dalam berkomunikasi. Pembiayaan medis dan perawatan, kehilangan waktu untuk bekerja karena ijin, dan beberapa pembiayaan selama masa mendampingi pasien akan menyebabkan timbulnya masalah finansial, dimana kemungkinan akan kehilangan asset atau property untuk pembiayaan tersebut. Situasi tersebut dapat memicu timbulnya kecemasan, stress dan kedukaan pada anggota keluarga disaat pasien dalam tahap penyakit terminal.

Faktor fisik yang dapat mempengaruhi komunikasi dapat mencakup gangguan tidur. Akibat kelelahan fisik maka hal tersebut dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menerima dan memproses informasi, serta kemampuan untuk memberikan bantuan pada pasien. Untuk pasien, intervensi medis, perkembangan penyakit, dan penyakit penyerta atau komplikasi akan mempengaruhi kemampuannya dalam berkomunikasi. Beberapa hal yang dapat menyebabkan hilangnya kemampuan untuk berbicara dan berkomunikasi adalah intervensi pembedahan seperti trakeostomi, dan juga kemampuan untuk mengelola informasi sebagai akibat dari efek samping medikasi obat-obatan. Hal tersebut, harus menjadi perhatian perawat dan tim perawatan paliatif untuk dapat mengelolanya sehingga pasien dapat tetap melakukan komunikasi dengan baik. Tingkatan mekanisme koping dan kondisi kedukaan termasuk berduka antisipatif akibat kehilangan sesuatu secara pribadi maupun kehilangan pada orang terdekat dapat mempengaruhi komunikasi. Kemarahan terhadap situasi terkini pada salah satu anggota keluarga yang mana situasi tersebut tidak diperkirakan atau sesuatu yang terjadi diluar dugaan sebelum akan berdampak pada sistem keluarga dan hal tersebut harus segera diselesaikan oleh tim kesehatan

termasuk perawat. Komunikasi terbuka sangat penting untuk membantu mengatasi masalah tersebut dengan melibatkan keluarga serta membantu keluarga untuk mengatasi hal tersebut.

Sebagai perawat, komunikasi dalam pelayanan perawatan paliatif dapat menjadi hal yang sangat sulit sekaligus menantang seperti system pelayanan kesehatan menciptakan lingkungan komunikasi yang kompleks untuk akses pasien serta pelayanan paliatif. Kurangnya pemahaman mengenai perawat paliatif masih eksis di beberapa penyedia layanan kesehatan, hal ini menjadikan para praktisi perawatan paliatif untuk harus menyediakan sistem pendidikan berjenjang

D. Keterampilan Dasar Dalam Berkomunikasi

Beberapa hal yang menjadi elemen dasar dalam komunikasi elektif, yang hal tersebut menjadi penting dalam proses dialog log atau komunikasi terapeutik. CLASS merupakan sebuah metode wawancara yang menggunakan 5 langkah sebagai protocol. Metode ini menggunakan teknik langsung untuk mengatasi emosi yang dirasakan oleh pasien, Hal ini menjadi hal yang sangat krusial bagi tenaga kesehatan terutama para dokter onkologis dimana hasil studi menunjukkan sekitar 85% dari mereka mengalami kesulitan dalam proses wawancara dengan pasien dimana harus melibatkan emosi dalam proses wawancara tersebut. Secara singkat, CLASS protocol mencakup lima komponen dasar dan krusial dalam wawancara terhadap pasien, dimana CLASS merupakan singkatan dari kelima komponen dasar tersebut yaitu; Context (konteks secara fisik masetting), Listening skills, Acknowledgement of the patient's emotions, Strategy for clinical management, dan Summary.

1. *C (Context* atau setting)

Context dalam wawancara adalah konteks atau setting secara fisik dan termasuk lima komponen utama yaitu menyediakan ruang yang memadai, bahasa tubuh, kontak mata, sentuhan, dan pengantar atau pengenalan.

2. *Listening Skills* Saat memulai dialog dengan pasien, sebagai seorang profesional harus memastikan bahwa ia melakukan wawancara atau dialog dengan memiliki keterampilan mendengar yang baik. Secara umum ada empat poin yang sangat esensial dari keterampilan mendengarkan yaitu pertanyaan terbuka, teknik fasilitasi, klarifikasi, dan mengendalikan waktu dan interupsi.

3. *Acknowledge*

Respon empati merupakan teknik yang sangat baik selama proses komunikasi yang penuh emosional, namun hal ini seringkali dipersepsi dengan salah oleh para siswa atau trainee. Respon empati tidak membutuhkan perasaan pribadi dari petugas, jika pasien merasa sedih maka sebagai perawat tidak diharuskan untuk merasa sedih juga. Akan tetapi respon empati merupakan sebuah teknik untuk mengetahui dan memahami terhadap apa yang ditunjukkan oleh pasien berdasarkan observasi perawat mengenai emosi pasien

E. Menyampaikan Berita Buruk

Komunikasi dalam praktik keperawatan bukanlah hal yang mudah akan tetapi secara alamiah hal tersebut merupakan sesuatu yang kompleks (Malloy, Virani, Kelly & Munevar, 2010). Seperti halnya keterampilan keperawatan profesional, komunikasi memerlukan pendidikan dan latihan

yang intens. Kebutuhan akan kemampuan komunikasi yang baik menjadi hal yang berlaku secara umum dalam praktik keperawatan terutama saat waktu-waktu tertentu atau khusus seperti kondisi penyakit serius dan kritis serta perawatan menjelang akhir hayat. Sangat banyak literature dalam bidang perawatan paliatif yang merupakan hasil penelitian mengenai komunikasi terutama mengenai komunikasi dokter-pasien.

Dimana kebanyakan dari penelitian tersebut mengenai penyampaian berita buruk. Namun, dalam tatanan pelayanan perawat yang selalu sedia setiap saat bersama pasien sehingga hal tersebut menjadikan perawat harus siap untuk meluangkan waktunya untuk membantu pasien dan keluarganya memahami kondisi atau berita buruk mengenai pasien dan mendengarkan respon emosi mereka setelah mendapatkan informasi tersebut. Percakapan mengenai perawatan akan menjadi sangat sulit bagi dokter, perawat, pasien dan keluarga pasien disaat proses pengobatan tidak berjalan sesuai yang diharapkan, dimana pengobatan tidak dapat lagi untuk mengobati atau mengontrol penyakit pasien (Gordon, 2003).

BAB III

BUKU AJAR PENGKAJIAN ASSESMENT

A. Pengkajian/Assesment

1. Identifikasi pengetahuan dan pandangan pasien dan keluarga dan keluarga terhadap kondisi pasien
2. Identifikasi harapan dan kebutuhan pasien serta keluarga pada pelayanan akhir kehidupan
3. Identifikasi tingkat sosial dan ekonomi pasien terhadap perawatan yang akan diberikan
4. Identifikasi prinsip dan kepercayaan pasien serta keluarga
5. Identifikasi gejala nyeri, sesak nafas, mual muntah, konstipasi, sulit tidur , luka yang tidak sembuh, cemas, sedih, dll yang menyertai pasien
6. Identifikasi pengobatan yang sesuai yang diterima pada saat ini
7. Identifikasi intervensi pengobatan yang tidak sesuai
8. Identifikasi dan tatalaksana komplikasi masa duka
9. Pelayanan fase kematian melibatkan tim forensik/kamar jenazah
10. Gunakan formulir catatan medis khusus perawatan akhir kehidupan
11. Evaluasi kesiapan keluarga dalam menghadapi kehilangan
12. Identifikasi komplikasi masa duka berdasarkan Liverpool Care Pathway, Edmonton Symptoms Scale

B. Prinsip Umum Penilaian Paliatif pasien dengan

Keganasan

1. Diperlukan evaluasi yang komprehensif pada pasien dan keluarga
2. Evaluasi dilakukan untuk menentukan adanya masalah yang berhubungan dengan :
 - Nyeri
 - Gejala fisik lain.
 - Masalah psikologis
 - Masalah sosial
 - Masalah spiritual

C. Komponen dasar penilaian paliatif adalah

- - Menilai riwayat penyakit sekarang
- - Riwayat penyakit dahulu
- - Mengevaluasi gejala penyakit
- - Evaluasi kondisi sosial
- - Alergi obat
- - Pengobatan sekarang
- - Pemeriksaan fisik
- - Mengevaluasi data laboratorium dan radiologi
- - Penilaian termasuk diagnosis banding
- - Rencana Intervensi

D. Pengkajian Palliative Care

1. Riwayat Penyakit Sekarang

- Pemahaman pasien tentang penyakit dan prognosis.
- Tanggal terdiagnosis.
- Pengobatan sebelumnya .
- Performance status

Skala Karnofsky (0 – 100):

- 0: Meninggal
- 50: merlukan bantuan untuk aktifitas sehari-hari
- 100: Normal

Skala ECOG (0 – 4):

- 0: Aktif penuh
- 1: Ambulatoar, dapat bekerja ringan
- 2: Dapat mengurus diri tapi tidak bekerja, ambulatoar >50% dalam sehari.
- 3: Terbatas mengurus diri , lebih banyak waktu di kursi atau tempat tidurr >50% dalam sehari.
- 4: Komplit tidak bisa mengurus diri.

2. Riwayat penyakit

- Pengobatan : Mengevaluasi gejala dasar, seperti :
- Nyeri
- Sesak nafas
- Mual/muntah
- Diare
- Konstipasi
- Anoreksia
- Cemas
- Depresi
- Delirium
- Insomnia
- gejala lain

Kronologi : tanggal mulai dan frekuensi

- Lokasi
- Derajat berat penyakit
- Karakteristik gejala dan kualitasnya
- Faktor yang memberatkan/meringankan