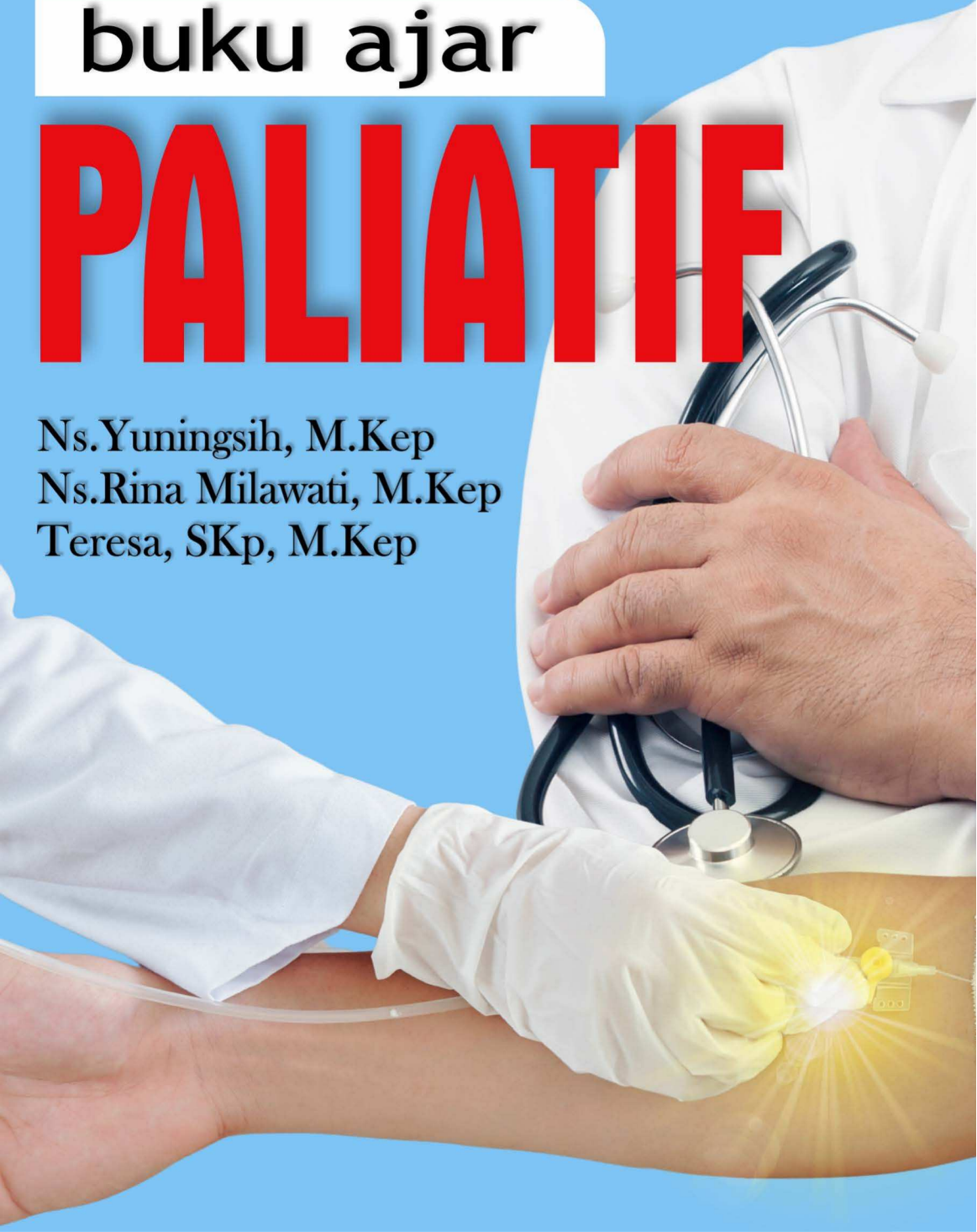




buku ajar

PALIATIF

Ns.Yuningsih, M.Kep
Ns.Rina Milawati, M.Kep
Teresa, SKp, M.Kep



buku ajar

PALIATIF

Ns.Yuningsih, M.Kep
Ns.Rina Milawati, M.Kep
Teresa, SKp, M.Kep

BUKU AJAR PALIATIF

Tim Penulis:

**Ns.Yuningsih, M.Kep
Ns.Rina Milawati, M.Kep
Teresa, SKp, M.Kep**

Desain Cover:

Andi Juliandi

Sumber Ilustrasi:

www.freepik.com

Tata Letak:

Handarini Rohana

Editor:

Neneng Sri Wahyuni

ISBN:

978-634-246-685-8

Cetakan Pertama:

Februari, 2026

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

by Penerbit Widina Media Utama

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

WIDINA MEDIA UTAMA

Komplek Puri Melia Asri Blok C3 No. 17 Desa Bojong Emas
Kec. Solokan Jeruk Kabupaten Bandung, Provinsi Jawa Barat

Anggota IKAPI No. 519/JBA/2025

Website: www.penerbitwidina.com

Instagram: [@penerbitwidina](https://www.instagram.com/penerbitwidina)

Telepon (022) 87355370

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah yang senantiasa memberikan kemudahan dalam menyelesaikan segala urusan hingga kami mampu menyelesaikan buku yang sempat tertunda beberapa waktu.

Terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada teman – teman dan mahasiswa angkatan 1 prodi sarjana keperawatan universitas cendekia abditama dengan sabar dan ikhlas memberi dukungan moril dalam setiap tahapan proses pembuaan buku ini.

Buku ini merupakan buku panduan materi bagi siswa keperawatan materi keperawatan paliatif dan menjelang ajal. buku ini memberikan komposisi yang lebih detail tentang pembahasan bagaimana konsep keperawatan paliatif dan keperawatan menjelang ajal juga asuhan keperawatan yang bisa dilakukan untuk pasien paliatif.

Akhirnya kami mengucapkan selamat membaca dan mempelajari tentan konsep keperawatan paliatif dan menjelang ajal. Dan tentu tidak lupa kami harapkan kritik dan saran agar kami senantiasa rajin berbenah.

Tangerang, 17 November 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I KONSEP PERAWATAN PALIATIF	1
A. Pengertian Palliative Care.....	1
B. Falsafah Keperawatan Paliatif	1
C. Perkembangan Keperawatan Paliatif	2
D. Kualitas Hidup.....	4
E. Kompetensi Perawat yang Bekerja di Area Perawatan Paliatif	15
BAB II MODEL PELAYANAN PERAWATAN PALIATIF	19
A. Model Pelayanan Keperawatan Paliatif	19
B. Prinsip Pelayanan Keperawatan Paliatif	20
C. Bekerja Secara Interprofesional Dalam Pelayanan Perawatan Paliatif.....	21
D. Memahami Peran Dalam Tim Paliatif	23
BAB III KEBIJAKAN NASIONAL TERKAIT PERAWATAN PALIATIF	29
A. Kebijakan Nasional Terkait Perawatan Paliatif.....	29
B. Sistem Pelayanan.....	33
C. Perawatan Paliatif di Bidang Pendidikan.....	35
D. Pengembangan Organisasi Profesi di Bidang Paliatif	35
BAB IV ETIK DALAM PERAWATAN PALIATIF	39
A. Hukum dan etik	39
B. Teori Etik.....	40
C. Prinsip Etik	41
D. Aplikasi Etik dalam Praktik.....	46
E. Filosofi Terapeutik dan Advokasi Pasien Komite Etik Rumah Sakit	49
BAB V PRINSIP KOMUNIKASI DALAM PERAWATAN PALIATIF	51
A. Komunikasi Dalam Perawatan Paliatif.....	51
B. Model Komunikasi Dalam Perawatan Paliatif	52
C. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Komunikasi Dalam Perawatan Paliatif	54
D. Keterampilan Komunikasi Dalam Setting Perawatan Paliatif	56
BAB VI PENYAKIT KRONIS DAN TERMINAL	63
A. Definisi Klinis Gagal Jantung.....	63
B. Memahami Penyakit Liver	64
C. Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).....	66

D. Gagal Ginjal Kronik	67
E. Konsep Dasar Stroke.....	73
F. Definisi Carcinoma Mammae	77
G. HIV/AIDS	82
BAB VII PERAWATAN MENJELANG AKHIR HAYAT	97
A. Mengenai Kondisi Menjelang Akhir Hayat	97
B. Patofisiologi Kematian.....	97
C. Proses Kematian	99
D. Perawatan Akhir Hayat Pada 48 Jam Terakhir	100
E. Perawatan Akhir Hayat di Rumah.....	101
F. Mengenai Tanda-Tanda Pasien Yang Dinyatakan Telah Meninggal	101
G. Berbagai Isu Mengenai Akhir Hayat Dalam Berbagai Rentang Usia	102
H. Dampak Kematian Dalam Keluarga	104
I. Peran Perawat Setelah Kematian	104
BAB VIII PENGKAJIAN PASISEN PALIATIF	105
A. Pengkajian Holistik	105
B. Instrumen Ppengkajian Mengenai Prognosis dan Status Fungsional	105
C. Pengkajian Fungsi Fisik	106
D. Pengkajian Psikologis.....	112
E. Pengkajian Spiritual	113
F. Pengkajian Budaya	115
G. Pengkajian Prognosis.....	116
BAB IX PERAWATAN PALIATIF DALAM PERSEKTIK AGAMA DAN SPIRITUAL	117
A. Definisi Perawatan Paliatif	117
B. Perawatan Paliatif dalam Perspektif Agama	117
C. Perawatan dalam Perspektif Agama Islam	118
D. Perawatan Paliatif dalam Perspektif Spiritual.....	119
BAB X PERAWATAN PALIATIF DALAM PERSPEKTIF SOSIAL & BUDAYA...	123
A. Perspektif Sosial Budaya.....	123
B. Perspektif Sosial Budaya dalam Perawatan Paliatif	123
C. Menghadapi Keragaman Budaya dalam Perawatan Paliatif	123
D. Keterlibatan Pasien dan Keluarga.....	124
E. Peran Perawat di Perawatan Paliatif	125

BAB XI ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN	
DI SETTING PERAWATAN PALIATIF	127
A. Pengkajian	127
B. Diagnosa Keperawatan	131
C. Perencanaan Keperawatan.....	132
D. Implementasi Keperawatan	136
E. Evaluasi Keperawatan.....	139
BAB XII MANAJEMEN GEJALA DAN KELUHAN FISIK PASIEN PALIATIF	141
A. Manajemen Nyeri	141
B. Menejemen Keluhan Non Nyeri	144
BAB XIII TERAPI KOMPLEMENTER DIKEPERAWATAN PALIATIF.....	153
A. Definisi Terapi Komplementer.....	153
B. Jenis – Jenis Terapi Komplementer	157
C. Isu Terkait Terapi Alternatif dan Komplementer.....	164
DAFTAR PUSTAKA	165

BAB I

KONSEP PERAWATAN PALIATIF

A. PENGERTIAN PALLIATIVE CARE

Menurut WHO palliative care merupakan pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan masalah yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan menghentikan penderitaan dengan identifikasi dan penilaian dini, penanganan nyeri dan masalah lainnya, seperti fisik, psikologis, sosial dan spiritual (WHO, 2017). Palliatif care berarti mengoptimalkan perawatan pasien dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan mengobati penderitaan. Palliative care meliputi seluruh rangkaian penyakit melibatkan penanganan fisik, kebutuhan intelektual, emosional, sosial dan spiritual untuk memfasilitasi otonomi pasien, dan pilihan dalam kehidupan (Ferrell, 2015). Berdasarkan penjelasan diatas Palliative care merupakan sebuah pendekatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup orang-orang dengan penyakit yang mengancam jiwa dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah tersebut, baik dari aspek fisik, psikologis, sosial maupun 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 dirasakan 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, social dan spiritual. semua aspek tersebut saling berintegrasi sehingga dapat saling mempengaruhi satu sama lain. Selain itu, tenaga

BAB II

MODEL PELAYANAN PERAWATAN PALIATIF

A. MODEL PELAYANAN KEPERAWATAN PALIATIF

1. Perawatan di rumah

Di beberapa Negara maju seperti Australia, Inggris, Amerika Serikat, dan Belanda petugas kesehatan di pelayanan primer (puskesmas) merupakan tim utama dalam penyediaan layanan terhadap pasien yang mengalami sakit stadium akhir. Dokter memiliki peran dalam menentukan rencana pengobatan pada pasien sedangkan perawat merencanakan tindakan keperawatan berbasis kebutuhan dasar pasien. Beberapa tenaga kesehatan lainya yang dapat berkontribusi dalam pelayanan perawat paliatif seperti pekerja social media, fisioterapi, psikolog. Rohaniawan dan relawan. Model terbaru perawatan rumah yang di kembangkan di Inggris dikenal dengan istilah rapid response team dan respite care team.

Tim cepat tanggap (rapid response team) seperti layanan gawat darurat yang menyediakan layanan kondisi kritis, di mana dokter dan perawat akan di panggil ke rumah pasien di saat pasien mengalami kondisi kritis. Sedangkan respite care tim, merupakan tim yang menyediakan layanan sebagai pengganti peran keluarga pasien dalam mengurus pasien di saat keluarga pasien beristritahat sejenak.

Tujuan dari pelayanan paliatif di rumah adalah untuk meyediakan pelayanan yang lebih nyaman bagi pasien, sehingga pasien mampu mempersiapkan diri menghadapi kematian yang pasti akan terjadi.

2. Pelayanan rawat inap

a. Rumah Hospital

St Cristopher merupakan rumah hospis pertama yang didirikan di Inggris di tahun 1960an. Rumah hopis menyediakan tim perawatan multi disiplin hal ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan yang begitu kompleks atau adanya perubahan kebutuhan dasar dari pasien dengan kondisi

BAB III

KEBIJAKAN NASIONAL TERKAIT PERAWATAN PALIATIF

A. KEBIJAKAN NASIONAL TERKAIT PERAWATAN PALIATIF

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (sumber referensi WHO, 2002).

Kualitas hidup pasien adalah keadaan pasien yang dipersepsikan terhadap keadaan pasien sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya, termasuk tujuan hidup, harapan, dan niatnya. Dimensi dari kualitas hidup menurut Jennifer J. Clinch, Deborah Dudgeon dan Harvey Schipper (1999), adalah :

- a) Gejala fisik
- b) Kemampuan fungsional (aktivitas)
- c) Kesejahteraan keluarga
- d) Spiritual
- e) Fungsi sosial
- f) Kepuasan terhadap pengobatan (termasuk masalah keuangan)
- g) Orientasi masa depan
- h) Kehidupan seksual, termasuk gambaran terhadap diri sendiri
- i) Fungsi dalam bekerja.

Palliative home care adalah pelayanan perawatan paliatif yang dilakukan di rumah pasien, oleh tenaga paliatif dan atau keluarga atas bimbingan/ pengawasan tenaga paliatif.

BAB IV

ETIK DALAM PERAWATAN PALIATIF

A. HUKUM DAN ETIK

Penyediaan layanan keperawatan dan yang berkualitas terutama pada pasien diakhir hayatnya telah menjadi perhatian utama di beberapa negara di dunia. Beberapa keputusan saat memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas terkadang di perhadapkan dengan kondisi apakah tindakan tersebut benar adanya untuk pasien dan keluarga secara etik dan legal.

Hukum sering didefinisikan sebagai suatu kesatuan dari aturan dan kebijakan dalam tatanan sosial yang diatur dalam suatu pemerintahan. Hukum mencakup aturan dan kebijakan dibuat dan dijalankan dalam suatu kelompok komunitas, masyarakat dan Negara. Jadi hukum dibuat oleh masyarakat dan juga dijalankan oleh masyarakat untuk mengatur jalannya tatanan sosial yang lebih baik. Namun hukum seiring dengan waktu dapat diperbaharui atau diamandemen yang merupakan suatu sistem yang mengorganisir dan merespon adanya tuntutan perubahan sesuai dengan kondisi kekinian dan harapan masyarakat pada umumnya.

Etik merupakan suatu ilmu tentang hubungan perilaku atau kepribadian dan aksi moral terhadap nilai. Etik secara kebahasaan berasal dari bahasa Yunani yaitu Ethos yang berarti karakter berpikir, cara memaknai sesuatu, kebiasaan, atau perilaku yang dapat diterima dalam suatu kelompok. Namun secara luas etik di dapat dimaknai sebagai suatu pandangan yang fokus pada motif dan perilaku dan hubungan perilaku tersebut pada individu. Beberapa kalangan menyatakan bahwa etika merupakan bagian dari prinsip moralitas yang dengannya seseorang dapat membedakan hal yang baik dan buruk.

BAB V

PRINSIP KOMUNIKASI DALAM PERAWATAN PALIATIF

A. KOMUNIKASI DALAM PERAWATAN PALIATIF

Komunikasi dalam perawatan paliatif merupakan hal yang kompleks (O'Connor, Lee & Aranda, 2012). Secara sederhana komunikasi dimaknai sebagai proses dimana seseorang membawa berita atau pesan dalam bentuk lisan maupun tulisan dengan berbagai macam cara penyampaiannya, dan penerima informasi tersebut memiliki kewajiban untuk menginterpretasikan pesan tersebut. Akan tetapi Higgs, Ajjawi, McAlister, Trede, and Loftus (2008) menekankan bahwa beberapa hal penting dapat mempengaruhi proses penyampaian berita tersebut yaitu lingkungan yang bising, kondisi fisik dan emosi seseorang seperti gangguan pendengaran dan depresi atau kecemasan, serta kemampuan seseorang untuk menginterpretasikan atau memahami bahasa yang digunakan dalam pesan tersebut.

Percaya dan harapan merupakan aspek yang sangat penting dalam situasi menjelang akhir hayat sehingga sebagai petugas kesehatan membutuhkan keterampilan komunikasi di saat bekerja dengan pasien dan keluarga pada situasi tersebut (Reith & Payne, 2009). Idealnya, terkhusus untuk anak-anak dan juga dewasa, maka melibatkan mereka dalam diskusi mengenai kematian dan kondisi menjelang ajal atau akhir hayat dan juga isu mengenai hal praktik dalam pelayanan dapat membantu mengatasi situasi krisis terutama disaat mereka berupaya untuk memberikan pelayanan dan pendampingan pada orang terdekat yang dalam kondisi menjelang ajal.

Cardian (2015) mengemukakan bahwa isu komunikasi merupakan inti dari diskusi tentang bagaimana meningkat perawatan pada pasien yang menjelang ajal dapat terjadi dalam kesendirian, mekanikal atau impersonal.

BAB VI

PENYAKIT KRONIS DAN TERMINAL

A. DEFINISI KLINIS GAGAL JANTUNG

American Heart Association (AHA), American College of Cardiology (ACC), serta Heart Failure Society of America (HFSA) mendefinisikan gagal jantung sebagai suatu sindroma klinis kompleks dengan tanda serta gejala yang berasal dari gangguan struktural atau fungsional terhadap pengisian ventrikel atau ejeksi darah. European Society of Cardiology (ESC) mendefinisikan gagal jantung sebagai sindroma klinis yang terdiri atas gejala khas, seperti sesak napas dan edema tungkai bawah, yang dapat disertai peningkatan tekanan vena jugular (JVP), bunyi ronkhi di auskultasi paru-paru, dan edema perifer.

Pedoman 2022 dari AHA, ACC, dan HFSA menetapkan tahap asimtomatik dengan penyakit jantung struktural atau kardiomiopati tidak tercakup dalam definisi gagal jantung. Tahap asimtomatik ini dikategorikan ke dalam berisiko untuk gagal jantung (at risk for HF - tahap A) atau pra-gagal jantung (pre-HF, tahap B).[1]

a. Diagnosis dan Penatalaksanaan Gagal Jantung

Gagal jantung perlu dicurigai pada pasien dengan keluhan sesak saat berbaring dan beraktivitas, edema pada bagian tubuh yang terpengaruh gravitasi seperti kaki, iktus kordis yang bergeser lateral pada perkusi, dan suara jantung yang berubah pada auskultasi. Pada rontgen toraks bisa ditemukan kardiomegali, sedangkan pada EKG bisa muncul tanda hipertrofi ventrikel maupun atrium. Pada pemeriksaan echocardiography bisa ditemukan dilatasi atrium atau ventrikel dan perubahan kontraktilitas jantung.

Tata laksana gagal jantung mengikuti tahap perkembangan penyakit. Intervensi pada tahap A bertujuan untuk pencegahan dengan modifikasi dan perbaikan faktor risiko. Tata laksana tahap B bertujuan untuk

BAB VII

PERAWATAN MENJELANG AKHIR HAYAT

A. MENGENAI KONDISI MENJELANG AKHIR HAYAT

Kondisi akhir hayat adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami penyakit/sakit yang tidak mempunyai harapan untuk sembuh sehingga sangat dekat dengan proses kematian respon pasien .Kondisi akhir hayat sangat individual tergantung kondisi fisik psikologis,social yang dialami,sehingga dampak yang ditimbulkan pada tiap individu juga berbeda. Hal ini mempengaruhi tingkat kebutuhan dasar yang ditunjukkan oleh pasien akhir hayat.

RSUD sunan kalijaga Demak sebagai penyedia pelayanan Kesehatan perlu untuk menyediakan pelayanan yang komprehensifbagi paasien dalam kondisi akhir hayat mengingat dalam kondisi terminal pasien harus tetap menerima pelayanan yang sesuai dengan hak-hak pasien seperti:hak diperlakukan sebagai manusia yang hidup sampai ajal,hak menerima perhatian dalam pengobatan dan pearwatan berkesinmbungan hak untuk bebas dari rasa sakit,hak untuk meninggal dengan damai dan bemartabat ,serta hak untuk memperoleh bantuan dari perawat atau medis untuk keluarga yang ditinggalkan agar dapat menerima kematiannya.

Untuk dapat mengeri dan melaksanakan pelayanan secara baik dengan memperhatikan hak-hak pasien,maka perlu adanya panduan pelayanan pasien pada tahap akhir hayat.Kiranya panduan ini dapat bermanfaat agar semua petugas dalam memberikan pelayanan pasien pada tahap akhir hayat di RSUD Sunan Kalijaga Demak.

B. PATOFISIOLOGI KEMATIAN

Terjadinya rigor mortis Rigor mortis terjadi karena habisnya adenosin trifosfat (ATP) yang dibutuhkan dalam metabolisme sel otot. ATP sebagai sumber energi bagi otot untuk dapat berkontraksi, dan untuk dapat mempertahankan kontraksi, otot memerlukan pasokan ATP yang terus

BAB VIII

PENGKAJIAN PASISEN PALIATIF

A. PENGKAJIAN HOLISTIK

Melakukan pengkajian secara komprehensif dan multidimensi pada pasien dengan penyakit pada tahap lanjut yang disertai berbagai gejala dan keluhan.

B. INSTRUMEN PENGKAJIAN MENGENAI PROGNOSIS DAN STATUS FUNGSIONAL

Status fungsional merupakan predictor independen terhadap kemampuan pasien untuk dapat bertahan hidup. The Karnofsky Performance Scale (KPS) dan the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) merupakan instrument yang telah digunakan secara luas untuk mengkaji fungsi fisik terutama pada pasien kanker. The Karnofsky Performance Scale status score sangat membantu untuk dapat menghasilkan pasien berdasarkan kemampuan dan tingkat status fungsionalnya. Factor-faktor lain yang berkontribusi terhadap gangguan fungsional pada pasien dengan kanker stadium lanjut seperti kemampuan komunikasi, status mental, tingkat nyeri dan intensitas dyspnea. Pada kebanyakan pasien dengan penyakit yang serius, dan memiliki skor KPS yang rendah maka hal tersebut mengindikasikan bahwa tingkat harapan hidup pasien juga rendah.

The ECOG score digunakan untuk mengukur intensitas dari suatu penyakit kanker yang dapat mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari yang dinilai berupa makan/minum, mandi, berpakaian, berdandan, berkemih dan buang air besar, dan berpindah.. Skala yang digunakan mulai dari rentang nilai 0 yang berarti aktif secara penuh dengan tanpa adanya keterbatasan, hingga nilai 5 yang berarti kematian. Adapun kuesioner kehidupan sehari-hari bersifat instrumental yang digunakan untuk menilai

BAB IX

PERAWATAN PALIATIF DALAM PERSEKTIF AGAMA & SPIRITUAL

A. DEFINISI PERAWATAN PALIATIF

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, dengan cara meringankan penderitaan rasa sakit melalui identifikasi dini, pengkajian yang sempurna, dan penatalaksanaan nyeri serta masalah lainnya baik fisik, psikologis, sosial atau spiritual. (World Health Organization, 2016). Sedangkan menurut Ferrell (2015) Palliative care meliputi seluruh rangkaian penyakit melibatkan penanganan fisik, kebutuhan intelektual, emosional, sosial dan spiritual untuk memfasilitasi otonomi pasien, dan pilihan dalam kehidupan. Distres spiritual adalah kerusakan kemampuan dalam mengalami dan mengintegrasikan arti dan tujuan hidup seseorang dengan diri, orang lain, seni, musik, literature, alam dan kekuatan yang lebih besr dari dirinya (Hamid, 2008).

B. PERAWATAN PALIATIF DALAM PERSPEKTIF AGAMA

Jenis kegiatan perawatan paliatif keputusan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812/Menkes/sk/VII/2007 tentang kebijakan lingkup kegiatan perawatan paliatif meliputi:

- Penatalaksanaan nyeri
- Penatalaksanaan keluhan fisik lain
- Asuhan keperawatan
- Dukungan psikologis
- Dukungan social
- Dukungan kultural dan spiritual
- Dukungan persiapan dan selama masa duka cita

BAB X

PERAWATAN PALIATIF DALAM PERSPEKTIF SOSIAL & BUDAYA

A. PERSPEKTIF SOSIAL BUDAYA

Budaya merupakan suatu pola terpadu yang memengaruhi sikap dan perilaku seseorang yang mencakup cara berfikir, komunikasi, tindakan, adat istiadat, kepercayaan, nilai, dan institusi dari kelompok ras, etnis, agama, atau sosial tertentu (Becker and Cagle 2022). Budaya merupakan agen pengikat sosial yang menghubungkan seseorang dengan orang lain yang mencakup unsur bahasa, tradisi, norma, harapan, dan rasa tujuan hidup termasuk mempengaruhi keyakinan, nilai, dan asumsi tentang sehat dan sakit, penyakit, perawatan kesehatan, dan kematian, (Becker and Cagle 2022).

B. PERSPEKTIF SOSIAL BUDAYA DALAM PERAWATAN PALIATIF

Keanekaragaman sosial dan budaya sering menimbulkan tantangan besar dalam perawatan paliatif. Petugas kesehatan pemberi perawatan harus menyadari bahwa asumsi budaya yang mendasari pasien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya, pengambilan keputusan medis, keterlibatan dalam komunikasi dengan pasien dan keluarga, dan apa yang paling sesuai dengan harapan pasien adalah hal penting yang harus diperhatikan (Six, Bilsen, and Deschepper 2023).

C. MENGHADAPI KERAGAMAN BUDAYA DALAM PERAWATAN PALIATIF

Budaya merupakan suatu yang unik dan melekat dengan pribadi pasien. Persoalan budaya kerap menjadi salah satu faktor yang menjadi tantangan dalam keberhasilan pelayanan kesehatan. Six, Bilsen, and Deschepper (2020)

BAB XI

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DI SETTING PERAWATAN PALIATIF

Asuhan Keperawatan paliatif dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian sampai dengan melakukan evaluasi keperawatan.

A. PENGKAJIAN

1. Anamnesa

a. Data Umum:

Nama, Umur, Jenis Kelamin, Agama, Alamat, Pekerjaan, Pendidikan, Status perkawinan, Suku bangsa, dst.

b. Riwayat Kesehatan Klien:

1) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat ini berisikan mengenai penyakit yang sedang diderita klien saat ini.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Yaitu berisikan mengenai keadaan pasien di masa lalu, apakah sudah pernah *opname* di rumah sakit untuk penyakit yang sama.

3) Riwayat kesehatan keluarga pasien

Riwayat ini berisikan data apakah anggota keluarga sudah pernah menderita penyakit yang sama dengan yang klien alami saat ini.

4) Pengobatan yang sedang dan pernah dilaksanakan

Kemoterapi paliatif, pembedahan paliatif, radioterapi paliatif, pengobatan Nyeri, Anti RetroViral (ARV) dan keluhan lain.

BAB XII

MANAJEMEN GEJALA DAN K ELUHAN FISIK PASIEN PALIATIF

A. MANAJEMEN NYERI

a. Definisi Nyeri Pada Pasien Paliatif

Nyeri adalah bentuk pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan atau cenderung akan terjadi kerusakan jaringan atau suatu keadaan yang menunjukkan kerusakan jaringan (Sudarsa, Wayan. dkk. 2020).

Batasan tersebut di atas, terdapat dua definisi perihail nyeri. Pertama, bahwa persepsi nyeri merupakan sensasi yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan pengalaman emosional menyusul adanya kerusakan jaringan yang nyata (pain with nociception). Keadaan nyeri seperti ini disebut sebagai nyeri akut, penyebabnya biasanya diketahui, dapat terjadi pada pasca operasi, trauma, proses penyakit sebelumnya dengan durasi relatif pendek, dan bila penyebabnya hilang maka nyeri juga akan sembuh sendirinya; nyeri ini lebih dikenal dengan sebutan "simtomatik" (Sudarsa, Wayan. dkk. 2020).

Kedua, bahwa perasaan yang sama dapat juga terjadi tanpa disertai dengan kerusakan jaringan yang nyata (pain without nociception). Keadaan nyeri seperti ini disebut sebagai nyeri kronis. Penyebabnya sering sulit diketahui biasanya disertai oleh penyakit sebelumnya atau injury misalnya rheumatoid arthritis, osteoarthritis, nyeri tulang belakang, nyeri bahu, kanker, nyeri tetap terjadi meskipun telah terjadi penyembuhan jaringan dalam waktu lebih dari 3 bulan, durasi panjang, dan nyeri ini lebih dikenal dengan "penyakit". Tujuan penanganan nyeri pada nyeri kronik adalah mengontrol nyeri buka menyembuhkan nyeri (Sudarsa, Wayan. dkk.2020).

BAB XIII

TERAPI KOMPLEMENTER DIKEPERAWATAN PALIATIF

A. DEFINISI TERAPI KOMPLEMENTER

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), terapi adalah usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit, pengobatan penyakit, perawatan penyakit. Sedangkan komplementer adalah bersifat melengkapi, bersifat menyempurnakan. Pengobatan komplementer dilakukan dengan tujuan melengkapi pengobatan medis konvensional dan bersifat rasional yang tidak bertentangan dengan nilai dan hukum kesehatan di Indonesia.

Menurut WHO (World Health Organization), pengobatan komplementer adalah pengobatan non-konvensional yang bukan berasal dari negara yang bersangkutan. Jadi untuk Indonesia, jamu misalnya, bukan termasuk pengobatan komplementer tetapi merupakan pengobatan tradisional. Pengobatan tradisional yang dimaksud adalah pengobatan yang sudah dari zaman dahulu digunakan dan diturunkan secara turun – temurun pada suatu negara. Tapi di Philipina misalnya, jamu Indonesia bisa dikategorikan sebagai pengobatan komplementer.

Kramlich (2014) menyebutkan terapi komplementer merupakan cara atau terapi tambahan bersamaan dengan pengobatan konvensional. Pendapat lain mendefinisikan sebagai beragam praktik dan produk terkait dengan kesehatan yang penggunaannya diluar biomedis konvensional (Hall, Leach, Brosnan, & Collins, 2017).

Terapi komplementer adalah sebuah kelompok dari macam – macam sistem pengobatan dan perawatan kesehatan, praktik dan produk yang secara umum tidak menjadi bagian dari pengobatan konvensional. Berdasarkan data yang bersumber dari Badan Kesehatan Dunia pada tahun 2005, terdapat 75 – 80% dari seluruh penduduk dunia pernah menjalani

DAFTAR PUSTAKA

- Abu-Saad, H. H. (2008). Evidence-based palliative care: across the lifespan. John Wiley & Sons.
- Abu-Saad, H. H. (2008). Evidence-based palliative care: across the lifespan. John Wiley & Sons.
- Afifah. (2018). Pengaruh Mendengarkan Asmaul Husna Terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Yang menjalani Kemoterapi DI RSUD Kota Yogyakarta. *Dinamika Kesehatan*. Vol 9 No 2.
- Agustina Rifa. (2022). Spiritualitas Meningkatkan Kualitas Hidup Penderita kanker. *Cakrawala Ilmiah*, 1 No. 5, 8.
- Aitken, S. (2009). Community palliative care: the role of the clinical nurse specialist. John Wiley & Sons.
- Aitken, S. (2009). Community palliative care: the role of the clinical nurse specialist. John Wiley & Sons.
- Akbar Rosyid, Aris Widiastuti, & Bambang Edi Setiawan. (n.d.). *Perspektif Sosial Budaya Dalam Perawatan Paliatif*.
- Alliance, W. P. C. (2014). Global atlas of palliative care at the end of life. In World Palliative Care Alliance.
- Amano, K., Maeda, I., Morita, T., Tatara, R., Katayama, H., Uno, T., & T., & (2015), I. (2015). Need for nutritional support, eating-related distress and experience of terminally ill patients with cancer: a survey in an inpatient hospice. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1-4.
- Amin, H & hardi, K. (2015) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC*. Edisi Revi. Jogjakarta: Medication Publishing.
- An Evidence-Based Handbook for Student Nurses (Vol.3). Andrews UK Limited.
- Anita. (2016). PERAWATAN PALIATIF DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA KANKER. *Kesehatan*, 508-513.
- Anjaswarni, T. (2016). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Graha Ilmu.
- Arisanti, N., Pudji, E., Sasongko, S., Pandia, V., & Hilmanto, D.(2019). Implementation of palliative care for patients with terminal diseases from the viewpoint of healthcare personnel. *BMC Research Notes*, 1, 3-7.
- Becker , R. (2015). *Fundamental Aspects of Palliative Care Nursing* 2nd Edition:

- Becker, R. (2015). *Fundamental Aspects of Palliative Care Nursing 2nd Edition: An Evidence-Based Handbook for Student Nurses (Vol.3)*. Andrews UK Limited.
- Becker, Todd D., and John G. Cagle. 2022. "The Importance and Impact of Culture in Palliative Care." In *The Oxford Textbook of Palliative Social Work*, ed.
- Boot, R. (2012). Delirium; a review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*(28), 185-189.
- Brown, M. (Ed.). (2015). *Palliative Care in Nursing and Healthcare*. SAGE.
- Bruera, E., & Yennurajalinggam, S. (2016). *The palliative care team*. Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Care. Oxford University Press. USA.
- Bruera, E., Higginson, I., Von Gunten, C. F., & Morita, T. (2015). *Textbook of palliative medicine second edition*. Florida, USA: CRC Press.
- Cahyani AE, Widjanarko B, Laksono B. Promosi kesehatan Indonesia. Gambaran Perilaku Berisiko HIV pada Pengguna Napza Suntik di Provinsi Jawa Tengah. 2015;10(1).
- Chai, E., Meier, D., Morris, J., & Goldhirsch, S. (2014). *Geriatric palliative care; a practical guide for clinicians*. New York, USA: Oxford University Press.
- Close, J. F., & Long, C. O. (2012). Delirium; opportunity for comfort in palliative care. *Journal of Hospital & Palliative Nursing*(14 (6)), 386-394.
- Cooper, J. (2006). *Stepping into palliative care 1: Relationships and responses*
- Data P, Informasi DAN. *Situasi Hiv / Aids Di Indonesia Tahun 1987-2006* Jakarta 2006 *Situasi Hiv / Aids Di Indonesia Tahun 1987-2006*. 2006
- Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta: EGCPendi. 2009.
- Hasanah, N. N., & Arianti. (2018). Martabat Pasien Paliatif di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping. *Health of Studies*, 66-78.
- <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/10609/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>
- http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/899/3/013_Ni%20Putu%20Eka%20Mahayundhari_BAB%20II.pdf
- <https://getpalliativecare-org.translate.goog/whatis/disease-types/liver-disease-palliative-care/? x tr sl=en& x tr tl=id& x tr hl=id& x tr pto=tc>

<https://id.scribd.com/document/403492351/Prinsip-komunikasi-dalam-perawatan-paliatif-ketikan-jase-xxxxxxxxxxx-docx>

<https://www.alomedika.com/penyakit/kardiologi/gagal-jantung>

<https://www.scribd.com/doc/440456904>

<https://www.scribd.com/document/460916494/PANDUAN-PX-AKHIR-HAYAT-docx>

<https://www.ncbi.nlm.nih->

[gov.translate.googleusercontent.com/publication/PMC1861418/? x tr sl=en& x tr tl=id& x tr hl=id& x tr pto=tc](https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.googleusercontent.com/publication/PMC1861418/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=id&x_tr_hl=id&x_tr_pto=tc)

Ise, Y., Morita, T., Maehori, N., Kutsuwa, M., Shiokawa, M., & Kizawa, Y. (2010). Role of the community pharmacy in palliative care: A nationwide survey in

Japan. *Journal of Palliative Medicine*, 13(6), 733-737.

John G. Cagle Terry Altilio Shirley Otis-Green. Oxford University Press, 1–24.

Klarare, A., Hagelin, C. L., Furst, C. J., & Fossum, B. (2013). Team interactions specialized palliative care teams: a qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*, 11(5), 677-681.

Matzo, M., & Sherman, D. W. (2010). *Palliative care nursing, quality care to the end of life* third edition. New York, USA: Springer Publishing Company.

Menkes RI. (2007). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor :812/Menkes/Sk/Vii/2007. Tentang Kebijakan Perawatan Paliatif MenteriKesehatan Republik Indonesia. Di akses pada 21 Maret 2018 dari

Preedy, V. R. (Ed.). (2011). *Diet and Nutrition in palliative care*. CRC Press. Walker, K. A., Scarpaci, L., & McPherson, M. L. (2010). Fifty reasons to love your palliative care pharmacist. *American journal of Hospice and Palliative Medicine*.

Ross L, editors. *Spiritual assessment in healthcare practice*. Cumbria: M and K Publishing; 2010. p. 10.

Rosser, M., & Walsh, H. (2014). *Fundamentals of palliative care for student nurses* first edition. West Sussex, UK: Wiley Blackwell.

Rosyadi, Imron(dkk). 2019. Literatur Review Aspek Spiritualitas/Religiusitas dan Perawatan Berbasis Spiritual/ Religius pada Pasien Kanker. *Jurnal Kesehatan Karya Husada*Vol.7(1) 109-115.

[scribd.vpdfs.com makalah-perawatan-pasien-menjelang-akhir-hayat.pdf](https://id.scribd.com/document/403492351/makalah-perawatan-pasien-menjelang-akhir-hayat.pdf)

Six, Stefaan, Johan Bilsen, and Reginald Deschepper. 2023. "Dealing with Cultural Diversity in Palliative Care." *BMJ Supportive & Palliative Care* 13(1): 65–69.

<https://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2020-002511>.

Six, Stefaan, Johan Bilsen, and Reginald Deschepper. 2023. "Dealing with Cultural Diversity in Palliative Care." *BMJ Supportive & Palliative Care* 13(1): 65–69.

<https://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2020-002511>.

Sri Arini Winarti, R. 2021. *ASUHAN KEPERAWATAN TERMINAL*. Yogyakarta. Poltek Usaha Mandiri

Woodruff, R. (2004). *Palliative medicine: symptomatic and supportive care for patients with advanced cancer and AIDS fourth edition*. Oxford University Press, USA.

Yenurajalingam, S., & Bruera, E. (2016). *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Care second edition*. New York, USA: Oxford University Press.

Yodang. (2018). *BUKU AJAR KEPERAWATAN PALIATIF Berdasarkan Kurikulum AIPNI 2015*. Jakarta: Trans Info Media.

Zeppetella, G. (2012). *Palliative care in clinical practice*. Springer: London, UK.

<https://www.studocu.com/id/document/universitas-sam-ratulangi/ilmu-keperawatan/kep-ajal-dan-paliatif-manajemen-gejala-dan-keluhan-fisik-pasien-paliatif/46618881>

<https://id.scribd.com/presentation/494698757/Manajemen-gejala-keluhan-fisik-pada-pasien-paliatif-1>

<https://id.scribd.com/document/498696114/MAKALAH-Terapi-Komplementer-Pasien-Pliatif-Care-Risna-3A>

Younge, J. O., Gotink, R. A., Baena, C. P., Roos-Hesselink, J. W., & Hunink, M. M. (2014). Mind-body practices for patients with cardiac disease: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2047487314549927.

Buku ajar Paliatif disusun sebagai panduan komprehensif bagi mahasiswa keperawatan dan tenaga kesehatan dalam memahami serta menerapkan perawatan paliatif secara holistik, humanis, dan profesional. Buku ini diawali dengan pembahasan konsep dasar perawatan paliatif yang meliputi pengertian, falsafah, perkembangan keperawatan paliatif, kualitas hidup pasien, serta kompetensi perawat yang bekerja di area perawatan paliatif. Landasan ini menegaskan bahwa perawatan paliatif berfokus pada peningkatan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi penyakit kronis dan terminal.

Selanjutnya, buku ini menguraikan model pelayanan perawatan paliatif, prinsip pelayanan, serta pentingnya kerja interprofesional dalam tim paliatif. Aspek kebijakan nasional, sistem pelayanan, pendidikan, serta pengembangan organisasi profesi turut dibahas untuk memberikan pemahaman kontekstual mengenai implementasi perawatan paliatif di Indonesia. Dimensi etik, hukum, dan komunikasi dalam perawatan paliatif disajikan secara mendalam sebagai pedoman bagi perawat dalam menghadapi dilema etik, pengambilan keputusan klinis, serta komunikasi terapeutik dengan pasien dan keluarga.

Pada bagian berikutnya, buku ini membahas penyakit kronis dan terminal yang sering memerlukan perawatan paliatif, perawatan menjelang akhir hayat, serta pengkajian pasien paliatif secara holistik mencakup aspek fisik, psikologis, spiritual, budaya, dan prognosis. Perspektif agama, spiritual, sosial, dan budaya diintegrasikan untuk memperkuat pendekatan keperawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga. Buku ini juga mengulas asuhan keperawatan di setting perawatan paliatif, manajemen gejala dan keluhan fisik, serta pemanfaatan terapi komplementer dalam keperawatan paliatif.

Dengan penyajian materi yang sistematis dan aplikatif, buku ajar ini diharapkan menjadi rujukan utama dalam pembelajaran dan praktik keperawatan paliatif yang bermutu, beretika, dan berorientasi pada kualitas hidup pasien.

