

PERAWATAN PALIATIF

Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan

Fitriani, S.Kep.,Ns.,MAPN

Al Ihksan Agus, S.Kep.,Ns.,M.Kep



PERAWATAN PALIATIF

Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan

Fitriani, S.Kep.,Ns.,MAPN
Al. Ihksan Agus, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penerbit
FATIMA PRESS
2025

**PERAWATAN PALIATIF:
Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan**

ISBN: 978-634-7368-10-2

Penulis:

Fitriani, S.Kep.,Ns.,MAPN
Al. Ihksan Agus, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Editor:

Antonius Primus

Penerbit:

Fatima Press (Anggota IKAPI)
Jl. Ganggawa, No. 22, Ujung Bulu, Kecamatan Ujung
Kota Parepare, Sulawesi Selatan
Email: sentosa.ibu28@gmail.com
Hp. 081356708769

Ketentuan Pidana Pelanggaran Hak Cipta, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002, Tentang Hak Cipta, Pasal 72:

- (1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 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).
- (2) Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana 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).

Hak Cipta Dilindungi Undang Undang.
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga buku "Perawatan Paliatif: Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan" dapat diselesaikan dengan baik.

Perawatan paliatif merupakan pendekatan holistik yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa. Dalam konteks keperawatan, integrasi perawatan paliatif menjadi sangat penting untuk memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan yang komprehensif, tidak hanya dari aspek fisik, tetapi juga psikologis, sosial, dan spiritual.

Buku ini disusun dengan tujuan memberikan panduan praktis bagi perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan paliatif pada pasien dengan berbagai kondisi kronis yang membatasi kehidupan, seperti gagal ginjal kronis, kanker, gagal jantung, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), dan HIV/AIDS. Setiap bab dirancang untuk membantu pembaca memahami proses pengkajian bio-psiko-sosio-spiritual, menegakkan diagnosis keperawatan yang tepat, serta mengintegrasikan prinsip-prinsip perawatan paliatif dalam praktik keperawatan sehari-hari.

Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak sangat kami harapkan demi perbaikan di masa mendatang. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu

keperawatan, khususnya dalam bidang perawatan paliatif, serta meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan kepada pasien dan keluarga.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ini, terutama kepada Penerbit Fatima Press yang telah bersedia menerbitkan karya ini. Semoga buku ini menjadi kontribusi nyata dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan paliatif di Indonesia.

Manado, November 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
BAB 1 Pegkajian Kebutuhan Perawatan Paliatif	1
A. Penilaian Kebutuhan Perawatan Paliatif	1
B. Pengkajian Fisik	6
C. Pengkajian Psikologis	10
D. Pengkajian Sosial dan Budaya	13
E. Pengkajian Spiritual	17
BAB 2 Perawatan Paliatif pada Pasien Gagal Ginjal Kronis	20
A. <i>Symptom Burden</i> pada Pasien Gagal Ginjal Kronis	20
B. Pengkajian pada Pasien Gagal Ginjal Kronis	22
C. Diagnosis Keperawatan pada Pasien Gagal Ginjal Kronis	27
D. Integrasi Perawatan Paliatif dalam Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Ginjal Kronis	28
BAB 3 Perawatan Paliatif pada Pasien Kanker	31
A. <i>Symptom Burden</i> pada Pasien Kanker	31
B. Pengkajian pada Pasien Kanker	35
C. Diagnosis Keperawatan pada Pasien Kanker	40
D. Integrasi Perawatan Paliatif dalam Asuhan Keperawatan Pasien Kanker	41
BAB 4 Perawatan Paliatif pada Pasien Gagal Jantung	44
A. <i>Symptom Burden</i> pada Pasien Gagal Jantung	44
B. Pengkajian pada Pasien Gagal Jantung	46
C. Diagnosis Keperawatan pada Pasien Gagal Jantung	49
D. Integrasi Perawatan Paliatif dalam Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Jantung	50

BAB 5 Perawatan Paliatif pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis	54
A. <i>Symptom Burden</i> pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis	54
B. Pengkajian pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis	57
C. Diagnosis Keperawatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis	62
D. Integrasi Perawatan Paliatif dalam Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis	62
BAB 6 Perawatan Paliatif pada Pasien HIV/AIDS	66
A. <i>Symptom Burden</i> pada Pasien HIV/AIDS	66
B. Pengkajian dan Manajemen Gejala pada Pasien HIV/AIDS	69
C. Diagnosis Keperawatan pada Pasien HIV/AIDS	73
D. Integrasi Perawatan Paliatif dalam Asuhan Keperawatan Pasien HIV/AIDS	74
DAFTAR PUSTAKA	76
PROFIL PENULIS	87

BAB

1

PENGKAJIAN KEBUTUHAN PERAWATAN PALIATIF

Bab ini membahas tentang pengkajian pada pasien paliatif yang memuat topik pengkajian bio-psiko-sosio-spiritual. Oleh karena itu, setelah mempelajari bab ini, pembaca diharapkan mampu:

1. Memahami penilaian kebutuhan perawatan paliatif
2. Memahami pengkajian fisik
3. Memahami pengkajian psikologis
4. Memahami pengkajian sosial dan budaya
5. Memahami pengkajian spiritual

A. Penilaian Kebutuhan Perawatan Paliatif

1. Pentingnya Penilaian Kebutuhan Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga mereka yang menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan dengan cara identifikasi dini, penilaian yang

benar dan penanganan rasa nyeri dan masalah lainnya, baik fisik, psikososial atau spiritual (World Health Organization, 2023).

Penilaian kebutuhan perawatan paliatif adalah proses terstruktur untuk mengidentifikasi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual orang yang membutuhkan perawatan paliatif. Hal ini sangat penting dilakukan oleh perawat sebagai dasar dalam memberikan asuhan yang holistik, berpusat pada pasien, dan sesuai dengan kondisi dan preferensi pasien (Girgis & Waller, 2015). Proses ini melibatkan penilaian komprehensif pada awal perawatan, secara berkala, dan ketika kebutuhan berubah (Australian Government Department of Health, 2025). Instrumen yang valid memainkan peran kunci dalam memandu perencanaan perawatan dan mengidentifikasi kapan rujukan ke perawatan paliatif mungkin sesuai (Kawashima & Evans, 2023; Xie et al., 2024).

Semua pasien yang diidentifikasi sebagai pasien paliatif melalui sebuah *tools* atau instrumen yang valid harus dilakukan penilaian kebutuhan perawatan paliatif. Pengalaman hidup seseorang seperti usia, budaya, agama, etnis atau pengalaman harus dipertimbangkan (ELDAC, 2025). Penilaian ulang harus dilakukan secara teratur dan pada titik-titik transisi utama dalam lintasan penyakit pasien, misalnya:

- a. Jika telah terjadi penurunan fungsional atau medis yang signifikan
- b. Jika ada kejadian akut yang tiba-tiba
- c. Jika diskusi seputar tujuan perawatan diperlukan terutama seputar pengobatan yang sudah tidak responsif lagi
- d. Setelah rawat inap.

2. Instrumen Penilaian Kebutuhan Perawatan Paliatif

Penilaian kebutuhan perawatan paliatif merupakan komponen fundamental dalam penyediaan asuhan keperawatan yang holistik. Perawat memiliki peran penting dalam mengidentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga melalui penggunaan instrumen yang terstandar. Tujuan utama penilaian ini adalah untuk menentukan prioritas intervensi, memantau perubahan kondisi, serta meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa (Ferrell & Coyle, 2018).

Instrumen penilaian digunakan untuk mengevaluasi berbagai aspek yang mempengaruhi kesejahteraan pasien, termasuk dimensi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Penggunaan alat ukur yang valid dan reliabel membantu tenaga kesehatan memperoleh gambaran menyeluruh mengenai kebutuhan

pasien dan memfasilitasi pengambilan keputusan klinis yang tepat (Knaul et al., 2019).

Penilaian kebutuhan perawatan paliatif dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen berikut ini:

a. *Supportive and Palliative Care Indicators (SPICT) tool*

SPICT dikembangkan untuk membantu tenaga kesehatan, khususnya perawat dan dokter, mengidentifikasi pasien yang mungkin membutuhkan perawatan paliatif. Instrumen ini pertama kali dikembangkan oleh Boyd and Murray (2010). Alat ini digunakan sebagai panduan untuk menilai apakah pasien dengan penyakit kronis atau progresif memerlukan pendekatan paliatif, baik di rumah sakit maupun di layanan primer. Tenaga kesehatan menilai apakah pasien memenuhi satu atau lebih indikator umum serta indikator penyakit spesifik. Jika terpenuhi, pasien dianggap perlu dilakukan penilaian kebutuhan paliatif lebih lanjut dan perencanaan perawatan ke depan.

b. *Problems and Needs Palliative Care (PNPC)*

PNPC digunakan untuk menilai berbagai masalah (*problems*) dan kebutuhan (*needs*) pasien yang menjalani perawatan paliatif. Instrumen ini pertama kali dikembangkan oleh Osse et al. (2000). Kuesioner ini membantu tenaga kesehatan memahami sejauh mana

pasien mengalami gejala fisik maupun non-fisik dan menentukan apakah mereka membutuhkan bantuan profesional (Osse et al., 2000). Hasil penilaian membantu perawat merancang rencana asuhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

c. *Palliative Care Outcome Scale (POS)*

POS adalah alat ukur yang dirancang untuk menilai hasil dan efektivitas pelayanan paliatif dari perspektif pasien dan tenaga kesehatan. Instrumen ini pertama kali dikembangkan oleh Hearn and Higginson (1999). Alat ini membantu memantau perubahan kondisi dan mengevaluasi kualitas asuhan yang diberikan.

3. Peran Perawat dalam Penggunaan Instrumen Penilaian Kebutuhan Perawatan Paliatif

Perawat berperan penting dalam menerapkan instrumen penilaian kebutuhan perawatan paliatif sebagai bagian dari proses keperawatan. Penilaian ini bukan sekedar kegiatan administratif, tetapi merupakan langkah klinis yang mendukung pengambilan keputusan dalam penyusunan rencana asuhan yang berpusat pada pasien. Penggunaan instrumen juga membantu perawat dalam:

a. Mengidentifikasi kebutuhan yang belum terpenuhi

- b. Menyusun prioritas intervensi
- c. Mengevaluasi efektivitas tindakan
- d. Memfasilitasi komunikasi antar tim kesehatan (Ferrell & Coyle, 2018).

B. Pengkajian Fisik

Pasien dengan kondisi yang membatasi hidup (paliatif) sering memiliki banyak gejala. Setiap pasien melaporkan gejala yang bervariasi. Beberapa gejala fisik mudah dilaporkan oleh pasien sementara gejala fisik lainnya sering memerlukan pengkajian lebih mendalam. Pengkajian fisik dalam perawatan paliatif mencakup semua aspek fisik secara komprehensif meliputi aspek-aspek berikut ini:

1. Anamnesis

Pada proses anamnesis, perawat mengkaji riwayat kesehatan pasien, termasuk penyakit utama, penyakit penyerta, dan riwayat pengobatan.

- a. Riwayat penyakit sekarang: Keluhan utama dan durasi intensitas.
- b. Riwayat penyakit sebelumnya: Penyakit yang pernah dan sedang diderita dan pengobatan yang pernah atau sedang dijalani.
- c. Riwayat alergi: Riwayat alergi terhadap obat tertentu atau bahan lainnya yang relevan.
- d. Riwayat pengobatan: Obat-obatan yang sedang dikonsumsi, termasuk obat resep, obat bebas, maupun suplemen.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi observasi dan palpasi untuk mengidentifikasi tanda-tanda fisik seperti nyeri, edema, maupun tanda-tanda vital lainnya.

- a. Observasi umum: Menilai kondisi umum pasien, termasuk tingkat kesadaran, penampilan fisik, dan keadaan nutrisi.
- b. Tanda-tanda vital: Mengukur tekanan darah, pernapasan, denyut nadi, dan suhu.
- c. Pemeriksaan kepala dan leher: Memeriksa kondisi mulut, gigi, telinga, hidung, dan tenggorokan.
- d. Pemeriksaan dada: Mendengarkan suara paru-paru dan jantung dengan stetoskop untuk menilai adanya kelainan.
- e. Pemeriksaan abdomen: Menilai bentuk, ukuran, dan nyeri tekan pada perut.
- f. Pemeriksaan ekstremitas: Menilai kekuatan otot, kelenturan sendi, dan adanya edema atau luka.

3. Penilaian Gejala

Penilaian gejala pada pasien paliatif dapat menggunakan beberapa *tools* untuk mengkaji skala nyeri, *fatigue*, kualitas tidur, dan sebagainya. Selain itu, perlu dikaji pula dampak gejala pada fungsi aktivitas normal pasien.

4. Penilaian Status Fungsional

Penilaian status fungsional pasien dilakukan untuk menilai kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari atau disebut dengan *Activity Daily Living* (ADL). Instrumen yang dapat digunakan meliputi *Karnofsky Performance Status* dan *Barthel Index*.

Selain itu, terdapat beberapa aspek utama dalam pengkajian fisik dalam perawatan paliatif meliputi:

1. Penilaian Nyeri

Nyeri dapat dinilai menggunakan instrumen seperti *Visual Analog Scale* dan *Numerical Rating Scale* untuk mengetahui karakteristik nyeri.

2. Status Nutrisi

Instrumen untuk menilai status nutrisi pasien paliatif dapat menggunakan *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) untuk membantu mengidentifikasi dan intervensi dini. Hal ini penting karena malnutrisi umum terjadi pada pasien paliatif.

3. Fungsi Fisik

Fungsi fisik pasien paliatif dapat dinilai menggunakan instrumen seperti *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) untuk mengukur tingkat fungsionalitas seorang pasien. Hal ini menggambarkan sejauh mana penyakit atau kondisinya mempengaruhi kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari. *The Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) untuk

mengkaji intensitas gejala yang dialami pasien. Hal ini penting karena pengalaman gejala bersifat subjektif dan pasien adalah sumber informasi terbaik bagaimana mereka merasakan gejalanya. Selain itu, *Palliative Performance Scale* (PPS) untuk menilai gambaran yang lebih detail dan relevan tentang penurunan fungsional pada pasien paliatif.

4. Gejala Lainnya

Pengkajian terhadap gejala lain seperti mual, muntah, dan sesak napas dapat menggunakan *Borg Scale* atau *Modified Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale*. Menilai tingkat kelelahan dapat dikaji dengan menggunakan *Fatigue Severity Scale* (FSS). Kualitas tidur dapat dikaji menggunakan *Pittsburgh Sleep Quality* (PSQ). Sedangkan untuk menilai beban gejala (*symptom burden*) yang dirasakan oleh pasien paliatif dapat menggunakan tools seperti *Symptom Burden Index* (SBI) dan *Zarit Burden Interview* (ZBI) untuk menilai beban yang dirasakan *caregiver*.

Menurut Health Service Executive (2024), eksplorasi masalah fisik pasien paliatif dapat merujuk pada aspek-aspek pada Tabel 1.1 berikut.

Tabel 1.1 Panduan Eksplorasi Kondisi Fisik Pasien Paliatif

Nyeri	Somatik, visceral, neuropatik. Kaji riwayat nyeri yang meliputi:
-------	---

	• Lokasi, kualitas, intensitas, durasi, frekuensi • Faktor terkait/ memperburuk/ melegakan • Intervensi pengobatan hingga saat ini
Fatigue	Kelelahan tidak proporsional dengan tingkat aktivitas atau tidak hilang saat istirahat
Pernapasan	Dispnea, batuk, sekresi orofaring
Gastrointestinal	Anoreksia, mual, muntah, konstipasi
Neurologis	Insomnia, kebingungan, delirium, kecemasan, depresi
Lainnya	Status fungsional, masalah keseimbangan, edema, masalah luka

C. Pengkajian Psikologis

Pasien dengan kondisi yang membatasi hidup sering memiliki masalah psikologis. Oleh karena itu, pada pengkajian psikologis penting bagi perawat untuk proaktif dalam mengidentifikasi masalah dan kebutuhan emosional dan psikologis pasien. Pengkajian psikologis pada pasien paliatif meliputi:

1. Wawancara Klinis

Wawancara klinis meliputi pengumpulan informasi dasar, mengkaji perasaan pasien, dan mengidentifikasi gejala emosional.

- a. Mengumpulkan informasi dasar: Mengkaji latar belakang pasien yang mencakup riwayat hidup, keluarga, pekerjaan, dan lingkungan sosial.
- b. Eksplorasi perasaan dan pikiran: Menggali perasaan, kekhawatiran, harapan, serta pandangan pasien terhadap penyakit yang dialami dan kemungkinan perkembangannya.
- c. Identifikasi gejala psikologis: Mengamati adanya tanda-tanda emosional seperti kecemasan, tekanan psikologis, depresi, maupun perubahan dalam suasana hati.

2. Penilaian Kecemasan

Tingkat kecemasan dan depresi yang dialami pasien paliatif dapat dinilai menggunakan *tools* seperti *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), dan *Beck Depression Inventory* (BDI). Sementara itu, tingkat stres pasien dapat diukur dengan menggunakan *Perceived Stress Scale* (PSS) guna memperoleh gambaran mengenai beban psikologis yang dialami pasien.

3. Penilaian Kualitas Hidup

Berbagai dimensi kualitas hidup pasien paliatif dapat dinilai dengan instrumen EORTC QLQ-C30 atau WHOQOL-BREF.

Selain itu, menurut Health Service Executive (2024), eksplorasi masalah psikologis pasien paliatif dapat diawali dengan pertanyaan seperti: "Apakah

ada yang membuat Anda khawatir?" Kemudian diikuti dengan eksplorasi aspek-aspek seperti pada Tabel 1.2 berikut ini.

Tabel 1.2 Panduan Eksplorasi Kondisi Psikologis Pasien Paliatif

Suasana hati dan minat	• Bagaimana suasana hati Anda? • Selama sebulan terakhir, apakah Anda: ⇒ Merasa sedih dan/atau putus asa? ⇒ Kehilangan kesenangan terhadap hobi, aktivitas, atau minat yang dulu disukai? • Apakah Anda merasa tertekan? Apakah Anda merasa tegang atau cemas? • Pernahkah Anda mengalami serangan panik? • Apakah ada hal-hal yang Anda nantikan?
Penyesuaian terhadap penyakit	Apa pemahaman Anda tentang penyakit Anda?
Sumber daya dan kekuatan	• Apa sumber dukungan untuk Anda? • Carilah berbagai kemungkinan dukungan: seseorang, hobi, kepercayaan, keyakinan

Nyeri multidimensi yang tidak terkendali (nyeri total)	• Nyeri multidimensi yang tidak terkendali misalnya psikososial, emosional, rasa sakit spiritual; Pertimbangkan apakah tekanan berkontribusi pada gejala fisik • Apakah ada masalah psikologis, sosial, emosional, spiritual yang mungkin berkontribusi pada gejala?
Penyakit mental yang sudah ada sebelumnya	Orang dengan riwayat masalah kesehatan mental saat ini atau masa lalu mungkin sangat berisiko mengalami tekanan psikologis

D. Pengkajian Sosial dan Budaya

Keluarga adalah unit perawatan. Saat menilai pasien dengan penyakit yang membatasi hidup, penting untuk mengeksplorasi kekhawatiran mereka dalam kaitannya dengan rumah, keluarga, dan komunitas mereka, dan untuk mengidentifikasi risiko dalam kaitannya dengan otonomi dan fungsi sosial mereka (Health Service Executive, 2024). Pengkajian sosial bertujuan untuk mendapatkan pemahaman tentang pengalaman hidup seseorang sehubungan dengan latar belakang, dukungan keluarga, dukungan emosional dan sosial, serta masalah praktis pasien (Glajchen et al., 2022).

Selain itu, perawat penting juga untuk mengkaji budaya pasien karena budaya berperan dalam menentukan pemahaman terkait arti dan tujuan hidup seseorang, juga sebagai panduan hidup. Budaya juga mempengaruhi perspektif, keyakinan, nilai, dan perilaku seseorang. Latar belakang budaya juga mempengaruhi bagaimana pasien membuat keputusan, cara komunikasi dan bahasa, opini terkait hidup dan mati, dan harapan hidup (Glyn-Blanco et al., 2023; Hira et al., 2025).

Pengkajian sosial pada pasien paliatif adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi Dukungan Sosial dan Budaya

Perawat mengidentifikasi sumber dukungan sosial bagi pasien, termasuk keluarga, teman, dan komunitas. Selain itu, perawat juga mengidentifikasi latar belakang budaya pasien yang mencakup:

- a. Tempat lahir pasien
- b. Apakah ada kesulitan menggunakan Bahasa Indonesia?
- c. Siapakah pengambil keputusan dalam keluarga?
- d. Adakah pengaruh budaya dalam cara berkomunikasi verbal dan non-verbal? Dengan lawan jenis?
- e. Apa nilai/ keyakinan yang dianut terkait sehat dan sakit? Kehidupan dan kematian? Harapan hidup? Hidup yang baik vs hidup yang buruk?

- f. Apakah ada nilai/ keyakinan yang bertentangan dengan terapi medis? Penggunaan obat tertentu? Transfusi darah?
- g. Adakah tradisi tertentu dalam keluarga/ komunitas? Terutama terkait orang yang sakit.
- h. Adakah sumber dukungan sosial dari komunitas yang diikuti?

2. Penilaian Dukungan Sosial dan Budaya

Penilaian dukungan sosial pada pasien paliatif dapat menggunakan instrumen seperti *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) dan instrumen *The Family Support Scale* (FSS) untuk menilai dukungan keluarga. Instrumen *ABCD Cultural Assessment Model* dapat digunakan untuk menilai budaya pasien.

Menurut Health Service Executive (2024), eksplorasi masalah sosial pasien paliatif dapat merujuk pada aspek-aspek pada Tabel 1.3 berikut.

Tabel 1.3 Panduan Eksplorasi Kondisi Sosial Pasien Paliatif

Dukungan keluarga	Diskusikan dengan pasien tentang keluarga dan hubungannya: • Siapa yang tinggal bersama Anda? • Apakah ada tanggungan anak-anak/dewasa?
-------------------	---

	• Apakah ada kekhawatiran mengenai hubungan keluarga atau pribadi?
Dukungan emosional dan sosial	Apakah Anda memiliki dukungan lain, misalnya perawat komunitas, <i>home help</i>, <i>caregiver</i>, teman, atau tetangga? • Seberapa sering Anda berinteraksi dengan mereka? • Apakah Anda membutuhkan lebih banyak dukungan? • Hal apa yang kira-kira akan membantu Anda?
Masalah praktis dan perencanaan perawatan lanjutan	Diskusi tentang isu-isu praktis: • Bagaimana Anda mengelola masalah Anda? • Apakah ada kesulitan dalam mobilisasi/bergerak, menaiki/menuruni tangga, pekerjaan rumah tangga seperti mencuci, memasak, dan sebagainya? • Apakah Anda memiliki kekhawatiran tentang kebutuhan perawatan di masa depan, pendapatan, keuangan, atau urusan hubungan Anda?

	• Apa keinginan pasien dan/atau keluarga mengenai: ⇒ Tujuan perawatan? ⇒ Tingkat intervensi yang masih dapat diterima pasien? ⇒ Tempat perawatan yang diinginkan (pasien dan keluarga)?
--	--

E. Pengkajian Spiritual

Aspek spiritualitas mempengaruhi coping seseorang dalam menghadapi penyakit yang mengancam nyawa termasuk penyakit terminal. Setiap individu memiliki pemahaman berbeda terkait spiritual dan bagaimana dampaknya pada hidup mereka. Ketika perawat melakukan pengkajian spiritual, maka perawat perlu memahami istilah alternatif seperti keyakinan, kepercayaan, agama, filosofi, kekuatan dalam diri, dan spiritualitas. Pengkajian spiritual pada pasien paliatif meliputi:

1. Mengidentifikasi *Distress Spiritual*

Penyakit yang membatasi kehidupan atau penyakit terminal dapat mengakibatkan *distress spiritual*. Oleh karena itu, perawat perlu mengkaji apakah pasien dan keluarga mengalami *spiritual distress* (sumber distress emosional, rasa bersalah, dan ketakutan).

2. Mengkaji Kebutuhan Spiritual

Pengkajian spiritual bukan untuk menyelesaikan masalah spiritual pasien dan keluarga melainkan menciptakan lingkungan yang mendukung pasien dan keluarga serta menggali kebutuhan spiritual, perhatian/ kekhawatirannya, dan sumber dukungan yang dibutuhkan.

3. Penilaian Spiritual

Terdapat beberapa format pengkajian spiritual pada pasien, seperti *Faith, Influence, Community, Addressing Spiritual Concern* (FICA), SPIRIT, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACET), dan HOPE. Selain itu, perawat dapat pula menggunakan instrumen seperti *Spiritual Index of Well-Being Scale* (SWBS).

Menurut Health Service Executive (2024), dalam eksplorasi masalah spiritual pasien paliatif dapat diawali dengan pertanyaan: "Bagaimana penyakit ini berdampak pada hidup Anda?". Kemudian, eksplorasi lebih lanjut dapat merujuk pada aspek-aspek pada Tabel 1.4 berikut ini.

Tabel 1.4 Panduan Eksplorasi Kondisi Spiritual Pasien Paliatif

Sumber harapan	Apa yang memberi Anda harapan (kekuatan, kenyamanan, kedamaian) di saat sakit?
----------------	--

Agama yang terorganisir	Apakah Anda bagian atau anggota komunitas keagamaan atau spiritual tertentu? Apakah itu membantu Anda?
Spiritualitas dan praktik pribadi	Aspek apa dari keyakinan spiritual Anda yang paling Anda temukan membantu dan bermakna secara pribadi?
Efek pada perawatan medis dan keputusan akhir hayat (<i>end of life</i>)	Bagaimana keyakinan Anda memengaruhi jenis perawatan yang Anda ingin saya berikan selama beberapa hari/minggu/bulan ke depan?

BAB

2

PERAWATAN PALIATIF PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS

Bab ini membahas tentang integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronis. Oleh karena itu, setelah mempelajari bab ini, pembaca diharapkan mampu:

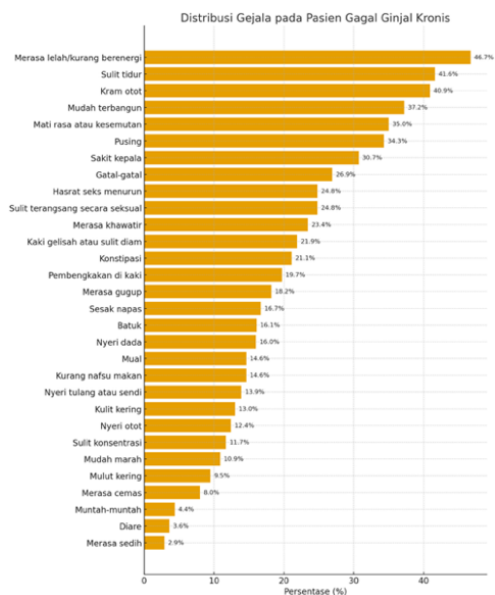
1. Menjelaskan *symptom burden* pada pasien dengan gagal ginjal kronis
2. Menjelaskan pengkajian pada pasien paliatif dengan gagal ginjal kronis
3. Menjelaskan diagnosis keperawatan pada pasien paliatif dengan gagal ginjal kronis
4. Menjelaskan integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan pasien paliatif dengan gagal ginjal kronis

A. *Symptom Burden* pada Pasien Gagal Ginjal Kronis

Penyakit ginjal stadium akhir, juga disebut gagal ginjal, adalah tahap akhir dan permanen dari penyakit ginjal kronis. Pada tahap ini, ginjal tidak dapat lagi berfungsi sendiri dan pasien harus menjalani dialisis atau transplantasi ginjal untuk bertahan hidup. Orang

dengan penyakit ginjal kronis stadium lanjut (PGK) memiliki beban gejala yang tinggi dan melaporkan rata-rata enam hingga 20 gejala tergantung pada alat skrining yang digunakan untuk menilai (Almutary et al., 2016).

Sebuah studi oleh Manikome et al. (2025) di salah satu pusat Hemodialisis di Sulawesi Utara menunjukkan bahwa dari 137 pasien gagal ginjal kronis, gejala fisik yang paling sering dikeluhkan oleh pasien tersebut adalah perasaan lelah atau keletihan, gangguan tidur, kram otot, mudah terbangun, kesemutan, pusing, nyeri kepala, pruritus, dan sebagainya (Gambar 2.1).



Gambar 2.1 Gejala pada Pasien Gagal Ginjal Kronis

Selain itu, studi lainnya menunjukkan bahwa penurunan minat pada seks adalah beban gejala psikologis paling sering dialami oleh pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis (Almutary et al., 2016; Wasilah et al., 2021). Berdasarkan beberapa gejala yang dilaporkan oleh pasien dengan gagal ginjal kronis, gejala yang dikeluhkan paling parah atau sangat mengganggu adalah mudah terbangun, sulit tidur, merasa lelah atau kurang berenergi, mati rasa atau kesemutan di kaki, dan gatal-gatal (Manikome et al., 2025).

B. Pengkajian pada Pasien Gagal Ginjal Kronis

1. Anamnesis

Pada proses anamnesis, perawat mengkaji riwayat kesehatan pasien, termasuk penyakit utama, penyakit penyerta, faktor risiko, dan riwayat pengobatan.

a. Riwayat penyakit sekarang: Keluhan utama, keluhan-keluhan lainnya termasuk tanda gejala yang dialami saat ini. Misalnya:

- 1) Sistem syaraf pusat: nyeri kepala, perubahan mental, insomnia
- 2) Pernapasan: dispnea, nyeri dada
- 3) Gastrointestinal: mual, muntah, kehilangan nafsu makan, rasa logam di mulut
- 4) Muskuloskeletal: kelelahan (fatigue), kelemahan otot, kedutan, kram, *restless leg syndrom*

- 5) Genitourinaria: terjadi perubahan jumlah dan karakteristik urin
- 6) Integumen: Edema pada kaki dan pergelangan kaki dan gatal terus-menerus (pruritus).
- b. Riwayat penyakit sebelumnya:** Penyakit yang pernah diderita dan faktor risiko pasien mengalami gagal ginjal, misalnya ada riwayat hipertensi, diabetes melitus, arthritis, infeksi saluran kemih, polisistik ginjal, batu ginjal, dan glumeronefritis.
- c. Faktor risiko:** Usia 60 tahun atau lebih, keluarga dengan riwayat penyakit ginjal kronis, obesitas, penggunaan obat-obatan secara bebas dan alkohol.
- d. Riwayat pengobatan:** Obat-obatan yang sedang dikonsumsi, termasuk obat resep, obat bebas, maupun suplemen.

2. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengukur beban gejala serta status fungsional dan parameter klinis yang relevan. Pengkajian fisik pada pasien paliatif dengan gagal ginjal kronis meliputi:

- a. Riwayat gejala:** Onset, intensitas, frekuensi, pemicu, dan pengurangan oleh pengobatan.
- b. Pemeriksaan fisik:** Tanda-tanda vital, edema, keadaan nutrisi, auskultasi paru/jantung,

pemeriksaan kulit (pruritus/ulcer), tanda uremia (bau mulut, konfusi pada kasus lanjut).

c. Status fungsional: Penilaian *Activities of Daily Living* (ADL)/ *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) menggunakan *Barthel Index* atau *Karnofsky Performance Scale* untuk mengetahui gambaran status fungsional pasien.

d. Hasil pemeriksaan laboratorium: Hal ini penting sebagai pendukung, bukan pengganti penilaian gejala yang meliputi kreatinin/eGFR, kalium, albumin, elektrolit, hemoglobin, asam urat, urea, kalsium/fosfat, serta review obat (terutama obat yang dieliminasi ginjal).

e. Penggunaan instrumen terstandar untuk menilai gejala: Penggunaan alat terstandar memudahkan pengukuran beban gejala dari waktu ke waktu. Instrumen yang dapat digunakan meliputi *chronic kidney disease-Symptom Burden Index* (CKD-SBI), *Dialysis Symptom Index* (DSI), *ESAS-Revised: Renal* (versi ESAS yang diadaptasi untuk pasien ginjal), dan *POS-S Renal (Palliative care Outcome Scale-Symptoms renal)*.

3. Pengkajian Psikologis

Pengkajian psikologis bertujuan mengidentifikasi depresi, kecemasan, distress emosional, gangguan kognitif/penurunan kapasitas pengambilan keputusan, dan eksistensial

distress. Pengkajian psikologis pada pasien paliatif dengan gagal ginjal kronis meliputi:

a. Screening kondisi suasana hati dan kecemasan:

Gunakan *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) untuk menilai tingkat depresi, *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) untuk menilai kecemasan, atau *Distress Thermometer* (alat cepat) merupakan skala 0-10 yang digunakan untuk menilai tekanan psikologis secara cepat.

b. Evaluasi kognitif: Bila ada kekhawatiran penurunan kapasitas kognitif dapat gunakan *Mini-Mental State Examination* (MMSE) atau *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Hal ini penting untuk menentukan kapasitas untuk keputusan terapi.

c. Riwayat psikososial: Dukungan keluarga, riwayat gangguan mental, penggunaan substansi, strategi coping, harapan terhadap perawatan, ketakutan/khawatir tentang penderitaan atau beban bagi keluarga.

d. Observasi: Perubahan suasana hati, isolasi sosial, penarikan diri, agresi atau kebingungan yang bisa menandakan delirium.

e. Rujukan: Bila teridentifikasi depresi berat, ide bunuh diri, atau psikosis, segera diskusikan dengan tim paliatif untuk rujuk ke psikiatri/psikolog paliatif.

4. Pengkajian Sosial

Pengkajian sosial bertujuan memahami konteks sosial termasuk dukungan keluarga, beban *caregiver*, isu finansial, akses ke layanan kesehatan, dan faktor budaya yang mempengaruhi keputusan perawatan. Aspek-aspek sosial yang perlu dikaji pada pasien paliatif dengan gagal ginjal kronis adalah sebagai berikut:

- a. **Struktur keluarga:** siapa *caregiver* utama, jarak ke fasilitas kesehatan, siapa pengambil keputusan bila pasien tidak bisa.
- b. **Beban *caregiver*:** ketersediaan waktu, kesehatan *caregiver*, dan kebutuhan edukasi.
- c. **Kebutuhan praktis:** transport, biaya obat, akses nutrisi, tempat tinggal yang aman, dan kepemilikan asuransi kesehatan.
- d. **Budaya dan nilai:** pandangan keluarga terhadap penyakit dan terapi pasien, perawatan paliatif, keyakinan agama serta komunitas yang dapat memengaruhi pilihan pengobatan.
- e. **Gunakan pendekatan kolaboratif:** libatkan pekerja sosial, *case manager*, dan sumber daya komunitas.

5. Pengkajian Spiritual

Pengkajian spiritual bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan spiritual, keyakinan yang memberi makna, konflik spiritual, ketakutan eksistensial, dan kebutuhan ritual/dukungan

rohani bagi pasien gagal ginjal kronis. Pengkajian aspek spiritual pada pasien paliatif dengan gagal ginjal kronis dapat dilakukan melalui pendekatan berikut:

- a. Gunakan pertanyaan terbuka:** Dapat menggunakan format pengkajian seperti FICA (*Faith/Belief, Importance, Community, Address in care*), HOPE, FACIT, dan *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS).
- b. Identifikasi kebutuhan akan ahli spiritual:** Tanyakan apakah pasien/keluarga ingin bertemu pemimpin agama/rohani atau konselor spiritual.
- c. Perhatikan tanda-tanda distress eksistensial:** Kehilangan makna, penyesalan, takut mati, keresahan terkait identitas, atau permintaan untuk bantuan spiritual.
- d. Rujukan:** Libatkan *spiritual care/chaplaincy* atau sumber daya komunitas sesuai kebutuhan. Studi menunjukkan *spiritual care* berkontribusi signifikan terhadap coping pasien penyakit ginjal kronis dalam konteks paliatif.

C. Diagnosis Keperawatan Pasien Gagal Ginjal Kronis

Diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien paliatif dengan gagal ginjal kronis adalah sebagai berikut:

1. Hipervolemia
2. Gangguan eliminasi urin

3. Retensi urin
4. Keletihan
5. Gangguan pola tidur
6. Ansietas
7. Gangguan rasa nyaman
8. Distres spiritual
9. Keputusan
10. Ketidakberdayaan
11. Berduka

D. Integrasi Perawatan Paliatif dalam Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Ginjal Kronis

Penyakit ginjal stadium akhir tidak dapat dipulihkan dan tidak dapat disembuhkan. Prioritas perawatan untuk pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir meliputi:

1. Mencegah dan menangani komplikasi
2. Menginstruksikan tentang pengelolaan kondisi kronis
3. Terapkan pembatasan cairan dan rekomendasi diet
4. Mempromosikan kesejahteraan fisik dan psikososial
5. Meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan
6. Menginstruksikan modifikasi gaya hidup
7. Memberikan dukungan kepada pasien dan keluarga
8. Berkolaborasi dengan ahli nefrologi dan anggota tim lainnya.

Perawatan paliatif adalah bagian penting dalam merawat pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir terutama bagi pasien yang berhenti dialisis atau memilih untuk tidak menjalani dialisis. Bagian penting dari perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup dan meminimalkan beban gejala pasien. Layanan perawatan paliatif bermanfaat bagi pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir untuk manajemen nyeri dan gejala lainnya (Kelly, 2021).

Selain itu, target perawatan paliatif adalah meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga tentang masalah penyakit dan *end of life* termasuk prognosis dan kemungkinan hasil dari rencana perawatan alternatif. Hal ini dapat dilakukan melalui:

1. Tentukan prioritas utama pasien dalam perawatan akhir hayat (*end of life*) dan kembangkan rencana perawatan yang mengatasi masalah ini.
2. Tingkatkan otonomi pasien dengan membentuk perawatan klinis di masa depan agar sesuai dengan preferensi dan nilai pasien.
3. Meningkatkan proses pengambilan keputusan perawatan kesehatan secara umum, termasuk kepuasan pasien dan keluarga.
4. Berikan kesempatan untuk menominasikan pengambil keputusan pengganti.
5. Mempromosikan pemahaman bersama tentang nilai dan preferensi yang relevan di antara pasien, pengganti pengambil keputusan dan penyedia layanan kesehatan.

6. Bantu pasien menemukan harapan dan makna dalam hidup dan membantu mereka mencapai rasa kedamaian rohani.
7. Eksplorasi cara untuk meringankan beban emosional dan keuangan yang ditanggung pasien dan keluarga
8. Perkuat hubungan dengan orang yang dicintai.

BAB

3

PERAWATAN PALIATIF PADA PASIEN KANKER

Bab ini membahas tentang integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan pada pasien kanker. Oleh karena itu, setelah mempelajari bab ini, pembaca diharapkan mampu:

1. Menjelaskan *symptom burden* pada pasien paliatif dengan kanker
2. Menjelaskan pengkajian pada pasien paliatif dengan kanker
3. Menjelaskan diagnosis keperawatan pada pasien paliatif dengan kanker
4. Menjelaskan integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan pasien paliatif dengan kanker

A. *Symptom Burden* pada Pasien dengan Kanker

Kanker adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan gangguan pertumbuhan sel dan mengacu pada sekelompok penyakit dan bukan satu entitas penyakit. Karena kanker adalah penyakit seluler, kanker dapat timbul dari

jaringan tubuh apa pun, dengan manifestasi yang dihasilkan dari kegagalan untuk mengontrol proliferasi dan pematangan sel (WHO, 2025a). Terdapat lebih dari 150 jenis kanker yang berbeda, termasuk kanker payudara, kanker paru-paru, kanker kolon, kanker kulit, kanker prostat, dan limfoma. Gejalanya bervariasi tergantung pada jenisnya. Pengobatan kanker dapat mencakup kemoterapi, radiasi, dan atau pembedahan (National Cancer Institute, 2021).

Gejala kanker dapat bervariasi tergantung pada bagian tubuh mana yang terkena kanker. Menurut National Cancer Institute (2019), beberapa tanda dan gejala umum pada pasien kanker adalah sebagai berikut:

1. Kelelahan/ kelelahan ekstrem yang tidak membaik dengan istirahat
2. Perubahan berat badan yang tiba-tiba tanpa alasan yang diketahui
3. Masalah makan, seperti tidak merasa lapar, sulit menelan, nyeri perut, mual, dan muntah
4. Pembengkakan/ benjolan di bagian tubuh tertentu, misalnya di bagian payudara
5. Kelenjar getah bening bengkak
6. Pendarahan atau memar yang tidak biasa tanpa alasan yang diketahui

7. Rasa nyeri, terutama yang baru atau tanpa alasan yang diketahui, yang tidak hilang atau memburuk
8. Perubahan kulit, seperti benjolan yang berdarah atau berubah menjadi bersisik, tahi lalat baru atau perubahan pada tahi lalat, luka yang tidak sembuh, atau warna kekuningan pada kulit atau mata (penyakit kuning)
9. Perubahan kandung kemih, seperti nyeri saat buang air kecil, darah dalam urin, buang air kecil jarang atau lebih sering
10. Perubahan kebiasaan buang air besar, seperti sembelit atau diare yang tidak hilang
11. Perubahan tampilan feses, misalnya perubahan bentuk dan adanya darah
12. Dispnea
13. Pendarahan yang tidak dapat dijelaskan
14. Batuk atau suara serak yang tidak hilang
15. Nyeri otot yang terus-menerus dan tidak dapat dijelaskan
16. Demam terus-menerus yang tidak dapat dijelaskan dan keringat malam
17. Masalah penglihatan atau pendengaran
18. Perubahan mulut, seperti luka, pendarahan, nyeri, atau mati rasa.

Menurut studi oleh Düzgün et al. (2025), dari 187 pasien kanker yang menerima perawatan paliatif, gejala yang paling sering dikeluhkan adalah fatigue, nyeri, perasaan sedih, dan khawatir (Gambar 3.1). Sebuah studi menunjukkan bahwa pasien mengalami gejala yang lebih sering dan lebih parah yang disebabkan oleh kanker tertentu. Misalnya, kanker kepala dan leher serta paru-paru dan prostat masing-masing memiliki gejala oral, pernapasan, dan saluran kemih yang relatif lebih banyak, dibandingkan dengan jenis kanker lainnya (Kang et al., 2023). Meskipun kemoterapi dan rejimen pengobatan terkait mempengaruhi seluruh tubuh, lokasi asal kanker memiliki dampak yang lebih besar pada beban gejala pasien. Karena berbagai jenis kanker memiliki gejala yang berbeda bahkan ketika pasien menerima pengobatan yang sama, perlu untuk memberikan perawatan khusus untuk mengelola kompleksitas gejala berdasarkan jenis kanker (Hanahan, 2022).

kecemasan, fatigue, dan kelemahan, dan sebagainya.

- b. Riwayat kesehatan dahulu:** Penyakit yang pernah diderita dan faktor risiko pasien mengalami kanker, misalnya ada riwayat penyakit kardiovaskular, diabetes melitus, penyakit ginjal kronis, dan gangguan imunologi. Adanya ≥ 2 komorbiditas meningkatkan risiko polifarmasi dan komplikasi terapi kanker. Selain itu, kaji usia saat menarke, menopause, riwayat kontrasepsi oral, dan riwayat konsumsi alkohol.
- c. Riwayat kesehatan keluarga:** Riwayat keluarga dengan penyakit kanker serupa.
- d. Riwayat pengobatan dan terapi yang dijalani:** Pembedahan, kemoterapi, dan radioterapi. Kemudian, penggunaan obat kanker aktif, suplemen, dan obat non-onkologi.

2. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik pada pasien kanker bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengukur beban gejala serta status fungsional dan parameter klinis yang relevan.

Pengkajian fisik pada pasien paliatif dengan kanker meliputi:

- a. **Keadaan umum:** Tingkat kesadaran dan penampilan umum pasien.
- b. **Kepala:** Pada mata, observasi pupil, anemis pada conjungtiva, edema palpebra, dan ikterik pada sklera. Pada area hidung, observasi drainase, luka, pendarahan, dan perforasi. Observasi kerontokan rambut karena kemoterapi. Pada mulut, observasi mukosa bibir kering dan tampak pucat.
- c. **Thoraks:** Auskultasi suara paru-paru anterior dan posterior. Auskultasi irama jantung, apakah suaranya teratur, lambat, atau cepat. Periksa adanya dispnea, *murmur*, *gallops*, atau *rubs*, apakah ada perubahan dari kunjungan terakhir. Pada pasien dengan kanker payudara, observasi area dada, biasanya tampak tidak simetris karena adanya benjolan/ pembengkakan pada salah satu atau kedua payudara yang sudah meluas dan mencapai dinding dada.
- d. **Abdomen:** Auskultasi suara normal, hiper atau hypo bowel. Palpasi abdomen apakah teraba lunak, lembut, ada nyeri tekan (di area mana nyerinya).

- e. **Ekstremitas:** Pada beberapa kejadian, ditemukan edema pada lengan pasien.

3. Pengkajian Psikologis

Pengkajian psikologis pada pasien paliatif dengan kanker meliputi:

- a. **Observasi:** Tanda-tanda perubahan suasana hati, isolasi sosial, menarik diri, agresi atau kebingungan yang bisa menandakan delirium.
- b. **Identifikasi masalah psikologis:** Perasaan cemas, takut, permasalahan citra tubuh, dan disfungsi seksual.
- c. **Identifikasi riwayat psikososial:** Dukungan keluarga, riwayat gangguan mental, penggunaan substansi, strategi coping, harapan terhadap perawatan, ketakutan/khawatir tentang penderitaan atau beban bagi keluarga.
- d. **Gunakan tools pengkajian psikologis pasien:** *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Functional Assessment of Cancer Therapy – Emotional Well-being Subscale (FACT-G/EWB), dan Psychological Distress Inventory (PDI).*

4. Pengkajian Sosial

Pengkajian sosial pada pasien paliatif dengan kanker meliputi:

- a. **Struktur keluarga:** Siapa *caregiver* utama, jarak ke fasilitas kesehatan, siapa pengambil keputusan bila pasien tidak bisa.
- b. **Beban *caregiver*:** Ketersediaan waktu, kesehatan *caregiver*, dan kebutuhan edukasi.
- c. **Kebutuhan praktis:** Transportasi, biaya obat, akses nutrisi, tempat tinggal yang aman, dan kepemilikan asuransi kesehatan.
- d. **Budaya dan nilai:** Pandangan keluarga terhadap penyakit dan terapi pasien, perawatan paliatif, keyakinan agama serta komunitas yang dapat memengaruhi pilihan pengobatan.

5. Pengkajian Spiritual

Pengkajian spiritual pada pasien paliatif dengan kanker meliputi:

- a. **Gunakan pertanyaan terbuka:** Perawat dapat menggunakan format pengkajian seperti FICA (*Faith/Belief, Importance,*

Community, Address in care), HOPE, FACIT, dan *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS).

b. Identifikasi kebutuhan akan ahli spiritual: Tanyakan apakah pasien/keluarga ingin bertemu pemimpin agama/rohani atau konselor spiritual.

c. Perhatikan tanda-tanda distress eksistensial: Kehilangan makna, penyesalan, takut mati, keresahan terkait identitas, atau permintaan untuk bantuan spiritual.

C. Diagnosis Keperawatan Pasien Kanker

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien paliatif dengan kanker adalah sebagai berikut:

1. Nyeri kronis
2. Defisit nutrisi
3. Keletihan
4. Ansietas
5. Gangguan integritas kulit
6. Gangguan pola tidur
7. Gangguan citra tubuh
8. Disfungsi seksual
9. Defisit pengetahuan
10. Distres spiritual
11. Harga diri rendah

12. Koping tidak efektif
13. Keputusan
14. Ketidakberdayaan
15. Berduka
16. Isolasi sosial
17. Risiko infeksi
18. Risiko perdarahan

D. Integrasi Perawatan Paliatif dalam Asuhan Keperawatan Pasien Kanker

Perawatan paliatif telah menjadi poin mendasar dalam perawatan pasien dengan penyakit onkologis. Perawatan paliatif dapat diberikan kapan saja selama perawatan kanker, dari awal diagnosis hingga akhir hayat. Ketika seseorang menerima perawatan paliatif, mereka dapat terus menerima pengobatan kanker (Ferrell et al., 2017).

Keperawatan memiliki peran mendasar di mana perawatan pasien kanker difokuskan pada kesejahteraan fisik, psikologis, emosional, dan spiritual untuk menawarkan kenyamanan kepada pasien dan keluarganya hingga akhir hayat. Perawatan paliatif akhir hayat berfokus pada integralitas kualitas hidup pasien (Estrella & Pérez, 2023).

Perawatan paliatif pada pasien kanker meliputi:

1. Manajemen gejala

Perawat memberikan pereda nyeri dan mengelola gejala lain seperti mual, kelelahan, dan sesak napas melalui pengobatan, prosedur, dan terapi komplementer.

2. Dukungan holistik

Perawatan mencakup penanganan gejala fisik, tekanan emosional, sosial, dan spiritual.

3. Komunikasi

Perawat memfasilitasi komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarga, membantu mereka memahami penyakit dan pilihan pengobatan serta membuat keputusan tentang tujuan perawatan mereka.

4. Perencanaan perawatan lanjutan

Hal ini termasuk diskusi tentang keinginan, nilai, dan keyakinan pasien untuk menginformasikan keputusan perawatan di masa mendatang.

5. Koordinasi

Perawat paliatif mengoordinasikan perawatan dengan penyedia layanan kesehatan lainnya, seperti ahli onkologi, pekerja sosial, dan rohaniawan, untuk memastikan dukungan yang komprehensif.

6. Dukungan keluarga

Perawatan juga mencakup dukungan pada keluarga dan *caregiver* pasien dengan membantu mereka mengatasi tantangan peran dan tantangan emosional yang mereka hadapi.

BAB

4

PERAWATAN PALIATIF PADA PASIEN GAGAL JANTUNG

Bab ini membahas tentang integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung. Oleh karena itu, setelah mempelajari bab ini, pembaca diharapkan mampu:

1. Menjelaskan *symptom burden* pada pasien dengan gagal jantung
2. Menjelaskan pengkajian pada pasien paliatif dengan gagal jantung
3. Menjelaskan diagnosis keperawatan pada pasien paliatif dengan gagal jantung
4. Menjelaskan integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan pasien paliatif dengan gagal jantung

A. *Symptom Burden* pada Pasien Gagal Jantung

Gagal jantung (*heart failure*) dikaitkan dengan morbiditas yang signifikan, ditandai dengan beban gejala yang tinggi, status fungsional dan kualitas hidup (QoL) yang buruk, sering rawat inap, dan kematian hingga 50% dalam waktu lima tahun (Tsao

et al., 2023). Pasien dengan gagal jantung memiliki prevalensi gejala yang tinggi dan, dengan demikian, potensi kebutuhan perawatan paliatif. Sebagian besar wanita, pasien yang lebih tua, dan mereka yang memiliki tingkat keparahan penyakit yang lebih tinggi memiliki beban gejala yang lebih tinggi pula (Lykke et al., 2024).

Menurut Alpert et al. (2017); Tanaka et al. (2025), gejala umum pada penderita gagal jantung adalah sebagai berikut:

1. Sesak napas (dyspnea)
2. Nyeri dada
3. Kelelahan (fatigue)
4. Edema pada ekstremitas bawah
5. Gangguan tidur
6. Gangguan pencernaan seperti anoreksia dan mual
7. Cemas atau depresi

Beberapa studi menunjukkan bahwa pasien dengan gagal jantung memiliki beban gejala yang signifikan yang berdampak negatif pada kualitas hidup mereka. Adapun gejala fisik sedang hingga berat yang umum dilaporkan adalah kelelahan, kesejahteraan yang memburuk (*worse well-being*), dan gangguan tidur (kantuk). Sedangkan gejala psikologis yang dianggap paling mengganggu adalah kecemasan dan depresi (Al-Sutari & Abdalrahim, 2024; Tanaka et al., 2025).

B. Pengkajian pada Pasien Gagal Jantung

1. Anamnesis

Selama proses anamnesis, perawat menilai riwayat penyakit utama, gejala yang dirasakan, serta kondisi medis penyerta. Tahap ini merupakan fondasi penting untuk menentukan arah intervensi keperawatan. Anamnesis yang komprehensif membantu mengidentifikasi faktor penyebab, memperkirakan prognosis, dan menyesuaikan rencana perawatan dengan kebutuhan unik setiap pasien:

- a. Riwayat penyakit sekarang:** Keluhan utama pada pasien gagal jantung umumnya mencakup sesak napas (dispnea), kelelahan ekstrem, edema tungkai, dan penurunan toleransi aktivitas. Gejala-gejala ini sering kali muncul secara bertahap dan dapat diperburuk oleh infeksi, ketidakpatuhan pengobatan, atau peningkatan beban cairan tubuh.
- b. Riwayat penyakit sebelumnya:** Perawat mengidentifikasi riwayat hipertensi, penyakit arteri koroner, diabetes melitus, atau penyakit ginjal kronis yang memperberat gagal jantung. Riwayat infark miokard berulang atau gangguan katup jantung juga menjadi faktor penting yang perlu dikaji secara detail.
- c. Faktor risiko:** Faktor risiko gagal jantung antara lain usia lanjut, konsumsi garam berlebihan, obesitas, kebiasaan merokok, dan gaya hidup

sedentari. Modifikasi faktor risiko merupakan strategi pencegahan primer yang efektif untuk menunda progresivitas penyakit.

- d. Riwayat pengobatan:** Riwayat penggunaan obat-obatan seperti diuretik, ACE inhibitor, beta-blocker, serta kepatuhan pasien terhadap terapi farmakologis sangat penting untuk diketahui. Perawat perlu mengevaluasi efek samping yang mungkin terjadi, seperti hipotensi, hiperkalemia, atau gangguan fungsi ginjal.

2. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik berfokus pada status kardiovaskular dan pernapasan meliputi frekuensi napas, tekanan darah, denyut jantung, distensi vena jugularis, hepatomegali, hingga adanya edema perifer (Fukuta & Little, 2022). Selain itu, pemeriksaan auskultasi jantung penting dilakukan untuk mendeteksi adanya murmur, bunyi gallop (S3), atau aritmia yang mengindikasikan gangguan hemodinamik. Pemeriksaan paru dapat menunjukkan adanya rales basah sebagai tanda kongesti paru. Pengkajian berat badan harian juga merupakan indikator klinis penting terhadap retensi cairan.

3. Pengkajian Psikologis

Masalah psikologis seperti kecemasan, depresi, dan ketakutan terhadap kematian umum dijumpai pada pasien gagal jantung. Selain itu, pasien gagal jantung juga sering mengalami gangguan emosional yang signifikan. Stres kronis dan rasa tidak berdaya dapat memperburuk kondisi fisik pasien melalui mekanisme neuroendokrin. Oleh karena itu, penilaian terhadap kondisi mental dan emosional harus dilakukan secara rutin dengan menggunakan instrumen valid seperti *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

4. Pengkajian Sosial

Aspek sosial memiliki pengaruh besar terhadap keberhasilan perawatan paliatif. Dukungan keluarga, kondisi ekonomi, dan akses terhadap layanan kesehatan menjadi faktor penentu utama keberhasilan pengelolaan jangka panjang. Perawat perlu menilai sejauh mana pasien memperoleh dukungan sosial, termasuk kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan di rumah dan memahami rencana terapi, dan siapa pengambil keputusan bila pasien tidak bisa memutuskan perawatannya secara mandiri. Selain itu, pandangan keluarga terhadap penyakit dan terapi pasien, perawatan paliatif, keyakinan agama serta komunitas yang dapat

memengaruhi pilihan pengobatan juga perlu diidentifikasi dalam proses pengkajian.

5. Pengkajian Spiritual

Pasien sering mengalami krisis eksistensial dan memerlukan dukungan spiritual untuk mencapai ketenangan batin. Spiritualitas dalam konteks keperawatan paliatif mencakup keyakinan, nilai hidup, serta harapan pasien. Intervensi seperti konseling spiritual atau doa bersama dapat meningkatkan ketenangan dan penerimaan diri terhadap kondisi penyakit terminal. Namun, sebelum pemberian intervensi, perawat perlu mengkaji kebutuhan spiritual pasien gagal jantung menggunakan instrumen seperti FICA, HOPE, FACIT, dan SWBS.

C. Diagnosis Keperawatan Pasien Gagal Jantung

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien paliatif dengan gagal jantung adalah sebagai berikut:

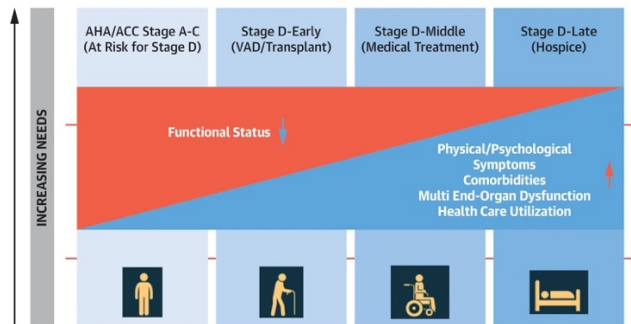
1. Penurunan curah jantung
2. Pola napas tidak efektif
3. Gangguan pertukaran gas
4. Hipervolemia
5. Intoleransi aktivitas
6. Keletihan
7. Ansietas
8. Gangguan pola tidur

9. Defisit pengetahuan
10. Distres spiritual
11. Keputusan
12. Ketidakberdayaan
13. Berduka

D. Integrasi Perawatan Paliatif dalam Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Jantung

Perawatan paliatif sebaiknya dimulai sejak fase awal diagnosis gagal jantung, bersamaan dengan terapi konvensional, bukan hanya pada akhir kehidupan. Penerapan perawatan paliatif ini terbukti meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan angka rawat inap berulang pada pasien dengan gagal jantung kronis (Sahlollbey et al., 2020). Selain itu, perawatan paliatif ini juga bertujuan peningkatan kenyamanan, kontrol gejala, dan dukungan emosional untuk pasien dan keluarga. Salah satu komponen kunci dari perawatan paliatif untuk pasien dengan gagal jantung adalah memperkirakan prognosis pasien dan menginformasikan prognosis pada pasien dan/atau keluarga (Gelfman et al., 2024).

Gambar 4.1 di bawah ini menunjukkan ilustrasi integrasi perawatan paliatif pada semua tahap penyakit gagal jantung dimana semakin meningkat tahapan penyakitnya maka semakin meningkat pula kebutuhan perawatan paliatifnya (Gelfman et al., 2024).



Gambar 4.1 Ilustrasi Integrasi Perawatan Paliatif dalam Berbagai Tahap Penyakit Gagal Jantung

Peran perawat dalam integrasi perawatan paliatif pada pasien gagal jantung mencakup berikut ini (Gelfman et al., 2024; Tobin et al., 2022).

1. **Mengkaji dan manajemen gejala:** Meliputi antisipasi, penilaian, dan penanganan gejala fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Penilaian gejala harus dilakukan secara terstandar, idealnya menggunakan instrumen yang tervalidasi, dan tidak hanya mencakup gejala klasik sindrom gagal jantung (yaitu, dispnea, edema, kelelahan), tetapi juga gejala lain yang umum dan mengganggu, termasuk nyeri, mual, konstipasi, haus, xerostomia, serta depresi dan kecemasan. Kunci utama penanganan gejala adalah penanganan gagal jantung itu sendiri, khususnya pengobatan dan perawatan yang mengatur status volume. Selain itu, optimalisasi pengobatan dan intervensi nonfarmakologis untuk meningkatkan

kenyamanan merupakan prioritas utama. Perawat berperan penting dalam mengevaluasi efektivitas terapi secara kontinu.

2. **Mengkaji dan manajemen kebutuhan caregiver:** Kebutuhan caregiver harus dinilai secara proaktif, dan dukungan psikososial yang tepat harus diberikan jika diperlukan dan harus mencakup dukungan masa berkabung.
3. **Dukungan emosional dan spiritual:** Membantu pasien menemukan makna dan ketenangan selama proses penyakit. Dukungan spiritual terbukti mempercepat penerimaan diri, meningkatkan ketenangan batin, hingga meningkatkan kualitas hidup *outcome* pasien gagal ginjal.
4. **Komunikasi terapeutik:** Komunikasi terbuka mengenai prognosis, harapan, dan tujuan perawatan merupakan elemen penting dalam membangun kepercayaan. Perawat harus mengembangkan empati dan mendengarkan secara aktif kebutuhan emosional pasien.
5. **Perencanaan perawatan lanjutan:** Diskusi mengenai keinginan pasien terhadap pengobatan di akhir hayat dan dokumentasi keputusan medis. Pendekatan *advance care planning* membantu keluarga memahami dan menghormati keinginan pasien.
6. **Koordinasi antarprofesi:** Kolaborasi dengan dokter, fisioterapis, ahli gizi, dan konselor

memastikan pelayanan yang komprehensif dan berkelanjutan.

7. **Dukungan keluarga:** Memberi edukasi mengenai perkembangan penyakit, perawatan di rumah, dan dukungan berduka pasca-kehilangan.
8. **Memberikan perawatan akhir hayat (*end-of-life care*) yang tepat:** Perawatan paliatif tidak identik dengan perawatan akhir hayat, namun pemberian perawatan akhir hayat adalah komponen/ bagian penting dari perawatan paliatif. Perawatan akhir hayat untuk pasien dengan gagal jantung termasuk memahami preferensi pasien di mana mereka ingin meninggal seimbang dengan kebutuhan perawatan mereka dan kebutuhan keluarga mereka; mengelola perangkat dengan tepat (misalnya, menonaktifkan defibrilator kardioverter implan untuk menghindari guncangan yang tidak perlu); secara proaktif menangani gejala (misalnya, dispnea), dan memberikan dukungan berkabung (*bereavement*) bagi caregiver atau keluarga. Hospice dapat menjadi layanan perawatan kesehatan yang bermanfaat bagi mereka dengan harapan hidup <6 bulan.

BAB 5 | PERAWATAN PALIATIF PADA PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS

Bab ini membahas tentang integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan pada pasien penyakit paru obstruksi kronis (PPOK). Oleh karena itu, setelah mempelajari bab ini, pembaca diharapkan mampu:

1. Menjelaskan *symptom burden* pada pasien paliatif dengan PPOK
2. Menjelaskan pengkajian pada pasien paliatif dengan PPOK
3. Menjelaskan diagnosis keperawatan pada pasien paliatif dengan PPOK
4. Menjelaskan integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan pasien paliatif dengan PPOK

A. *Symptom Burden* pada Pasien dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronis

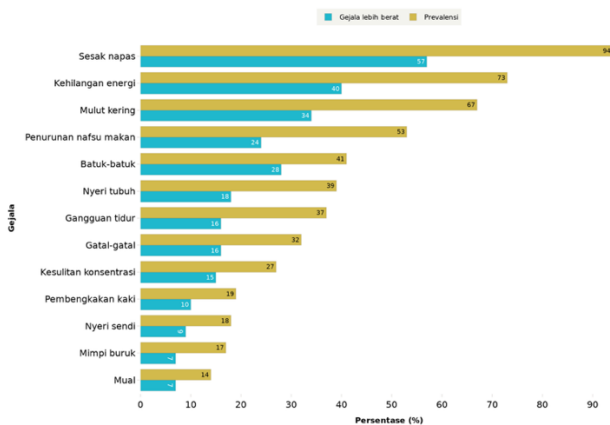
Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) merupakan salah satu penyebab signifikan kecacatan, terutama di kalangan orang dewasa yang lebih tua (Cieza et al., 2021). Pasien sering mengalami penurunan status fungsional, sesak napas, gejala

psikologis, dan sering rawat inap menjelang akhir kehidupan (*end of life*) yang berkontribusi pada kualitas hidup yang buruk dan isolasi sosial (Vogelmeier et al., 2017). Pasien sering mengungkapkan kesulitan mengatasi lintasan/fase penyakit PPOK yang tidak dapat diprediksi dan keluarga atau *caregiver* mereka juga mengalami beban yang signifikan. Dalam situasi ini, perawatan paliatif yang dimulai di awal lintasan/fase PPOK berpotensi memberikan manfaat bagi kualitas hidup yang signifikan bagi pasien dan *caregiver* mereka untuk mempersiapkan mereka menghadapi akhir hayat (Iyer et al., 2019; Strang et al., 2018).

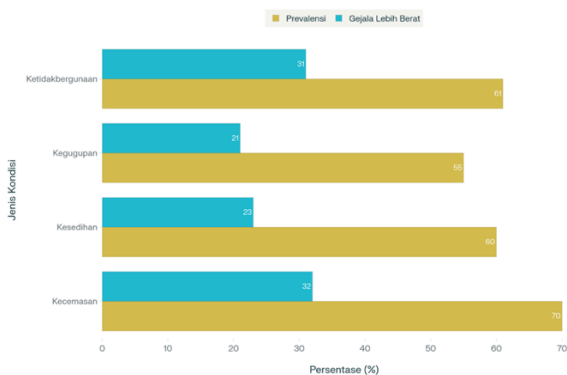
Gejala fisik yang paling sering dialami oleh pasien PPOK dalam studi Roberts et al. (2023) adalah sesak napas (*dispnea*), kehilangan energi, mulut kering, dan penurunan nafsu makan (Gambar 5.1) sedangkan gejala psikologis yang paling sering dan dianggap paling berat dialami pasien PPOK meliputi perasaan tidak berguna dan cemas (Gambar 5.2). Gejala yang lebih parah didefinisikan sebagai gejala yang cukup mengganggu atau sangat mengganggu pasien dalam tujuh hari terakhir.

Gejala paling umum yang dialami oleh pasien PPOK pada masa menjelang akhir hayat (*end of life*) adalah *dispnea* yang seringkali melemahkan meskipun terapi maksimal. Penanganan awal harus selalu terdiri dari langkah-langkah non-farmakologis, seperti mempertahankan posisi tegak dan latihan

pernapasan/ relaksasi (misalnya *pursed-lip breathing*) dengan atau tanpa terapi farmakologis (Pyszora & Lewko, 2022).



Gambar 5.1 Prevalensi gejala fisik dan gejala yang lebih parah (% dari total pasien) pada Penderita PPOK



Gambar 5.2 Prevalensi gejala psikologis dan gejala yang lebih parah (% dari total pasien) pada Penderita PPOK

Selain itu, gejala batuk merupakan gejala umum dan dapat mengganggu kesejahteraan pasien PPOK karena dapat membuat pasien sulit beristirahat dan tidur. Dalam kasus seperti itu, pengelolaan PPOK harus dioptimalkan, dan setiap penyebab yang memperburuk harus ditangani dengan tepat (misalnya, antibiotik untuk infeksi pernapasan), dengan mempertimbangkan tujuan perawatan pasien. Selain itu, langkah-langkah konservatif, seperti berhenti merokok, pelembapan udara, fisioterapi dada, dan penghentian obat protusif, harus dipertimbangkan pada semua pasien (Choate et al., 2020; Niu et al., 2021).

Depresi dan kecemasan, yang kadang-kadang terkait dengan konsekuensi fungsional dan sosial dari dispnea, juga merupakan gejala yang menonjol pada PPOK dan, pada kenyataannya, lebih sering terjadi pada PPOK daripada kanker paru-paru. Kecemasan dan depresi menurunkan kualitas hidup terlepas dari tingkat keparahan penyakit, dan depresi merupakan faktor risiko independen untuk kematian dan rawat inap berulang dan lebih lama di rumah sakit (Bozkurt & Bulut, 2025; Rahi et al., 2023).

B. Pengkajian Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis

1. Anamnesis

Pada proses anamnesis, perawat mengkaji riwayat kesehatan pasien, termasuk penyakit

utama, penyakit penyerta, faktor risiko, dan riwayat pengobatan.

- a. Riwayat penyakit sekarang:** Keluhan utama dan keluhan lainnya termasuk gejala yang dialami saat ini. Misalnya batuk terus-menerus, mengi, kelebihan produksi sekresi atau dahak, dispnea, infeksi pernapasan yang sering, dan penurunan berat badan yang tidak direncanakan. Selain itu, kaji pula riwayat penyakit paru-paru lainnya seperti bronkitis kronis, emfisema, atau asma.
- b. Riwayat penyakit sebelumnya:** Penyakit yang pernah diderita yang dapat berkontribusi pada perkembangan PPOK seperti HIV, sindrom vaskulitis, dan gangguan jaringan ikat (sindrom Marfan, sindrom Ehlers-Danlos).
- c. Faktor risiko:** PPOK sering terjadi karena merokok, meskipun PPOK dapat terjadi pada orang yang belum pernah merokok. Merokok meningkatkan risiko infeksi pernapasan. Paparan polusi udara dapat menjadi faktor risiko PPOK jika terdapat oleh penyakit komorbiditas lainnya.
- d. Riwayat keluarga:** Genetika dapat berperan dalam PPOK. Kondisi genetik langka defisiensi alfa-1-antitrypsin (AAT) menyumbang kurang dari 1% kasus PPOK.

- e. **Riwayat pengobatan:** Obat-obatan yang sedang dikonsumsi, termasuk obat resep, obat bebas, maupun suplemen.

2. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik pada pasien PPOK bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengukur beban gejala serta status fungsional dan parameter klinis yang relevan. Pengkajian fisik pada pasien paliatif dengan PPOK meliputi:

a. Observasi

- 1) Pernapasan: penggunaan otot bantu pernapasan, ekspirasi berkepanjangan, pernapasan bibir mengerucut, mengi, dispnea saat berolahraga, batuk produktif
- 2) Integumen: sianosis, hipoksia, *clubbing finger*
- 3) Muskuloskeletal: pengecilan otot, edema ekstremitas bawah untuk pasien gagal jantung kanan

b. Monitor saturasi oksigen

Saturasi oksigen sangat penting dalam menilai tingkat keparahan PPOK. Kisaran saturasi oksigen target 88% hingga 92% umumnya akan mencegah pasien PPOK dari bahaya hipoksia dan hiperkapnia.

c. Auskultasi bunyi paru

PPOK dapat mengakibatkan temuan suara paru-paru berikut:

- 1) Mengi

- 2) Berderak kasar
- 3) Rhonchi
- 4) Gosok gesekan pleura
- 5) Penurunan suara paru-paru

d. Lakukan pemeriksaan toraks

Pasien PPOK umumnya menunjukkan gambaran dada barel akibat hiperinflasi paru. Pada perkusi, hiperresonansi terdeteksi.

e. Kaji status kardiovaskuler

Karena hipoksia yang berkepanjangan dan remodeling vaskular, hipertensi paru sekunder mempengaruhi banyak pasien dengan PPOK kronis. *Cor pulmonale* (gagal jantung sisi kanan) mungkin timbul dari kondisi tersebut.

3. Pengkajian Psikologis

Pasien PPOK dapat mengalami masalah psikologis sehingga perawat perlu mengidentifikasi adanya kecemasan, panik, perasaan takut mati, penurunan motivasi, perubahan suasana hati, isolasi hingga depresi. Selain itu, distress yang berkaitan dengan gejala fisik (sesak napas dan kecemasan), kehilangan peran, pekerjaan, dan perubahan peran keluarga perlu dikaji.

4. Pengkajian Sosial

Dalam aspek sosial, perawat perlu mengkaji beberapa hal meliputi:

- a. **Dukungan keluarga:** Siapa *caregiver* utama, kapasitas merawat, kesehatan *caregiver*, beban *caregiver* dan kesiapan untuk perawatan pasien di rumah.
- b. **Kondisi ekonomi dan akses layanan kesehatan:** Pembiayaan obat/inhaler, oksigen di rumah, transportasi ke RS, akses ke fisioterapi/*pulmonary rehabilitation*.
- c. **Lingkungan fisik:** kebersihan rumah, ketersediaan listrik (untuk oksigen), perokok di rumah (merokok pasif memengaruhi manajemen).
- d. **Budaya dan nilai:** kepercayaan tentang penyakit (misalnya stigmatisasi), sikap keluarga terhadap diskusi akhir hayat, preferensi tempat perawatan/akhir hayat (rumah vs rumah sakit).
- e. **Legal dan administratif:** adanya *advance directives*, penentu keputusan, dan asuransi/jaminan kesehatan.

5. Pengkajian Spiritual

Orang dengan PPOK lanjut sering mengalami pertanyaan makna, kehilangan peran, rasa khawatir tentang kematian, dan kebutuhan ritual/spiritual. Dukungan spiritual berkorelasi dengan coping lebih baik dan kualitas hidup. Instrumen yang dapat digunakan untuk mengkaji masalah spiritual pasien PPOK adalah FICA (*Faith/Belief; Importance; Community; Address in*

care) yang mudah dipakai dalam praktik klinis untuk membuka percakapan spiritual atau HOPE (*sources of Hope, Organized religion, Personal practices, Effects on care*) yang merupakan alternatif singkat.

C. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien paliatif dengan PPOK adalah sebagai berikut:

1. Gangguan pertukaran gas
2. Bersihan jalan napas tidak efektif
3. Pola napas tidak efektif
4. Intoleransi aktivitas
5. Defisit pengetahuan
6. Koping tidak efektif
7. Ansietas
8. Gangguan pola tidur
9. Distres spiritual
10. Keputusanasaan
11. Ketidakberdayaan
12. Berduka
13. Isolasi sosial

D. Integrasi Perawatan Paliatif dalam Asuhan Keperawatan Pasien PPOK

Menurut *American Lung Association*, perawatan paliatif meningkatkan kualitas hidup melalui pengendalian gejala dan meningkatkan komunikasi

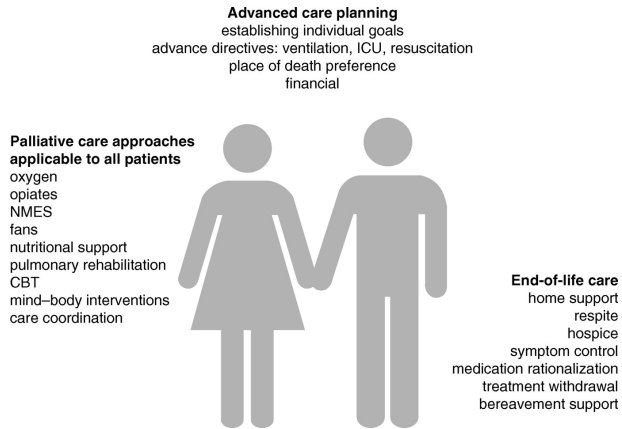
dengan penyedia layanan kesehatan (American Lung Association, 2020). *Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) mendukung penggunaan perawatan paliatif pada pasien dengan PPOK, terlepas dari stadium penyakitnya (GOLD, 2020). Selain itu, penelitian telah menunjukkan bahwa pasien dengan PPOK akan mendapat manfaat dari inisiasi perawatan paliatif pada awal tahap sedang (tahap GOLD 2) untuk mengatasi dispnea yang memburuk, tekanan emosional, mekanisme koping yang tidak memadai, dan ketidakpastian prognostik (Iyer et al., 2020).

Pedoman GOLD merekomendasikan integrasi perawatan paliatif untuk mengurangi gejala pada stadium PPOK lanjut. Pemicu tradisional, yang diidentifikasi oleh petugas kesehatan, untuk rujukan perawatan paliatif pada populasi PPOK termasuk sering rawat inap, gejala emosional, obstruksi aliran udara yang parah, status gizi yang buruk, penurunan status fungsional, dispnea parah, kebutuhan akan oksigen tambahan, dan prognosis yang buruk. Sebagian besar gejala ini tidak menjadi masalah sampai stadium akhir 3 dan stadium 4 ketika pasien dan *caregiver* mereka telah menghadapi dengan penyakit ini untuk jangka waktu yang lama (Iyer et al., 2020). Namun, beberapa penelitian terbaru telah menunjukkan bahwa intervensi dini dengan perawatan paliatif meningkatkan kualitas hidup dan pengendalian gejala, mengurangi beban pengasuh,

dan mengurangi intervensi akhir hidup yang agresif dan/atau tidak tepat, sehingga menurunkan biaya perawatan kesehatan (Lilly & Senderovich, 2016).

Telah ditunjukkan bahwa gaya koping berkorelasi langsung dengan gejala depresi dan kecemasan, yang pada gilirannya berdampak negatif pada fungsi paru-paru dan kualitas hidup. Mereka yang memiliki keterampilan mengatasi yang buruk menderita tekanan emosional yang parah dan tingkat kematian yang lebih tinggi (Han et al., 2016). Memulai perawatan paliatif dini pada tahap 2 dapat meningkatkan strategi koping untuk pasien dan pengasuh, serta mengurangi gejala pernapasan dan emosional yang menyedihkan (Bradley et al., 2021).

Perawatan paliatif memiliki banyak hal untuk ditawarkan bagi orang yang hidup dengan PPOK stadium lanjut, tetapi mencakup lebih dari sekadar perawatan terminal (*terminal care*) atau pengendalian gejala dan tidak hanya relevan untuk orang yang meninggal dengan PPOK tetapi memiliki banyak hal untuk ditawarkan kepada pasien pada tahap awal penyakit dengan gejala yang tidak terkontrol dengan baik seperti sesak napas, kelelahan, dan kecemasan. Hal ini membutuhkan perhatian yang cermat terhadap kebutuhan dan tujuan emosional, spiritual, dan praktis pasien dan orang-orang yang dekat dengan mereka, serta termasuk koordinasi perawatan dan perencanaan perawatan lanjutan (Halpin, 2018).



Gambar 5.3 Komponen Perawatan Paliatif pada Pasien PPOK (Halpin, 2018)

BAB

6

PERAWATAN PALIATIF PADA PASIEN HIV/AIDS

Bab ini membahas tentang integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS. Oleh karena itu, setelah mempelajari bab ini, pembaca diharapkan mampu:

1. Menjelaskan *symptom burden* pada pasien paliatif dengan HIV/AIDS
2. Menjelaskan pengkajian pada pasien paliatif dengan HIV/AIDS
3. Menjelaskan diagnosis keperawatan pada pasien paliatif dengan HIV/AIDS
4. Menjelaskan integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan pasien paliatif dengan HIV/AIDS

A. *Symptom Burden* pada Pasien HIV/AIDS

Human immunodeficiency virus (HIV) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh sedangkan *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) terjadi pada tahap infeksi yang paling lanjut. HIV menargetkan sel darah putih tubuh sehingga melemahkan sistem

kekebalan tubuh. Hal ini membuat pasien lebih mudah untuk mengalami penyakit seperti tuberkulosis, infeksi, dan beberapa kanker (WHO, 2025b).

Tanda dan gejala HIV bervariasi tergantung pada stadium infeksi. HIV menyebar lebih mudah dalam beberapa bulan pertama setelah seseorang terinfeksi, tetapi banyak yang tidak menyadari status mereka sampai tahap selanjutnya. Dalam beberapa minggu pertama setelah terinfeksi, orang mungkin tidak mengalami gejala. Orang lain mungkin memiliki penyakit mirip influenza termasuk demam, sakit kepala, ruam, dan sakit tenggorokan. Infeksi secara progresif melemahkan sistem kekebalan tubuh yang dapat menyebabkan tanda dan gejala lain seperti pembengkakan kelenjar getah bening, penurunan berat badan, demam, diare, dan batuk (WHO, 2025b).

Pada tahap HIV akut, sekitar 90% pasien dengan HIV akut mengalami setidaknya satu gejala dalam empat minggu pertama setelah infeksi HIV primer. Gejala-gejala ini biasanya ringan dan tidak spesifik. Beberapa pasien menunjukkan gejala yang lebih parah, yang dikenal sebagai sindrom retroviral akut atau penyakit serokonversi. Gejala-gejala pada tahap HIV akut adalah sebagai berikut (Swinkels et al., 2024):

1. Demam
2. Kelelahan
3. Nyeri otot

4. Ruam kulit
5. Nyeri kepala
6. Nyeri tenggorokan
7. Pembengkakan kelenjar getah bening
8. Nyeri sendi
9. Keringat malam
10. Diare

Pada fase infeksi kronis HIV, sebagian besar pasien dengan HIV kronis tetap tanpa gejala sebelum berkembang menjadi AIDS. Namun, kelelahan non-spesifik dapat muncul dan limfadenopati umum yang persisten biasanya terjadi. Limfadenopati umum ditandai dengan setidaknya dua situs tidak berdekatan selain kelenjar inguinalis yang menunjukkan pembesaran kelenjar getah bening selama lebih dari tiga hingga enam bulan, tidak dijelaskan oleh penyebab limfoproliferatif atau infeksi lainnya. Pasien dengan HIV kronis tanpa AIDS dapat berkembang menjadi kandidiasis orofaring, kandidiasis vulvovaginal berulang, leukoplakia oral, herpes simpleks kulit yang menyebar, dan displasia serviks atau karsinoma serviks in situ. Manifestasi kulit seperti dermatitis seboroik, angiomatosis basil, reaktivasi virus varicella-zoster, dan infeksi moluskum kontagiosum sering terjadi dan cenderung parah (Swinkels et al., 2024).

Pada fase HIV berkembang menjadi penyakit lanjut, terutama jika tidak diobati atau pengobatan

tidak optimal, maka akan menyebabkan AIDS. Gejala pasien dengan AIDS menurut CDC (2014) meliputi:

1. Kandidiasis saluran pencernaan (selain sariawan)
2. Kandidiasis saluran paru
3. Kanker serviks invasif
4. Kriptosporidiosis atau isosporiasis usus kronis
5. Retinitis sitomegalovirus
6. Sarkoma kaposi
7. Ensefalitis HIV dan gangguan neurokognitif
8. Tuberkulosis
9. Limfoma primer otak
10. Limfoma non-Hodgkin
11. Limfoma Burkitt
12. Infeksi mikobakteri
13. *Pneumonia* *Pneumocystis Jirovecii*
14. Leukoensefalopati multifokal progresif
15. Septikemia *Salmonella*
16. *Syndrom wasting* terkait HIV

B. Pengkajian Pasien HIV/AIDS

1. Anamnesis

Anamnesis merupakan tahap awal yang penting dalam penilaian pasien HIV/AIDS. Proses ini melibatkan pengumpulan informasi mengenai riwayat penyakit utama, faktor risiko, serta gejala-gejala yang dialami pasien. Anamnesis yang komprehensif akan memberi gambaran jelas mengenai status klinis dan perkembangan penyakit pasien. Tahap ini juga membantu perawat

memahami pengalaman pasien dan memberikan dasar yang kuat dalam perencanaan perawatan:

- a. **Riwayat penyakit sekarang:** Gejala yang paling sering ditemukan pada pasien HIV/AIDS meliputi penurunan berat badan, demam, batuk persisten, diare kronis, dan pembengkakan kelenjar getah bening. Keluhan lain seperti kelelahan ekstrem dan nyeri tubuh juga sering dilaporkan. Perawat harus menggali informasi terkait durasi dan intensitas gejala untuk membantu menentukan tingkat keparahan infeksi.
- b. **Riwayat penyakit sebelumnya:** Identifikasi riwayat penyakit lain seperti tuberkulosis, infeksi oportunistik, atau gangguan autoimun dapat memperburuk kondisi pasien HIV/AIDS. Selain itu, riwayat penyakit yang dapat mengurangi daya tahan tubuh seperti diabetes mellitus dan hipertensi harus dicatat untuk penanganan yang lebih efektif.
- c. **Faktor risiko:** Faktor risiko utama HIV meliputi hubungan seksual tanpa pelindung, penggunaan jarum suntik bersama, serta status sosial ekonomi yang rendah. Sebuah studi menunjukkan bahwa kelompok rentan seperti pria homoseksual dan pengguna narkoba suntik memiliki angka prevalensi yang lebih tinggi terhadap HIV.

d. Riwayat pengobatan: Penggunaan terapi antiretroviral (ARV) adalah bagian penting dalam pengelolaan pasien HIV. Pengkajian terkait kepatuhan terhadap pengobatan, efek samping obat seperti mual, diare, dan neuropati juga penting dilakukan. Ketidakpatuhan terhadap pengobatan ARV dapat mempercepat progresivitas penyakit HIV dan meningkatkan risiko penularan.

2. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik melibatkan pemeriksaan umum yang bertujuan menilai status fisik pasien. Fokus utama pada pasien HIV/AIDS adalah deteksi infeksi oportunistik dan manifestasi terkait HIV:

- a. Pemeriksaan kelenjar getah bening:** Pembengkakan kelenjar getah bening sering ditemukan pada pasien HIV/AIDS. Pembesaran ini dapat mengindikasikan infeksi atau kanker terkait HIV, seperti limfoma.
- b. Pemeriksaan kulit:** Lesi kulit seperti ruam, sariawan, atau infeksi jamur harus diperhatikan, karena sering muncul pada pasien dengan status imun rendah.
- c. Pemeriksaan sistem pernapasan:** Batuk kronis, mengi, atau sesak napas dapat mengindikasikan infeksi paru, seperti pneumonia atau tuberkulosis, yang umum terjadi pada pasien HIV/AIDS.

d. Pemeriksaan neurologis: Pemeriksaan saraf penting untuk mendeteksi adanya neuropati atau ensefalopati HIV yang sering terjadi pada tahap lanjut infeksi HIV.

3. Pengkajian Psikologis

Masalah psikologis pada pasien HIV/AIDS meliputi kecemasan, depresi, dan stres terkait dengan diagnosis penyakit kronis yang mengancam jiwa. Pasien sering merasa terisolasi dan terstigma yang memperburuk kualitas hidup mereka. Sebuah studi menunjukkan lebih dari 30% pasien HIV mengalami gangguan mental serius, seperti depresi klinis dan kecemasan berat. Penggunaan instrumen penilaian seperti *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) diperlukan untuk menilai status emosional pasien secara lebih mendalam.

4. Pengkajian Sosial

Pengkajian sosial berfokus pada faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan pasien untuk mendapatkan perawatan yang tepat. Aspek penting yang perlu dievaluasi termasuk dukungan sosial, status ekonomi, serta akses ke layanan kesehatan. Pasien HIV sering kali mengalami kesulitan dalam mendapatkan perawatan yang memadai karena faktor sosial-ekonomi atau lokasi yang terbatas. Dukungan keluarga dan komunitas

sangat penting dalam proses perawatan pasien HIV/AIDS.

5. Pengkajian Spiritual

Pasien dengan HIV/AIDS sering mengalami krisis eksistensial dan mencari makna dalam hidup mereka. Perlu bagi perawat untuk mengidentifikasi spiritualitas pasien dengan menggunakan pertanyaan terbuka serta dapat pula menggunakan format pengkajian seperti FICA, HOPE, FACIT, dan SWBS. Dukungan spiritual dapat membantu pasien mengatasi kecemasan dan ketakutan terhadap masa depan. Program konseling spiritual dapat membantu pasien menerima kondisi mereka dan menemukan kedamaian batin.

C. Diagnosis Keperawatan pada Pasien HIV/AIDS

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien paliatif dengan HIV/AIDS adalah sebagai berikut:

1. Defisit nutrisi
2. Diare
3. Hipertermia
4. Risiko infeksi
5. Gangguan integritas kulit
6. Intoleransi aktivitas
7. Ansietas
8. Gangguan citra tubuh
9. Koping individu tidak efektif

10. Defisit pengetahuan
11. Distres spiritual
12. Keputusan
13. Ketidakberdayaan
14. Isolasi sosial

D. Integrasi Perawatan Paliatif pada Asuhan Keperawatan Pasien HIV/AIDS

Orang yang hidup dengan HIV/AIDS memiliki beban kesulitan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual yang tinggi yang membutuhkan perawatan paliatif yang merupakan perawatan holistik (Areri, 2019). Menurut World Health Organization (2023), elemen penting dari perawatan paliatif pada orang yang hidup dengan HIV/AIDS adalah menghilangkan rasa sakit yang terkait dengan aspek fisik, sosial, psikologis, dan spiritual serta memungkinkan dan mendukung *caregiver* untuk bekerja. Perawatan paliatif yang diperlukan untuk orang yang hidup dengan HIV/AIDS adalah:

1. Pereda nyeri
2. Pengobatan gejala lain seperti mual, kelelahan, dan kelemahan
3. Dukungan (psikososial, spiritual, untuk keluarga dan karier)
4. Pengendalian infeksi.

Orang yang hidup dengan HIV/AIDS membutuhkan perawatan paliatif untuk manajemen gejala, dukungan psikologis, dukungan spiritual, dan

dukungan menjelang akhir hayat. Oleh karena itu, untuk memenuhi kebutuhan tersebut, prinsip-prinsip dalam perawatan paliatif pasien HIV/AIDS adalah sebagai berikut (Areri, 2019; Harding, 2018):

1. Manajemen nyeri: Menggunakan analgetik yang tepat dan pendekatan non-farmakologis seperti terapi fisik atau pijat untuk mengurangi nyeri.
2. Peningkatan status gizi: Edukasi pasien mengenai pentingnya diet bergizi yang seimbang, suplementasi jika diperlukan, dan pemantauan berat badan secara teratur.
3. Dukungan emosional: Menyediakan ruang untuk pasien berbicara mengenai perasaan mereka, serta memberikan dukungan psikologis dan konseling untuk mengatasi stres dan kecemasan.
4. Pencegahan infeksi: Penggunaan antibiotik profilaksis, pengawasan ketat terhadap tanda-tanda infeksi, serta edukasi mengenai kebersihan diri dan perawatan luka.
5. Terapi antiretroviral (ARV): Menyusun rencana perawatan farmakologis yang memadai, termasuk pengawasan terhadap efek samping dan kepatuhan terhadap pengobatan ARV.
6. Pendekatan spiritual: Menyediakan layanan konseling spiritual dan mendengarkan kekhawatiran pasien mengenai kehidupan dan kematian.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Sutari, M. M., & Abdalrahim, M. S. (2024). Symptom Burden and Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *Sage Open Nursing*, 10, 23779608241242023.
<https://doi.org/10.1177/23779608241242023>
- Almutary, H., Bonner, A., & Douglas, C. (2016). Which patients with chronic kidney disease have the greatest symptom burden? A comparative study of advanced CKD stage and dialysis modality. *Journal of Renal Care*, 42(2), 73-82.
<https://doi.org/10.1111/jorc.12152>
- Alpert, C. M., Smith, M. A., Hummel, S. L., & Hummel, E. K. (2017, Jan). Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. *Heart Fail Rev*, 22(1), 25-39.
<https://doi.org/10.1007/s10741-016-9581-4>
- American Lung Association. (2020). *Palliative care and COPD*. <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/copd/treating/palliative-care-and-copd>
- Areri, H. A. (2019). Palliative Care in HIV/AIDS. In M. Mollaoğlu (Ed.), *Palliative Care*. IntechOpen.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.85847>
- Australian Government Department of Health, D. a. A. (2025). *Strengthened Aged Care Quality Standards*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/strengthened-aged-care-quality-standards-february-2025-revised-final-draft?language=en>

- Boyd, K., & Murray, S. A. (2010). Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ*, 341, c4863. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4863>
- Bozkurt, C., & Bulut, H. (2025, 2025/06/01/). The association of depression, anxiety, stress, and quality of life with the presence or absence of chronic obstructive pulmonary disease in lung cancer patients. *Applied Nursing Research*, 83, 151933. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnr.2025.151933>
- Bradley, C., Martin, R., Porter, C., Richardson, K., Stress, A., & Tobin, J. L. (2021). Palliative care referral in the chronic obstructive pulmonary disease population. <http://doi.org/10.15326/jcopdf.2020.0195>
- CDC. (2014). *Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection*. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm>
- Choate, R., Pasquale, C. B., Parada, N. A., Prieto-Centurion, V., Mularski, R. A., & Yawn, B. P. (2020, Jan). The Burden of Cough and Phlegm in People With COPD: A COPD Patient-Powered Research Network Study. *Chronic Obstr Pulm Dis*, 7(1), 49-59. <https://doi.org/10.15326/jcopdf.7.1.2019.0146>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021, Dec 19). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10267), 2006-2017. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32340-0)

- Düzgün, G., Öztürk, Y., Aykar, F., & Yıldırım, Y. (2025). Determination of Symptom Frequency and Symptom Clusters in Cancer Patients in Palliative Care. *Anatolian Journal of General Medical Research*, 35(1), 45-52.
<https://doi.org/10.4274/anatoljmed.2025.75047>
- ELDAC. (2025). *Assess Palliative Care Needs*.
<https://www.eldac.com.au/Our-Toolkits/Home-Care/Clinical-Care/Assess-Palliative-Care-Needs>
- Estrella, C., & Pérez, G. P. L. (2023). Nursing care in palliative care patients with cancer. *Ciencia Y Tecnología*, 3.
<https://doi.org/10.56294/saludcyt2023488>
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2018). *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (5 ed.). Oxford University Press.
- Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., Finn, J. I., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Phillips, T., Stovall, E. L., Zimmermann, C., & Smith, T. J. (2017, Jan). Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*, 35(1), 96-112.
<https://doi.org/10.1200/jco.2016.70.1474>
- Gelfman, L. P., Blum, M., Ogunniyi, M. O., McIlvennan, C. K., Kavalieratos, D., & Allen, L. A. (2024, Jun). Palliative Care Across the Spectrum of Heart Failure. *JACC Heart Fail*, 12(6), 973-989.
<https://doi.org/10.1016/j.jchf.2024.01.010>

- Girgis, A., & Waller, A. (2015). Palliative care needs assessment tools. In N. Cherny, M. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenoy, & D. C. Currow (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (pp. 0). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780199656097.003.0071>
- Glajchen, M., Goehring, A., Johns, H., & Portenoy, R. K. (2022, May). Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. *Curr Treat Options Oncol*, 23(5), 658-667. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00957-1>
- Glyn-Blanco, M. B., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2023, 2023/10/01/). How do cultural factors influence the provision of end-of-life care? A narrative review. *Applied Nursing Research*, 73, 151720. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnr.2023.151720>
- GOLD. (2020). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19-WMV.pdf>
- Halpin, D. M. G. (2018, Dec 1). Palliative Care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Signs of Progress, but Still a Long Way to Go. *Am J Respir Crit Care Med*, 198(11), 1356-1358. <https://doi.org/10.1164/rccm.201805-0955ED>
- Han, M. K., Martinez, C. H., Au, D. H., Bourbeau, J., Boyd, C. M., Branson, R., Criner, G. J., Kalhan, R., Kallstrom, T. J., King, A., Krishnan, J. A., Lareau, S. C., Lee, T. A., Lindell, K., Mannino, D. M., & Dransfield, M. T. (2016). Meeting the challenge of COPD care delivery in the USA: A multiprovider

- perspective. In *The Lancet Respiratory Medicine*.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)00094-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)00094-1)
- Hanahan, D. (2022, Jan). Hallmarks of Cancer: New Dimensions. *Cancer Discov*, 12(1), 31-46.
<https://doi.org/10.1158/2159-8290.Cd-21-1059>
- Harding, R. (2018, 2018/09/01/). Palliative care as an essential component of the HIV care continuum. *The Lancet HIV*, 5(9), e524-e530.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30110-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30110-3)
- Health Service Executive. (2024). *Palliative care needs assessment guidance*.
<https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/palliative-care-needs-poster.pdf?>
- Hearn, J., & Higginson, I. J. (1999). Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. *Quality in Health Care*, 8(4), 219-227.
<https://doi.org/10.1136/qshc.8.4.219>
- Hira, V., Palnati, S. R., & Bhakta, S. (2025, Jul). Understanding the Influence of Culture on End-of-Life, Palliative, and Hospice Care: A Narrative Review. *Cureus*, 17(7), e87960.
<https://doi.org/10.7759/cureus.87960>
- Iyer, A. S., Dionne-Odom, J. N., Ford, S. M., Crump Tims, S. L., Sockwell, E. D., Ivankova, N. V., Brown, C. J., Tucker, R. O., Dransfield, M. T., & Bakitas, M. A. (2019, Aug). A Formative Evaluation of Patient and Family Caregiver Perspectives on Early Palliative Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease across Disease Severity. *Ann Am Thorac*

- Soc, 16(8), 1024-1033.
<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201902-112OC>
- Iyer, A. S., Dionne-Odom, J. N., Khateeb, D. M., O'Hare, L., Tucker, R. O., Brown, C. J., Dransfield, M. T., & Bakitas, M. A. (2020, Apr). A Qualitative Study of Pulmonary and Palliative Care Clinician Perspectives on Early Palliative Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Palliat Med*, 23(4), 513-526.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0355>
- Kang, D., Kim, S., Kim, H., Lee, M., Kong, S. Y., Chang, Y. J., Sim, S. H., Kim, Y. J., & Cho, J. (2023, Mar 8). Surveillance of Symptom Burden Using the Patient-Reported Outcome Version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events in Patients With Various Types of Cancers During Chemoradiation Therapy: Real-World Study. *JMIR Public Health Surveill*, 9, e44105.
<https://doi.org/10.2196/44105>
- Kawashima, A., & Evans, C. J. (2023, Mar 9). Needs-based triggers for timely referral to palliative care for older adults severely affected by noncancer conditions: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Palliat Care*, 22(1), 20.
<https://doi.org/10.1186/s12904-023-01131-6>
- Kelly, M. (2021). *Supporting patients who opt not to have dialysis or stop dialysis: Guidelines for Nurses*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599373/>
- Knaul, F., Bhadelia, A., Atun, R., De Lima, L., & Radbruch, L. (2019, Nov). Palliative care: an essential facet of universal health coverage. *Lancet*

- Glob Health*, 7(11), e1488.
[https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(19\)30323-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(19)30323-7)
- Lilly, E. J., & Senderovich, H. (2016). Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease
<https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0883944116300910?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0883944116300910%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>
- Lykke, C., Jurlander, B., Ekholm, O., Sjøgren, P., Juhl, G. I., Kurita, G. P., Larsen, S., Tønder, N., Høyer, L. V., Eidemak, I., & Zwisler, A. D. (2024, Dec). Identifying Palliative Care Needs in Patients With Heart Failure Using Patient Reported Outcomes. *J Pain Symptom Manage*, 68(6), 561-572.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.09.002>
- Manikome, M. M., Fitriani, F., & Fernandez, G. V. (2025). *Hubungan Symptom Burden Dengan Kebutuhan Perawatan Paliatif Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisis Di RS Sentra Medika Minahasa Utara*. Universitas Sam Ratulangi.
- National Cancer Institute. (2019). *Symptoms of Cancer*.
<https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/symptoms>
- National Cancer Institute. (2021). *Understanding Cancer*.
<https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer?>
- Niu, S., Wang, S., Xu, X., & Yu, L. (2021, Feb). Is the Symptom of Cough in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Important? *Copd*, 18(1), 123-128.
<https://doi.org/10.1080/15412555.2020.1856803>

- Osse, B. H. P., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., de Vree, B. P. W., Schadé, E., & Grol, R. P. T. M. (2000, 2000/02/15). Assessment of the need for palliative care as perceived by individual cancer patients and their families. *Cancer*, 88(4), 900-911. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(20000215\)88:4<900::AID-CNCR22>3.0.CO;2-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000215)88:4<900::AID-CNCR22>3.0.CO;2-2)
- Pyszora, A., & Lewko, A. (2022). Non-pharmacological Management in Palliative Care for Patients With Advanced COPD. *Front Cardiovasc Med*, 9, 907664. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.907664>
- Rahi, M. S., Thilagar, B., Balaji, S., Prabhakaran, S. Y., Mudgal, M., Rajoo, S., Yella, P. R., Satija, P., Zagorulko, A., & Gunasekaran, K. (2023, Mar 10). The Impact of Anxiety and Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Adv Respir Med*, 91(2), 123-134. <https://doi.org/10.3390/arm91020011>
- Roberts, M., Smith, T., Wheatley, J., & Cho, J. G. (2023). Symptom Burden of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Attending the Westmead Breathlessness Service: Prevalence, Associations, and Sex-Related Differences. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 18, 2825-2837. <https://doi.org/10.2147/copd.S433541>
- Sahlollbey, N., Lee, C. K. S., Shirin, A., & Joseph, P. (2020, Dec). The impact of palliative care on clinical and patient-centred outcomes in patients with advanced heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *Eur J Heart Fail*, 22(12), 2340-2346. <https://doi.org/10.1002/ehf.1783>

- Strang, S., Osmanovic, M., Hallberg, C., & Strang, P. (2018, Dec). Family Caregivers' Heavy and Overloaded Burden in Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Palliat Med*, 21(12), 1768-1772.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0010>
- Swinkels, H. M., Nguyen, A. D., & G, G. P. (2024). HIV and AIDS. In. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534860/>
- Tanaka, S., Imaizumi, T., Morohashi, A., Kobayashi, K., Takagi, D., Hattori, K., Yoshito, N., Takeuchi, S., Tsuchikawa, Y., Inoue, T., Nagaya, M., Nishida, Y., Morimoto, R., Kondo, T., Hiraiwa, H., Kazama, S., Okumura, T., & Murohara, T. (2025, 2025/07/02). Prognostic value of symptom burden as a simple patient-reported outcome measure in older patients with heart failure. *Scientific Reports*, 15(1), 22954.
<https://doi.org/10.1038/s41598-025-06615-4>
- Tobin, R. S., Cosiano, M. F., O'Connor, C. M., Fiuzat, M., Granger, B. B., Rogers, J. G., Tulskey, J. A., Steinhauer, K. E., & Mentz, R. J. (2022, 2022/04/01/). Spirituality in Patients With Heart Failure. *JACC: Heart Failure*, 10(4), 217-226.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.01.014>
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E.,

Kalani, R., Kazi, D. S., Ko, D., Levine, D. A., Liu, J., Ma, J., Magnani, J. W., Michos, E. D., Mussolino, M. E., Navaneethan, S. D., Parikh, N. I., Poudel, R., Rezk-Hanna, M., Roth, G. A., Shah, N. S., St-Onge, M. P., Thacker, E. L., Virani, S. S., Voeks, J. H., Wang, N. Y., Wong, N. D., Wong, S. S., Yaffe, K., & Martin, S. S. (2023, Feb 21). Heart Disease and Stroke Statistics-2023 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 147(8), e93-e621.

<https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001123>

Vogelmeier, C. F., Criner, G. J., Martinez, F. J., Anzueto, A., Barnes, P. J., Bourbeau, J., Celli, B. R., Chen, R., Decramer, M., Fabbri, L. M., Frith, P., Halpin, D. M., López Varela, M. V., Nishimura, M., Roche, N., Rodriguez-Roisin, R., Sin, D. D., Singh, D., Stockley, R., Vestbo, J., Wedzicha, J. A., & Agustí, A. (2017, Mar 1). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med*, 195(5), 557-582.

<https://doi.org/10.1164/rccm.201701-0218PP>

Wasilah, H., Natashia, D., Huang, C. H., Chen, H. M., & Yen, M. (2021). Multidimensional Symptom Burden among Patients with Hemodialysis in Indonesia. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 9(2), 159-165.

<https://doi.org/https://doi.org/10.24198/jkp.v9i2.1660>

WHO. (2025a). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer?>

- WHO. (2025b). *HIV and AIDS*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids#:~:text=Overview,cells%2C%20weakening%20the%20immune%20system>.
- World Health Organization. (2023). *Palliative Care*. Retrieved October from <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>
- Xie, Z., Ding, J., Jiao, J., Tang, S., & Huang, C. (2024, Aug 19). Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*, 14(3), 256-268.
<https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004465>

PROFIL PENULIS



Fitriani, S.Kep.,Ns.,MAPN., lahir di Kabupaten Bulukumba, Sulawesi Selatan. Pada tahun 2015, penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners pada tahun 2016 di Universitas Islam negeri Alauddin Makassar. Kemudian pada tahun 2020, penulis menyelesaikan jenjang magister pada program *Master of Advanced Practice Nursing* dengan peminatan *Chronic Health Care Nursing* di *Queensland University of Technology (QUT)* Australia. Sejak tahun 2022 hingga sekarang, penulis menjadi dosen tetap di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi. Penulis mengampuh mata kuliah Keperawatan Paliatif, Manajemen Penyakit Kronis, Keperawatan Medikal Bedah, dan Bahasa Inggris Keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: fitriani@unsrat.ac.id



Al. Ihksan Agus, S.Kep.,Ns.,M.Kep., lahir di Kabupaten Bantaeng, Sulawesi Selatan. Pada tahun 2014, penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners pada tahun 2015 di Universitas Muslim Indonesia. Kemudian pada tahun 2018, penulis menyelesaikan jenjang Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Gadjah Mada. Saat ini, penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi. Penulis pernah mengampuh mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Paliatif, dan Konsep Dasar Keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: alihksan@unsrat.ac.id.

PERAWATAN PALIATIF

Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan

Buku "Perawatan Paliatif: Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan" ini memuat panduan esensial dan komprehensif bagi praktisi dan mahasiswa keperawatan. Buku ini membahas pendekatan holistik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi penyakit mengancam jiwa, seperti gagal ginjal kronis, kanker, gagal jantung, penyakit paru obstruktif kronis, dan HIV/AIDS, dengan fokus utama pada integrasi perawatan paliatif dalam asuhan keperawatan.

Pembaca akan menemukan penjelasan detail mengenai penilaian kebutuhan perawatan paliatif yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Setiap bab menguraikan *symptom burden* pada penyakit kronis, pengkajian holistik, diagnosis keperawatan yang sering muncul, serta strategi integrasi perawatan paliatif untuk memastikan perawatan yang komprehensif sebagai upaya meningkatkan kualitas hidup pasien.

Buku ini merupakan jembatan antara teori dan praktik yang menyajikan aplikasi klinis perawatan paliatif secara mendalam dan terstruktur. Melalui buku ini, pembaca diharapkan mampu memahami dan mengimplementasikan perawatan paliatif yang efektif dan humanis pada penderita penyakit kronis sebagai upaya nyata meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di Indonesia.



Jl. Ganggawa, No. 22, Kota Parepare
Sulawesi Selatan - Indonesia
Website: ipmfatimaparepare.org
Email: sentosaiibu.28@gmail.com
Tlp/Hp. 081356708769;



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA

ISBN 978-634-7368-10-2 (PDF)



9

786347

368102