



Artikel Penelitian

Persepsi Perawat tentang Pelayanan Pasien Tahap Terminal

MG Enny Mulyatsih¹, Siti Rohani², Ade Suyani³, Umi Aisyiyah⁴, Siti Komariah⁵

¹RS Pusat Otak Nasional Prof Dr dr Mahar Mardjono Jakarta

²RS Pusat Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta

³RS Dharmas Jakarta

⁴RSU Fatmawati Jakarta

⁵RS Siloam Lippo Village Tangerang

Email korespondensi: mulyatsih@yahoo.com

Dikirimkan 18 Agustus 2020, Diterima 26 Desember 2020

Abstrak

Latar Belakang: Implementasi pelayanan pasien tahap terminal di rumah sakit dipersyaratkan sesuai standar yang ditetapkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Pada bab Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP), dinyatakan bahwa rumah sakit harus memberikan pelayanan asuhan pasien tahap terminal dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan keluarga, serta mengoptimalkan kenyamanan dan martabat pasien, yang didokumentasikan dalam rekam medik. Data lima rumah sakit di Jakarta dan Tangerang menunjukkan belum ada yang memenuhi skor lebih dari 95%.

Tujuan: Untuk mengetahui persepsi perawat tentang asesmen dan intervensi pasien tahap terminal di rumah sakit.

Metode: Desain penelitian kuantitatif observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Total subyek penelitian sebanyak 959 perawat, dengan kriteria inklusi perawat klinis di ruang rawat inap dan rawat intensif. Kriteria eksklusi adalah perawat *emergency*, kamar operasi dan rawat jalan. Teknik pengambilan sampel menggunakan *proportionate stratified random sampling*, yang dilakukan selama satu bulan sejak tanggal 16 Juni 2020 hingga 16 Juli 2020.

Hasil: Pemahaman asesmen pasien tahap terminal berbeda signifikan antara yang menjabat ketua tim dan perawat pelaksana (p 0,003, OR 0,556); antara yang sudah dan belum dilatih (p 0,000, OR 1,528); antara responden yang memiliki pengalaman kurang dari dan lebih dari lima tahun (p 0,15, OR 1,698). Demikian pula dalam pemahaman responden tentang intervensi pasien tahap terminal, terdapat perbedaan signifikan antara responden kepala ruangan atau ketua tim dan perawat pelaksana (p 0,013, OR 0,542); yang sudah dan belum dilatih (p 0,16, OR 1,528); yang memiliki pengalaman kurang dari dan lebih dari lima tahun (p 0,003, OR 1,698). Asesmen pasien tahap terminal yang paling banyak dipahami adalah asesmen nyeri (95,2%), sedangkan yang paling tidak dipahami adalah asesmen alternatif layanan (27,1%). Pada intervensi pasien tahap terminal, responden paling memahami intervensi pasien sulit bernapas (90,3%). Sebaliknya, intervensi asuhan bila status psikososial pasien dan keluarga mengalami masalah dalam kekerabatan, kelayakan perumahan, pemeliharaan lingkungan, cara mengatasi, serta reaksi pasien dan keluarga menghadapi penyakit (20,6%) paling tidak dipahami oleh perawat.

Kesimpulan: Jabatan perawat, pengalaman, dan keikutsertaan dalam pelatihan berhubungan dengan persepsi perawat tentang pelayanan pasien tahap terminal. Perlu dikembangkan pelatihan terstruktur tentang pelayanan pasien tahap terminal.

Kata kunci: akreditasi rumah sakit, perawatan pasien tahap terminal, persepsi perawat, teori *peaceful end of life*

Latar Belakang

Berdasarkan standar akreditasi rumah sakit yang ditetapkan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), pelayanan pasien tahap terminal diberikan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan keluarga, serta mengoptimalkan kenyamanan dan martabat pasien yang didokumentasikan dalam rekam medik. Kebutuhan pasien dan keluarga meliputi kebutuhan rasa

nyaman, bebas dari nyeri, menghormati nilai, agama dan budaya pasien, serta memperhatikan aspek psikologis, emosional dan spiritual pasien. Standar lain yang harus dipenuhi rumah sakit terkait pelayanan pasien tahap terminal meliputi: memberikan asuhan dengan rasa hormat dan empati; skrining kebutuhan layanan paliatif; memenuhi permohonan *Do Not Resuscitate* (DNR); mengurangi nyeri; serta memenuhi hak pasien untuk memperoleh pelayanan penuh hormat dan kasih sayang.

Berdasarkan teori keperawatan *Peaceful End of Life* yang

dikembangkan oleh Cornelia M Ruland dan Shirley M Moore (Tomey & Alligood, 2006), perawat berkolaborasi dengan profesi kesehatan lain berperan dalam mengurangi nyeri; memberikan rasa nyaman; menghormati harga diri dan martabat pasien; memberikan rasa damai dan tenang; serta memberikan kesempatan kepada pasien untuk didampingi oleh keluarga atau kerabat yang diinginkan pasien. Pada saat ini belum seluruh rumah sakit memberikan pelayanan pasien tahap terminal sesuai standar yang ditetapkan oleh KARS. Hal ini tercermin dari *big data* KARS yang menunjukkan bahwa skor capaian lima rumah sakit di Jakarta dan Tangerang terkait pelayanan pasien tahap terminal masih kurang dari 95%. Empat rumah sakit lulus dengan capaian hasil berkisar 81,6 hingga 92%, sedangkan satu rumah sakit tidak lulus dengan skor 78% (KARS, 2020). Belum diketahui bagaimana persepsi perawat tentang pelayanan pasien tahap terminal sesuai standar dari KARS. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui persepsi perawat tentang asesmen dan intervensi pasien tahap terminal di rumah sakit.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penghitungan jumlah responden menggunakan rumus Slovin dan responden berasal dari tiga rumah sakit khusus dan dua rumah sakit umum di Jakarta dan Tangerang. Ditetapkannya tiga rumah sakit khusus di Jakarta yaitu RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, RS Kanker Darmis dan RS Pusat Otak Nasional adalah berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) yang menyatakan bahwa penyakit jantung merupakan penyebab kematian nomor satu di seluruh dunia (PERKI, 2019), penyebab kematian kedua adalah penyakit kanker dan penyebab kematian ketiga adalah stroke. Di Indonesia, stroke merupakan penyebab kematian utama di rumah sakit (Risesdas, 2018). Sedangkan dua rumah sakit umum satu mewakili rumah sakit umum milik pemerintah dan satu rumah sakit umum mewakili swasta, agar sumber data dapat mewakili populasi perawat yang menangani pasien tahap terminal di rumah sakit, baik rumah sakit pemerintah maupun di rumah sakit swasta.

Kriteria Inklusi adalah perawat di ruang intensif dan ruang rawat inap. Kedua ruangan ini dipilih karena memiliki angka kematian lebih tinggi di rumah sakit dibandingkan ruangan lainnya. Sedangkan pertimbangan perawat yang dipilih sebagai sampel populasi karena di kedua ruang inilah hanya perawat yang bertugas 24 jam sehingga paling tinggi memiliki peluang untuk mendampingi pasien tahap terminal. Kriteria eksklusinya adalah perawat Instalasi Gawat Darurat (IGD), perawat kamar operasi dan perawat poliklinik.

Data primer dikumpulkan melalui kuesioner yang disusun oleh tim peneliti. Materi pertanyaan mengenai perawatan pasien tahap terminal disusun berdasarkan standar SNARS, referensi terkait, serta fenomena di lapangan. Total pertanyaan terkait persepsi perawat sebanyak 39 pertanyaan, yang terdiri atas 12 item persepsi tentang regulasi, 12 item tentang asesmen dan 15 item tentang intervensi pasien tahap terminal. Dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. Hasilnya dari 39 soal terdapat 2 soal terkait regulasi tentang keberadaan buku doa dan ruang tersendiri bagi pasien tahap terminal yang nilai hitung lebih kecil dari r tabel (kurang dari 0,3550). terdapat 2 soal yang tidak valid dan 37 soal valid. Berdasarkan uji reliabilitas, dari 37 soal yang valid, diperoleh nilai r Alpha (0,988) yang lebih besar dibandingkan nilai r tabel, sehingga 37 pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel.

Setelah mendapatkan kaji laik etik dari RS Pusat Otak Nasional (surat keterangan lolos etik nomer UM.01.05/12/064/2020 tertanggal 15 Juni 2020) dan surat izin melakukan penelitian dari lima Direktur Rumah Sakit, maka dilakukan pengumpulan data menggunakan *proportionate stratified random sampling*. Pengumpulan data dilakukan selama satu bulan sejak tanggal 16 Juni hingga 16 Juli 2020, dan terkumpul sebanyak 959 responden. Dalam analisis, beberapa variabel dilakukan *re-code*, seperti jabatan kepala ruangan dan ketua tim dijadikan satu menjadi ketua tim dengan pertimbangan keduanya hanya menjalani *shift* pagi. Demikian juga variabel CPD dikelompokkan menjadi pelatihan (minimal 30 jam pelajaran), seminar dan lokakarya (4-8 jam). Data dianalisis menggunakan perangkat SPSS 22 secara univariat (deskriptif) dan bivariat (kai kuadrat).

Hasil

Tabel 1 menunjukkan bahwa rerata usia responden adalah 33,11 tahun, dengan usia termuda 20 tahun dan usia tertua 57 tahun. Berdasarkan jenis kelamin, responden terbanyak adalah perempuan (83,5%), sebagian besar berlatar belakang pendidikan S1 Keperawatan Ners (51,3%). Sebagian besar responden memiliki pengalaman kerja lebih dari 5 tahun (63,8%). Responden yang menjabat kepala ruangan atau ketua tim hanya 20,8%. Hampir separuh responden belum pernah mengikuti CPD (49,5%). Lebih banyak responden merawat pasien dewasa (85,6%) dan bertugas di ruang rawat inap umum (60,7%).

Tidak ada perbedaan signifikan dalam pemahaman tentang asesmen pasien antara perawat laki-laki dan perempuan pada tabel 1 (p 0,179), antara area pelayanan anak dan dewasa (p 0,408), serta antara perawat yang dinas di ruang intensif dan di ruang rawat inap (p 0,373). Namun, perbedaan signifikan terdapat pada tingkat pemahaman perawat tentang asesmen perawat yang menjabat sebagai ketua tim dan perawat pelaksana (p 0,003); antara perawat yang telah dan belum mengikuti pelatihan (p 0,000), serta antara perawat yang memiliki pengalaman kurang dari dan lebih dari 5 tahun (p 0,15).

Berdasarkan nilai OR, terlihat ketua tim memiliki peluang hampir dua kali lipat dalam memahami asesmen pasien tahap terminal (OR 1,798) (Tabel 2). Perawat yang pernah mengikuti pelatihan memiliki peluang hampir dua kali lipat lebih memahami tentang asesmen dibandingkan perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan (OR 1,775). Berdasarkan pengalaman, perawat yang telah bertugas lebih dari 5 tahun memiliki pemahaman asesmen hampir satu setengah kali dibandingkan dengan perawat yang bertugas kurang dari 5 tahun dengan OR 1,346).

Tabel 3 menunjukkan bahwa berdasarkan jenis kelamin, tidak ada perbedaan signifikan pada pemahaman perawat tentang intervensi pasien tahap terminal antara perawat laki-laki dan perempuan (p 0,322), antara area pelayanan anak dan dewasa (p 0,911), serta antara perawat yang dinas di ruang intensif dan di ruang rawat inap (p 0,510). Sebaliknya, terdapat perbedaan bermakna pemahaman perawat tentang intervensi pasien tahap terminal antara perawat yang menjabat dengan ketua tim dan perawat pelaksana (p 0,013), antara perawat yang pernah pelatihan dan belum pernah pelatihan (p 0,16), serta antara perawat berpengalaman kurang dari 5 tahun dan lebih dari lima tahun (p 0,003). Berdasarkan nilai OR, perawat yang pernah mengikuti pelatihan pelayanan pasien tahap terminal memiliki peluang satu setengah kali lipat lebih memahami

tentang intervensi pasien tahap terminal (OR 1,528). Berdasarkan pengalaman, perawat yang telah bertugas lebih dari 5 tahun memiliki peluang memahami intervensi pasien tahap terminal hampir dua kali lipat dibandingkan dengan perawat dengan pengalaman kurang dari 5 tahun (OR 1,698).

Kemampuan asesmen pasien tahap terminal yang paling banyak dipahami oleh responden adalah asesmen nyeri (95,2%) dan yang paling tidak dipahami adalah asesmen alternatif layanan (27,1%) (Tabel 4). Responden merasa paling memahami intervensi pasien sulit bernapas (90,3%) dan paling tidak memahami intervensi psikososial (20,6%) (Tabel 5)

Tabel 1. Data Profil Responden (n=959)

Variabel	Frekuensi	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	158	16,5
Perempuan	801	83,5
Jabatan		
Ketua Tim, kepala ruang	200	20,8
Perawat Pelaksana	759	79,1
CPD		
Pelatihan, / Seminar atau Lokakarya	484	50,5
Belum Pernah	475	49,5
Pengalaman		
<5 tahun	347	36,2
>5 tahun	612	63,8
Area Pelayanan		
Pasien Anak	138	14,4
Pasien Dewasa	815	85,6
Tempat Dinas		
Rawat Inap Umum	582	60,7
Ruang Intensif	39,1	39,3

Tabel 2. Pemahaman Perawat tentang Asesmen Pasien Tahap Terminal (n=959)

Variabel	Asesmen Pasien Tahap Terminal				Total n	%	OR (95%CI)	p value
	Paham		Tidak Paham					
	n	%	n	%				
Jenis Kelamin								
Laki-laki	123	77,8	35	22,2	158	16,47	1,347	0,179
Perempuan	579	72,3	222	27,7	801	83,53	0,898-2,022	
Jabatan								
Ketua Tim	30	88,2	4	11,8	34	3,54	1,798	0,003
Pelaksana	133	80,1	33	19,9	166	17,3	1,218-2,655	
CPD								
Pernah	381	78,7	103	21,3	484	50,47	775	0,00
Belum Pernah	321	67,6	54	32,4	475	49,53	1,327-2,372	
Pengalaman								
<5 tahun	238	68,6	109	31,4	347	36,16	1,346	0,15
>5 tahun	464	75,8	148	24,2	612	63,84	1,072-1,924	
Area Tugas								
Anak	105	76,1	33	23,9	138	14,38	0,838	0,408
Dewasa	597	72,7	224	27,3	821	86,62	0,550-1,275	
Tempat Tugas								
Intensif	270	71,6	107	28,4	377	39,31	1,141	0,373
Rawat Inap	432	74,2	150	25,8	582	60,69	0,853-1,527	

Tabel 3. Pemahaman Perawat tentang Intervensi Pasien Tahap Terminal (n=959)

Variabel	Asesmen Pasien		Tahap Terminal		Total		OR (95%CI)	p value
	Paham		Tidak Paham		n	%		
	n	%	n	%				
Jenis Kelamin								
Laki-laki	137	86,7	21	13,3	158	16,47	1,322	0,322
Perempuan	666	83,1	135	16,9	801	83,53	0,827-1,943	
Jabatan								
Ketua Tim	179	89,5	21	10,5	200	20,86	1,844	0,013
Pelaksana	624	82,2	135	17,8	759	79,14	1,131-3,007	
CPD								
Pernah	65	13,4	419	86,6	484	50,47	1,528	0,16
Belum Pernah	91	19,2	384	80,8	475	49,53	1,080-1,910	
Pengalaman								
<5 tahun	274	79	73	21	347	36,16	1,698	0,003
>5 tahun	529	86,4	83	13,6	612	63,84	1,201-2,402	
Area Tugas								
Ruang Anak	116	84,1	22	15,9	138	14,38	0,972	0,911
Ruang Dewasa	687	83,7	134	16,3	821	86,62	0,595-1,590	
Tempat Tugas								
Intensif	312	82,8	65	17,2	377	39,31	1,124	0,510
Rawat Inap	491	84,4	91	15,6	582	60,69	0,793-1,593	

Tabel 4. Persentase Persepsi Perawat tentang Asesmen Pasien Tahap Terminal (n=959)

Asesmen Pasien Tahap Terminal	Tidak Setuju (%)	Setuju (%)
Waktu mulai asesmen awal	17,5	82,5
Asesmen mual	16,1	83,9
Asesmen sulit bernapas	11,9	88,1
Asesmen nyeri	8,4	91,6
Menangani gejala sekarang	8,9	62,3
Asesmen orientasi spiritual pasien & keluarga	21,6	60,5
Asesmen keprihatinan spiritual pasien dan keluarga	17,2	82,8
Asesmen psikososial pasien dan keluarga	18,6	81,4
Asesmen kebutuhan bantuan & penundaan layanan	18,8	81,2
Asesmen alternatif layanan	27,1	72,9
Asesmen tingkat layanan	26,7	23,3
Dokumentasi	21,6	78,4

Tabel 5. Persentase Persepsi Perawat tentang Intervensi Pasien Tahap Terminal (n=959)

Intervensi Pasien Tahap Terminal	Tidak Setuju (%)	Setuju (%)
Mual	12,9	87,1
Sulit bernapas	9,7	90,3
Menangani gejala & respon pasien	10,4	99,6
Masalah orientasi spiritual	23,9	76,1
Keprihatinan spiritual	23,9	76,1
Masalah psikososial	20,6	79,4
Keluarga memerlukan bantuan	14,3	85,7
Penundaan pelayanan	15,6	84,4
Informasi tingkat layanan	22,6	77,4
DNR	12,9	87,1
Keluarga mengambil keputusan DNR	11,5	88,5
Kebutuhan unik pasien	18,4	81,6
Nyeri	18	82
Dukungan biopsikososial, emosional, budaya dan spiritual	16,8	83,2
Dokumentasi	14,8	85,2

Pembahasan

Rerata usia responden adalah 33,11 tahun, dengan rentang usia termuda 20 tahun dan tertua 57 tahun. Berdasarkan pengalaman kerja, sebagian besar responden telah bertugas lebih dari lima tahun. Terdapat perbedaan antara yang memiliki pengalaman kurang lima tahun dan lebih dari lima tahun dalam memahami asesmen dan intervensi pasien tahap terminal.

Hal ini sejalan dengan penelitian di RSUD Pancaran Kasih Manado oleh Moniung, Rompas dan Lolong (2016) yang menyatakan bahwa lama kerja sebagai perawat berhubungan erat dengan kinerja perawat. Semakin lama seorang perawat bekerja di rumah sakit, maka makin trampil dan makin berpengalaman pula dalam melaksanakan pekerjaan sebagai perawat.

Saat ini, di beberapa rumah sakit di Indonesia telah memiliki program orientasi dan magang bagi perawat baru. Selama magang perawat baru mendapat bimbingan dari seniornya melalui sistem *sistering*, termasuk menguatkan kompetensi perawat baru dalam memberikan asuhan pada pasien tahap terminal. Sistem *sistering* ini menggunakan metode mentoring.

Menurut Hoover, Koon, Rooser, & Rao (2020), untuk menguatkan kompetensi klinik perawat baru lulus atau baru bekerja dapat dilakukan mentoring. Mentoring adalah hubungan antara dua orang yang memiliki tujuan yang satu membantu yang lain dalam tumbuh dan berkembang serta mencapai peran secara efektif. Perawat yang berperan sebagai mentor adalah perawat yang telah berpengalaman, senior, ahli, atau berpendidikan. Tetapi beberapa artikel juga menyebutkan bahwa manajer perawat atau perawat penanggung jawab dapat berperan sebagai supervisor sekaligus mentor. Durasi mentoring bervariasi dari kurang dari tiga bulan hingga satu tahun, tergantung jumlah menit dan tujuan dari mentoring.

Berdasarkan jabatan, ada perbedaan bermakna antara kepala ruangan dan ketua tim dengan perawat pelaksana dalam memahami tentang asesmen dan intervensi pelayanan pasien tahap terminal. Hal ini sesuai dengan pernyataan Hoover dkk (2020), bahwa jabatan perawat dan tingkat pendidikan perawat akan mempengaruhi *outcome* klinik pasien. Jabatan perawat yang lebih tinggi, dan juga latar belakang pendidikan perawat yang lebih tinggi akan memberikan pelayanan yang lebih berkualitas.

Di Indonesia, waktu kerja kepala ruangan, ketua tim atau perawat primer dan perawat pelaksana berbeda. Bila kepala ruangan dan ketua tim hanya bertugas *shift* pagi, perawat pelaksana harus bertugas *shift* pagi, sore dan malam. Diharapkan perawat pelaksana memiliki pemahaman yang sama dengan kepala ruangan atau ketua tim tentang cara asesmen dan intervensi pasien tahap terminal, termasuk memahami hal yang dirasakan pasien tahap terminal pada malam hari, dimana menurut pasien malam hari merupakan waktu yang paling kurang atensi dari perawat, sering merasa kesepian dan ketakutan (Perry & Potter, 2006).

Hampir seperlima responden belum memahami kapan waktu yang tepat mulai melakukan asesmen awal pasien tahap terminal. Menurut Belanger, Rodrigues, dan Groleau dalam Blazeviciane, Newland, Civinskiene, & Beckstrand (2017), pengambilan keputusan bahwa pasien dalam kondisi tahap terminal harus disepakati oleh dua pihak, yaitu tim medis dan pasien atau keluarga melalui *sharing model*, yang memberi kesempatan pasien dan keluarga untuk berperan aktif

membuat keputusan tentang rencana asuhan dan perawatan yang diberikan ke pasien.

Hampir seluruh responden telah memahami cara asesmen awal dan esemen ulang. Menurut Smith, Duell & Martin (2015), asesmen yang dilakukan perawat meliputi: observasi fisik; kebutuhan nutrisi dan cairan; nyeri; kebutuhan curah perasaan; gangguan tidur; konstipasi; mual/muntah; tidak nafsu makan; kelelahan; status mental dan psikologis; tingkat proses kehilangan serta kebutuhan spiritual pasien.

Sebaliknya, asesmen yang paling tidak dipahami oleh responden adalah asesmen alternatif layanan. Asesmen tentang alternatif layanan yang tercantum dalam standar akreditasi rumah sakit ini kurang memberikan penjelasan detail, sehingga perawat sulit menerjemahkan saat penerapan di ruangan.

Berdasarkan persepsi perawat, intervensi pasien tahap terminal yang paling dipahami adalah intervensi pada pasien yang sulit bernapas. Kemungkinan karena fungsi oksigenasi merupakan kebutuhan paling mendasar manusia berdasarkan teori Maslow, sehingga perawat merasa telah memahami intervensi pasien dengan masalah pernapasan.

Sedangkan intervensi yang paling tidak dipahami oleh responden adalah intervensi psikososial pasien dan keluarga. Baker (1996) dalam bukunya *Neuroscience Nursing* menyatakan, komunikasi yang jujur dan terbuka dapat membantu menurunkan rasa takut dan cemas pasien tahap terminal. Ekspresi wajah perawat, bahasa tubuh, kontak mata dan sikap perawat di samping tempat tidur mampu mempengaruhi hubungan perawat dan pasien. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Giles, Hammad, Breaden, Drummond, Bradley, Gerace, & Cochrane (2019), bahwa komunikasi efektif merupakan elemen yang paling penting pada perawatan pasien tahap terminal. Direkomendasikan perawat melakukan komunikasi secara terbuka dan jujur, menggunakan kalimat yang jelas dan bahasa yang mudah dipahami oleh keluarga.

Menurut Nikhil & Santha (2019), hasil penelitian tentang masalah psikososial spiritual pada pasien menjelang ajal di India, sebagian besar mengalami kesedihan, depresi, penolakan, kecemasan, marah dan ketakutan. Pendapat lain dinyatakan oleh *American Association of College of Nursing* (2000) bahwa perawat harus menggunakan alat ukur yang terstandar dan berdasarkan bukti ilmiah dalam melakukan asesmen terhadap gejala yang dikeluhkan pasien seperti nyeri, mual, sesak napas, konstipasi, kecemasan, kelelahan, dan perubahan fungsi kognitif. Dalam mengatasi masalah psikososial pasien tersebut, perawat harus menghargai dan memahami persepsi pasien dan keluarga tentang perawatan pasien tahap terminal, serta membina hubungan baik melalui komunikasi yang efektif (Boyd, Merkh, Rutledge, & Randall, 2011).

Ruland dalam teori *Peaceful End of Life* memaparkan 5 (lima) konsep utama yang saling berkaitan yaitu antara lain: pemantauan dan penanganan untuk menghilangkan rasa nyeri, baik dengan pemberian terapi farmakologi maupun nonfarmakologi; memberikan rasa nyaman dengan cukup istirahat, latihan relaksasi, mencegah komplikasi; mengikutsertakan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan, menghargai dan menghormati harkat dan martabat pasien, bersikap empati; menciptakan suasana dan lingkungan yang tenang dan damai, dengan memfasilitasi tersedianya barang pribadi pasien atau music yang dapat membuat tenang pasien; memberi kesempatan kepada anggota keluarga dan kerabat untuk ikut berpartisipasi merawat pasien, serta memberi

kesempatan kepada pasien untuk didampingi oleh orang yang dikehendaki pasien.

Adapun bantuan yang bisa diberikan oleh perawat untuk pasien *dying* (Smith dkk., 2015) hampir sama dengan teori Rulland, hanya ada beberapa tambahan, seperti: melakukan *personal hygiene*; memberikan obat sebelum rasa sakit menjadi parah.; mengenali gejala darurat dan kondisi yang memerlukan bantuan segera; memberikan dukungan emosi: menggunakan sentuhan untuk menunjukkan rasa empati; memahami isyarat pasien bilamana pasien ingin berbicara, menangis, atau bahkan secara intelektual mendiskusikan proses *dying*; mendukung keluarga pasien yang sedang *dying*; serta menyadari bahwa dengan bersikap peduli akan membantu keluarga mengatasi proses kesedihan.

Hampir separuh responden pada penelitian ini belum pernah mengikuti CPD terkait pelayanan pasien tahap terminal baik berupa pelatihan, seminar, ataupun lokakarya. Dari lima rumah sakit tempat penelitian, tiga rumah sakit belum pernah menyelenggarakan pelatihan, seminar atau workshop tentang perawatan pasien tahap terminal. Satu rumah sakit telah mengadakan workshop yang diikuti sekitar 30 persen dari total jumlah perawat rumah sakit, serta satu rumah sakit telah melakukan pelatihan paliatif yang salah satu materinya adalah perawatan pasien tahap terminal. Perawat yang pernah mengikuti CPD hasilnya jauh merasa lebih memahami cara asesmen dan intervensi pasien tahap terminal. Kondisi ini mirip dengan hasil penelitian Waldrop & Nyquist (2011) tentang transisi dari asuhan rutin ke asuhan pasien akhir kehidupan di panti. Hanya 2 dari 35 responden (7%) yang dinas di panti pernah mengikuti pelatihan *end of life* secara resmi di kelas.

Dickinson, Clark & Sque (2007) melakukan penelitian untuk mengetahui apakah institusi pendidikan perawat telah mengajarkan materi tentang pelayanan pasien tahap terminal. Hasilnya adalah seluruhnya telah memiliki kurikulum asuhan perawatan pasien paliatif dan pasien tahap terminal. Metode pembelajaran yang digunakan meliputi ceramah, seminar, *small group discussion*, serta diskusi kasus. Metode lain yang direkomendasikan adalah tambahan kursus bagi siswa perawat tentang perawatan pasien tahap terminal dan perawatan paliatif secara online yang dikembangkan oleh Thrane (2020).

Penelitian lain yang bertujuan mengembangkan suatu kursus tentang komunikasi perawat dengan pasien akhir kehidupan dan keluarga telah dilakukan oleh Pagano (2016). Pagano memaparkan pengalaman selama 7 tahun menyelenggarakan kursus bagi mahasiswa. Kursus ini memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk mempelajari teori-teori terkait tahap akhir kehidupan dan menerapkannya dengan berinteraksi langsung dengan pasien tahap terminal dan keluarga. Mahasiswa tertantang untuk mengkombinasikan antara hasil pembelajaran, refleksi diri, Analisa secara ilmiah, serta mengembangkan kemampuan komunikasi interpersonal dengan pasien yang akan meninggal. Terdapat satu mahasiswa yang selanjutnya tertarik menjadi tenaga sukarela ikut dalam program "*No Patient Dies Alone Program*" di rumah sakit.

Ke depannya, di Indonesia perlu disusun suatu kurikulum yang komprehensif tentang asuhan pasien pada tahap akhir kehidupan, baik untuk program pendidikan formal di institusi pendidikan keperawatan, maupun untuk program pelatihan, seminar atau workshop, dengan mempertimbangkan nilai, budaya dan agama yang berlaku di Indonesia.

Berdasarkan area tugas, responden pada penelitian ini lebih banyak yang merawat pasien dewasa. Tidak ada perbedaan

bermakna pemahaman tentang asesmen dan intervensi pasien tahap terminal antara perawat yang merawat pasien dewasa dan anak. Namun demikian, menurut Perry & Potter (2006), dalam memberikan asuhan keperawatan pasien anak tahap terminal, perawat harus menghargai pendapat keluarga mengenai cara dan apa yang akan disampaikan ke anak tentang penyakit kritis, sakratul maut dan kematian. Perawat harus bersikap jujur kepada pasien anak tentang perawatan yang diberikan, dengan menggunakan terapi bermain atau menggambar, yang dapat membantu pasien anak untuk mengekspresikan perasaan, emosi, rasa takut, dan realita tentang kematian.

Meskipun rerata kapasitas tempat tidur anak di rumah sakit adalah kurang dari 10%, perawat yang merawat pasien anak harus dibekali dengan pemahaman tentang asuhan pasien tahap terminal, khususnya tentang pendekatan psikologis sesuai dengan teori perkembangan anak. Dalam merawat pasien pediatrik yang mengalami tahap terminal perawat harus memberikan perhatian terhadap peran orang tua pasien, melakukan identifikasi pola asuh dan memberikan dukungan emosi serta menghargai nilai dan budaya yang dianut (Leemann, Bergstraesser, Cignacco, & Zimmermann, 2020).

Berdasarkan tempat tugas, tidak ada perbedaan persepsi perawat tentang cara melakukan asesmen dan intervensi pada pasien tahap terminal antara yang bertugas di ruang rawat inap umum dan di ruang intensif. Namun demikian, perbedaan kondisi dimana biasanya keluarga tidak diperkenankan menunggu pasien selama perawatan di ruang intensif, sehingga perlu adanya regulasi khusus untuk memfasilitasi pelayanan pasien di ruang intensif.

Telah dilakukan penelitian *retrospektif* tentang pelayanan pasien tahap terminal di ruang ICU Anak di Australia, dalam rentang waktu 2001-2015, dengan inklusi pasien yang keluarga setuju untuk dilakukan *Life Support Limitation* (LSL) baik *withdrawal* maupun *withholding* (Perez dkk., 2020). Hasilnya, adalah dengan dibentuknya tim perawatan paliatif di ruang ICU Anak, memberikan kesempatan kepada orang tua pasien terlibat dalam pengambilan keputusan perawatan pasien, perawatan berfokus penuh kasih dan pada akhirnya mampu meningkatkan kepuasan keluarga.

Kesimpulan

Peran perawat pada pelayanan pasien tahap terminal sangat penting. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga harus komprehensif dan terintegrasi dengan tim kesehatan lain, sesuai dengan teori keperawatan *Peaceful end of life* yang dikembangkan oleh Rulland dan sesuai dengan standar pelayanan pasien tahap terminal yang ditetapkan oleh KARS.

Referensi

- Barker, E. (1996). *Neuroscience Nursing*. St Louis: Mosby
- Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D. N., & Randall, V. (2011). Nurses' Perceptions and Experiences with End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), E229-E239.
- Blazevicane, A., Newland, J. A., Civinskiene, V., & Beckstrand, R. L. (2017). Oncology Nurses' Perceptions of Obstacles and Role At The End of Life Care: Cross Sectional Survey. *BMC Palliative Care*, 16, 74. doi: 10.1186/s12904-017-0257-1.
- Dickinson, G. E., Clark, D., & Sque, M. (2007). Palliative care and End of Life Issues in UK Preregistration, Undergraduate Nursing Programmes. *Nurse Education Today*, 28, 163-170. doi:10.1016/j.nedt.2007.03.008.

Giles, T. M., Hammad, K., Breaden, K., Drummond, C., Bradley, S. L., Gerace, A., & Cochrane, E. M. (2019). Nurses' Perceptions and Experiences of Caring for Patients Who Die in the Emergency Department Setting. *International Emergency Nursing*, Volume 47, Article 1789.

Hoover, J., Koon, A. D., Rooser, E. N., & Rao, K. D. (2020). Mentoring the Working Nurse: A Scoping Review. *Human Resources for Health*, 18:52. <http://doi.org/10.1186/s12960-020-00491-x>

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2019). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

Leemann, T., Bergstraesser, E., Cignacco, E., & Zimmermann, K. (2020). Differing Needs of Mothers and Fathers during Their Child's End of Life Care: Secondary analysis of the "Paediatric End of Life Care Needs". *BMC Palliative Care*, 19:118.

Nikhil, N. K. & Santha, S. (2019). End of Life Psycho-Social and Spiritual Problems of Patients. *International Journals of Management, IT and Engineering*, 7(5), 98-116.

Pagano, M. P. (2016). Learning About Dying and Living: An Applied Approach to End of Life Communication. *Health Communication*, 31(8),

1019-1028.

Perez, S. B., Segura, S., Alarco, M. G., Felipe, A., Balaguer, M., Platero, L. H., Ribalta, A. S., Guitart, C., Jordan, I., & Cambra, F. J. (2020). End of Life Care in a Pediatric Intensive Care Unit: the Impact of the Development of a Palliative Care Unit. *BMC Palliative Care*, 19:74. <http://doi.org/10.1186/s12904-020-00575-4>.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical Nursing Skills & Techniques*. New York: Elsevier Mosby.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (1996). *Clinical Nursing Skills: Basic to Advanced Skills* (4th ed). New Jearsey: Prentice Hall.

Thrane, S. E. (2020). Online Palliative and End of Life Care Education for Undergraduate Nurses. *Journal of Professional Nursing*, 36, 42-46.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. Missouri: Mosby.

Waldrop and Nyquist, K. (2011). The Transition from Routine Care to End-of-life Care in A Nursing Home: Exploring Staff Perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association*, 112, 114-20. doi: 10.1016/j.jamda.2010.04.002.