

PROPOSAL PENELITIAN



PENGALAMAN TENAGA KESEHATAN MEMBERIKAN PERAWATAN PALIATIF DI UNIT PERAWATAN INTENSIF RUMAH SAKIT PROVINSI SULAWESI UTARA: STUDI FENOMENOLOGI

Penelitian tahun ke 1 dari rencana 1 tahun

Oleh:

Fidy Randy Sada, S.Kep., Ns., M.Kep. (NIDN. 1602109001)

**UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE MANADO
2022**

HALAMAN PENGESAHAN
PROPOSAL PENELITIAN PENDANAAN INTERNAL
TAHUN 2022

1. Judul Penelitian : Pengalaman Tenaga Kesehatan Memberikan Perawatan Paliatif di Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara: Studi Fenomenologi
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Ketua Pelaksana :
 - a. Nama Lengkap : Fidy Randy Sada, S.Kep., Ns., M.Kep.
 - b. NIK/NIDN : 1602109001
 - c. Disiplin Ilmu : Keperawatan
 - d. Jabatan Fungsional : -
 - e. Fakultas / Program Studi : Keperawatan / Ilmu Keperawatan
- Anggota 1 :
 - a. Nama Lengkap : -
 - b. NIK/NIDN : -
 - c. Disiplin Ilmu : -
 - d. Jabatan Fungsional : -
 - e. Fakultas / Program Studi : -
4. Tahun Pelaksanaan : Tahun 1 dari rencana 1 tahun
 - a. Biaya Tahun Berjalan : -
 - b. Biaya Keseluruhan : Rp 5.500.000,-

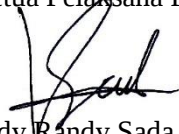
Manado, 05 September 2022

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan


Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes
NIDN: 0923068401

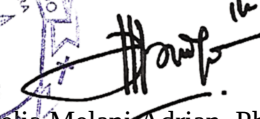
Ketua Pelaksana Peneliti



Fidy Randy Sada, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIDN. 1602109001

Menyetujui

Kepala LPPM Universitas Katolik De La Salle Manado



Angelia Melani Adrian, Ph.D.
NIDN. 0931058401

Ringkasan Penelitian

Perawatan paliatif di ruang ICU sudah menjadi bagian penting dan diintegrasikan ke dalam layanan terhadap pasien dan keluarga, tetapi juga menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan untuk melaksanakannya. Tenaga kesehatan dalam hal ini perawat dan dokter sebagai penyedia layanan perawatan paliatif di ruang ICU, berdasarkan beberapa penelitian di luar maupun di dalam negeri telah menyebutkan bahwa banyak mengalami hambatan dan kurang pemahaman terhadap implementasi perawatan paliatif. Salah satu komponen penting dalam memaksimalkan perawatan paliatif adalah adanya kebijakan dan prosedur dalam mengatur jalannya layanan tersebut. Sementara itu, kebijakan dan prosedur perawatan paliatif di ruang ICU lokasi penelitian belum tersedia. Di samping itu, di lokasi penelitian yakni RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado belum dilakukan kajian dan penilaian, belum tergalai hambatan, serta belum ditemui keuntungan dan tantangan yang dialami oleh tenaga kesehatan dalam menerapkan perawatan paliatif di ICU. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan bahwa dengan adanya penelitian ini, dapat memberikan informasi bagaimana pelaksanaan perawatan paliatif di ruang ICU lokasi penelitian. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dan dokter dalam memberikan perawatan paliatif di ICU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.

Studi penelitian ini adalah penelitian kualitatif menggunakan desain fenomenologi deskriptif dikembangkan oleh Colaizzi. Metode tersebut bertujuan untuk mendeskripsikan pengalaman hidup manusia sebagaimana yang dialami. Partisipan dalam penelitian adalah tenaga kesehatan yang bekerja di ruang ICU yakni perawat dan dokter dengan kriteria: pengalaman kerja minimal 2 tahun di ruang ICU dan minimum diploma tiga kecuali dokter, pernah melakukan perawatan paliatif, memenuhi kualifikasi sebagai tenaga kesehatan ICU dan kooperatif berkomunikasi dengan peneliti. Pengumpulan data penelitian dilaksanakan menggunakan wawancara *semi structured interview*, selanjutnya akan dianalisis menggunakan metode analisis Colaizzi dimana dalam proses analisa tersebut peneliti akan mengidentifikasi hasil penelitian dalam bentuk tema yakni esensi keseluruhan dari pengalaman partisipan.

BAB I

PENDAHULUAN

Tren perawatan paliatif di dunia saat ini mengalami peningkatan dalam hal kebutuhan orang terhadap perawatan paliatif. *World Health Organization* (WHO) di tahun 2015 menginformasikan bahwa perawatan paliatif hanya diterima oleh 14 persen saja dari total 40 juta orang di dunia yang membutuhkan perawatan tersebut (Adzani, 2015). Sebagian besar orang tidak memiliki akses ke perawatan paliatif terutama negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Walker, 2019). Banyaknya kebutuhan terhadap perawatan paliatif telah membuat perawatan paliatif di dunia saat ini mengalami perkembangan, bahkan telah mencapai pada level *advance health system integration* (WPCA, 2014). Terdapat beberapa negara yang telah mencapai level ini seperti Australia, Canada, Jepang, UK dan USA. Di Indonesia sendiri perawatan paliatif sudah ada sejak tahun 1992 di Surabaya, Provinsi Jawa Timur, namun perkembangannya sangat lambat dan bervariasi di seluruh nusantara (Rochmawati, Wiechula, & Cameron, 2016; Setiyarini, 2016). Sementara itu, berdasarkan informasi awal penelitian di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado bahwa perawatan paliatif sudah mulai dilaksanakan dalam beberapa tahun terakhir, namun penerapannya belum maksimal.

Peneliti mendapatkan informasi awal dari kepala ruang ICU di lokasi penelitian bahwa saat ini rumah sakit tersebut sudah gencar-gencarnya menyediakan pelayanan paliatif. Ruangan khusus untuk pelayanan paliatif belum tersedia, namun tidak serta merta mereka menolak pasien paliatif masuk ke ruang ICU. Sudah beberapa tahun terakhir fokus layanan ICU di lokasi penelitian telah mengarah pada perawatan paliatif. Namun penerapannya belum dilakukan kajian dan penilaian, belum terdapat hambatan, serta belum ditemui keuntungan dan tantangan yang dialami oleh tenaga kesehatan dalam menerapkan perawatan paliatif di ICU lokasi penelitian. Di samping itu, kebijakan perawatan paliatif di ruang ICU tersebut belum disediakan oleh pihak rumah sakit, sehingga pelaksanaan perawatan paliatif belum maksimal. Melihat berbagai pernyataan di atas, dapat disimpulkan bahwa perawatan paliatif di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado belum optimal dan perlu dilaksanakan pendalaman lebih lanjut bagaimana pengalaman tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan

paliatif. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan bahwa melalui eksplorasi pengalaman ini, akan tergambar bagaimana proses pelaksanaan perawatan paliatif di ICU selama ini.

Perawatan paliatif telah muncul sebagai komponen inti dalam perawatan *intensive care unit* (ICU) dan merupakan topik yang banyak dibahas dan semakin diterapkan di klinik. Perawatan paliatif memiliki tempat yang logis dan dianggap penting diterapkan di ICU karena merupakan spesialisasi yang didedikasikan untuk menghilangkan gejala dan membantu pencapaian tujuan perawatan (Ma et al., 2019). Perawatan paliatif juga merupakan pilihan masuk akal untuk mendukung tim unit perawatan intensif dalam membantu pasien dengan kondisi sakit parah (Coelho & Yankaskas, 2017). Hal ini mencakup pengendalian gejala dan manajemen perawatan akhir hidup pasien, komunikasi antar tenaga kesehatan dan penetapan tujuan perawatan guna memastikan kematian secara bermartabat, dan kemampuan dalam pengambilan keputusan (Mercadante, Gregoretti, & Cortegiani, 2018). Hasil penelitian oleh Ma et al. (2019) menunjukkan bahwa perawatan paliatif dilakukan sejak dini di unit perawatan intensif, berdampak positif pada perawatan pasien dengan sakit kritis. Di samping itu, studi literatur juga telah membuktikan bahwa intervensi perawatan paliatif di ICU dapat mengurangi *length of stay* atau durasi rawat inap di ruangan (Kyeremanteng, Gagnon, Thavorn, Heyland, & D'Egidio, 2018; Ma et al., 2019). Keterlibatan perawatan paliatif di ICU bagi pasien dan keluarga mampu meningkatkan kepuasan keluarga di ICU, tercipta komunikasi yang berkualitas baik, dukungan dalam pengambilan keputusan bersama, dan peningkatan kepuasan dalam perawatan *end-of-life* (Mercadante et al., 2018).

Peneliti telah melakukan tinjauan literatur terkait dengan pelaksanaan perawatan paliatif di ruang ICU. Ma et al. (2019) mengatakan bahwa dalam dua dekade terakhir perawatan paliatif telah muncul sebagai sebuah kompetensi yang mendasar dalam perawatan intensif. Mereka menjelaskan bahwa pasien kritis yang menjalani perawatan di ruang ICU diperlukan pemantauan gejala dan klarifikasi terhadap tujuan perawatan sehingga menjadikan perawatan paliatif cukup logis untuk diterapkan di ICU. Intervensi perawatan paliatif mampu menurunkan tingkat indikasi pasien masuk ICU, menurunkan *length of stay* dan memaksimalkan pemanfaatan sumber daya yang ada (Ma et al., 2019; Romano et al., 2017). Coelho and Yankaskas (2017) juga

mengatakan bahwa semua pasien yang masuk di ruang ICU biasanya diperhadapkan dengan penyakit terminal yang pada akhirnya menuju pada kematian. Kematian di unit perawatan intensif tetap tinggi dan tim kesehatan di ICU terus-menerus dihadapkan pada situasi kompleks di mana perawatan dan dukungan hidup lanjutan tidak akan mencapai tujuan untuk menghindari kematian, atau menghormati keinginan pasien dan keluarga. Mengatasi kondisi tersebut, pengetahuan tentang perawatan paliatif sangat dianjurkan bagi tenaga kesehatan. Di samping itu, diskusi dengan tim multidisiplin serta dengan spesialisasi yang terlibat dalam perawatan pasien sangatlah penting untuk menunjang perawatan paliatif di ruang ICU (Coelho & Yankaskas, 2017).

Terdapat beberapa pandangan pasien dan keluarga terkait dengan perawatan paliatif di ICU. Penelitian yang dilakukan oleh Nelson, et al (2010) menghasilkan temuan beberapa pengalaman pasien dan keluarga terkait dengan perawatan paliatif yang mereka alami di ruang ICU. Menurut pengalaman mereka, perawatan paliatif di ICU merupakan pelayanan pemberian komunikasi secara jelas, tepat waktu, dan penuh kasih oleh tenaga kesehatan; pengambilan keputusan klinis berfokus pada preferensi, tujuan, dan nilai pasien; perawatan pasien yang menjaga kenyamanan, martabat, dan kepribadian; perawatan keluarga dengan akses terbuka dan kedekatan dengan pasien, dukungan interdisipliner di ICU, dan perawatan kematian bagi keluarga pasien yang meninggal (Nelson et al., 2010).

Terdapat beberapa alasan kenapa penelitian ini penting untuk dilakukan. Perawatan paliatif di ruang ICU sudah menjadi bagian penting dan diintegrasikan ke dalam layanan terhadap pasien dan keluarga, tetapi juga menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan untuk melaksanakannya. Tenaga kesehatan khususnya perawat dan dokter yang memberi perawatan paliatif di ruang ICU, berdasarkan beberapa penelitian yang dilakukan di luar maupun di dalam negeri telah menyebutkan bahwa banyak mengalami hambatan dan kurang pemahaman terhadap implementasi perawatan paliatif. Salah satu komponen penting dalam memaksimalkan perawatan paliatif adalah adanya kebijakan dan prosedur yang mengatur jalannya perawatan tersebut. Sementara itu, kebijakan dan prosedur perawatan paliatif di ruang ICU lokasi penelitian belum tersedia. Di samping itu, seperti dijelaskan sebelumnya bahwa di lokasi penelitian belum dilakukan kajian dan penilaian, belum tergalih hambatan, serta belum ditemui keuntungan dan tantangan yang dialami oleh tenaga kesehatan dalam

menerapkan perawatan paliatif di ICU. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan bahwa melalui penelitian ini, dapat memberi atau menyediakan informasi dan menjawab pertanyaan penelitian.

Penelitian dengan melakukan pendalaman terhadap pengalaman seseorang harus dilakukan dengan penelitian kualitatif khususnya pendekatan fenomenologi (Afiyanti & Rachmawati, 2014; Creswell & Creswell, 2017). Hal ini dilakukan karena peneliti membutuhkan pemahaman lebih kompleks dan rinci terkait dengan suatu masalah atau isu, dalam hal ini pengalaman tenaga kesehatan (perawat dan dokter) memberikan perawatan paliatif di ruang ICU. Informasi akan diperoleh secara detail, hanya dapat dilakukan melalui proses *interview* dengan partisipan dan memungkinkan mereka menceritakan pengalaman yang tidak dapat ditemukan dan diharapkan melalui studi literatur. Selanjutnya, eksplorasi pengalaman seseorang dapat dilakukan dengan pendekatan studi fenomenologi, yakni dengan meneliti pengalaman hidup mereka melalui penjelasan/deskripsi dari orang-orang yang terlibat dalam penelitian. Adapun tujuan dari studi penelitian fenomenologi adalah untuk menjelaskan makna dari pengalaman yang dimiliki oleh setiap partisipan penelitian terhadap suatu konsep atau fenomena (Creswell & Creswell, 2017). Oleh karena itu, berdasarkan latar belakang di atas, peneliti bermaksud melakukan identifikasi dan klarifikasi lebih lanjut mengenai pengalaman tenaga kesehatan di ICU dalam memberikan perawatan paliatif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perawatan Paliatif

2.1.1 Definisi Perawatan Paliatif

Pergerakan dan perkembangan perawatan paliatif dimulai di Inggris dan Irlandia, pada saat itu dikenal dengan istilah *hospice* (Yodang, 2018). *Hospice home care* merupakan jenis layanan perawatan yang dilakukan di rumah terhadap pasien dengan penyakit terminal atau non terminal, pada layanan ini tindakan pengobatan sudah tidak diperlukan. Aspek perawatannya bersifat holistik karena mencakup dukungan bio-psiko-sosio-spiritual terhadap pasien dan keluarga. Pada awal kemunculannya, *hospice home care* ditujukan bagi pasien dengan penyakit kronis yang membutuhkan perawatan. Perawatan paliatif ini lebih mudah diimplementasikan dan membantu meringankan beban psikologis dari pasien, sehingga kualitas hidup pasien lebih baik (Susanti & Kardiudiani, 2019). Di samping itu, sebuah organisasi layanan kesehatan hospis (*VITAS Healthcare*) membedakan layanan perawatan paliatif dengan *hospice care*. Perawatan paliatif merupakan perawatan suportif dengan atau tanpa maksud kuratif sedangkan *hospice care* adalah implementasi perawatan dengan maksud meningkatkan kenyamanan tanpa maksud kuratif; dimana pasien tidak lagi menanggapi proses perawatan kuratif atau telah memilih untuk tidak melanjutkan perawatan tersebut (VITAS, 2020). Mereka menekankan bahwa perawatan paliatif lebih terfokus pada layanan di rumah sakit, sedangkan *hospice care* dilakukan di rumah. Kebutuhan terhadap perawatan paliatif kian meningkat dengan cepat karena populasi dunia yang menua dan peningkatan penyakit kanker dan penyakit tidak menular lainnya (WPCA, 2014). Perawatan paliatif diambil dari bahasa Inggris dan Latin, secara berurutan yakni *palliate* artinya meringankan dan *palliare* artinya menyelubungi (Black & Hawks, 2014). Kedua kata tersebut dipadukan dan diperoleh definisi perawatan paliatif yakni suatu layanan kesehatan yang bukan memberikan kesembuhan tetapi lebih fokus untuk mengurangi gejala klien (Black & Hawks, 2014). Perawatan paliatif merupakan implementasi tindakan oleh tim kesehatan interdisiplin

kepada pasien dan keluarganya, dengan tujuan meningkatkan harapan hidup pasien sekalipun efek pengobatan sudah tidak lagi merespon (Yodang, 2018).

Definisi terkini terkait perawatan paliatif dari WHO tahun 2020, menyatakan bahwa perawatan paliatif adalah sebuah pendekatan perawatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) beserta keluarga mereka yang menghadapi masalah terkait dengan penyakit mengancam nyawa, melalui pencegahan dan upaya pengurangan penderitaan penyakit dengan identifikasi awal dan penilaian serta pengobatan secara tepat untuk mengatasi nyeri dan masalah lain, baik fisik, psikososial atau spiritual (WHPCA, 2020). Kesimpulan dari beberapa rumusan tentang pengertian perawatan paliatif, bahwa perawatan paliatif merupakan perlakuan perawatan secara holistik, bertujuan untuk memberikan kenyamanan, meringankan penyakit dan bukan untuk memberikan kesembuhan. Adapun elemen-elemen dalam perawatan paliatif adalah sebagai berikut (Radbruch et al., 2020).

1. Perawatan yang mencakup pencegahan, identifikasi awal, penilaian komprehensif, dan manajemen permasalahan kesehatan fisik (seperti nyeri dan gejala mengganggu lainnya).
2. Perawatan untuk mengurangi tekanan psikologis dan spiritual, serta kebutuhan sosial.
3. Menggunakan intervensi berbasis bukti bila memungkinkan.
4. Mendukung pasien untuk hidup semaksimal mungkin sampai kematian melalui strategi komunikasi yang efektif dan membantu memperjelas tujuan perawatan.
5. Dapat diterapkan selama berlangsungnya penyakit sesuai dengan kebutuhan pasien.
6. Dapat digunakan bersamaan dengan terapi yang dimodifikasi sesuai kebutuhan penyakit yang dialami pasien.
7. Secara positif memengaruhi proses perjalanan penyakit.
8. Tidak mempercepat atau menunda kematian, menopang kehidupan, dan mengakui kematian sebagai proses alami.
9. Menawarkan dukungan untuk keluarga dan pengasuh pasien selama masa sakit dan masa berduka.
10. Diberikan dengan menghormati semua nilai budaya dan kepercayaan pasien, keluarga, dan komunitas yang ada.

11. Dapat digunakan di semua pengaturan perawatan kesehatan dan di semua tingkatan.
12. Dapat digunakan oleh profesional interdisipliner dengan pelatihan dasar perawatan paliatif.
13. Membutuhkan perawatan paliatif tingkat spesialis yang disediakan oleh tim multiprofesional untuk rujukan kasus yang kompleks.

2.1.2 Perkembangan Perawatan Paliatif di Dunia dan Indonesia

World Wide Palliative Care Alliance (WPCA) tahun 2011 mengidentifikasi bahwa di seluruh dunia terestimasi setiap tahunnya terdapat sekitar 20 juta orang memerlukan perawatan paliatif pada akhir kehidupan mereka (WPCA, 2014). Mayoritas adalah orang dewasa dengan usia di atas 60 tahun (69%) dan hanya 6% anak-anak. Sekitar 90% penyakit tidak menular dan yang terbanyak adalah penyakit kardiovaskular, kanker dan penyakit paru obstruktif kronis, berkontribusi dalam intervensi perawatan paliatif. Terkait dengan hal tersebut, Williams (2016) menyebutkan bahwa tantangan yang dihadapi dalam perawatan paliatif saat ini adalah penyakit tidak menular seperti penyakit paru-paru kronis, diabetes dan penyakit kardiovaskular. Di samping itu, terdapat banyak negara yang saat ini tidak memiliki akses ke layanan paliatif yakni sekitar kurang dari 10% dari populasi. Sementara itu, perawatan paliatif sangat penting karena akan menjadi kontribusi penting bagi kesehatan global (Williams, 2016). Di lain pihak, pelaksanaan program perawatan paliatif sangat tidak merata secara internasional (WPCA, 2014). Hal ini senada dengan studi penelitian oleh (Walker, 2019) yang menginformasikan bahwa kurangnya ke akses perawatan paliatif sering kali disebabkan oleh kurangnya kebijakan perawatan paliatif, pendidikan, ketersediaan obat, pendanaan, dan implementasi. Sementara itu, di negara berkembang masalah pembiayaan pelayanan kesehatan ini telah membuat banyak pasien tidak memiliki akses ke perawatan paliatif yang memadai (Lewis, 2019).

Di Indonesia sendiri, perawatan paliatif mulai berkembang pada tahun 1990. Hal ini bermula pada sebuah rumah sakit di Surabaya yakni RS Dr. Soetomo. Di sana sekelompok tenaga medis membuat suatu tim perawatan paliatif dan saat ini disebut dengan “Pusat Pengembangan Paliatif dan Bebas Nyeri”. Pada tahun 2007, Menteri

Kesehatan Republik Indonesia mengumumkan kebijakan nasional tentang perawatan paliatif tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan No.812/Menkes/SK/VII/2007 (Kemenkes, 2007). Namun, kebijakan tersebut belum sepenuhnya diterapkan dalam sistem perawatan kesehatan karena tidak adanya pedoman dan standar perawatan paliatif, sistem rujukan yang tepat, dan pendanaan yang memadai (Putranto et al., 2017; Setiyarini, 2016). Saat ini layanan perawatan paliatif masih dalam tahap awal dan hanya tersedia di tujuh kota besar (Surabaya, Jakarta, Yogyakarta, Bandung, Semarang, Denpasar dan Makassar) bahkan sebagian besar fasilitas untuk penyakit kanker saja (Effendy, 2015; Putranto et al., 2017). Rochmawati et al. (2016) dalam penelitian mereka mengatakan juga bahwa perkembangan perawatan paliatif di Indonesia sangat lambat. Hal ini didukung dengan studi penelitian yang dilakukan oleh Mularski et al. (2016) yang menemukan bahwa intervensi perawatan paliatif di ICU masih kurang dan belum sepenuhnya maksimal sehingga tidak berkorelasi antara keluarga dan tenaga kesehatan yang menunjukkan perlu adanya perbaikan. Faktor penghalang yang paling banyak dilaporkan minimnya penerapan perawatan paliatif adalah tenaga profesional kesehatan yang memiliki pengetahuan terbatas tentang perawatan paliatif (Rochmawati et al., 2016). Dapat dikatakan konsep perawatan paliatif dan implementasi tidak benar-benar dipahami oleh beberapa praktisi perawatan kesehatan, namun konsep dasarnya dipahami oleh banyak orang. Tantangan dalam mengembangkan perawatan paliatif di Indonesia terkait dengan kebijakan pemerintah, kurangnya pendidikan perawatan paliatif, sikap tenaga profesional kesehatan, dan kondisi sosial umum negara. Faktor-faktor fasilitator pendukung pemberian perawatan paliatif di Indonesia, meliputi budaya dukungan kekeluargaan yang kuat, dukungan kebijakan pemerintah, dan dukungan sukarela serta dukungan organisasi daerah (Putranto et al., 2017).

Pemerintah Indonesia semakin serius dalam menangani layanan perawatan paliatif bagi masyarakat di Indonesia. Acuan diterbitkannya peraturan perawatan paliatif yaitu peningkatan kualitas hidup pasien penyakit kronis dan masih banyak pasien dengan kondisi tersebut belum bisa disembuhkan karena keterlambatan pemberian layanan paliatif oleh tenaga kesehatan (Ma et al., 2019; Thompson, Ward, Galanos, & Bowers, 2020). Perawatan paliatif bisa mendampingi perawatan kuratif dan rehabilitatif. Layanan perawatan paliatif sudah diperkenalkan pada beberapa

rumah sakit melalui seminar dan workshop (Putranto et al., 2017). Diharapkan ke depan pusat layanan paliatif akan terus berkembang di Indonesia untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya pasien dengan penyakit kronis (Yodang, 2018).

Pada tahun 2018 Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pada beberapa penyakit paliatif di Indonesia dari tahun 2013 sampai 2018, berdasarkan diagnosis dokter. Peningkatan prevalensi penyakit paliatif tersebut, seperti penyakit Diabetes Melitus dari 1,5 menjadi 2,0 permil, Ginjal Kronis dari 2,0 menjadi 3,8 permil, Stroke dari 7 menjadi 10,9 permil, dan Kanker dari 1,4 menjadi 1,8 permil (Kemenkes, 2018). Selain membawa kematian, dampak dari penyakit-penyakit tersebut juga mempengaruhi kualitas hidup dari pasien dan keluarganya (Adzani, 2015). WPCA mengkategorisasikan Indonesia bersama 73 negara lainnya masuk dalam kategori penyediaan perawatan paliatif terisolasi. Negara pada kelompok ini memiliki ciri-ciri perawatan paliatif seperti: perkembangan aktivisme perawatan paliatif yang cakupannya tidak merata dan tidak didukung dengan baik; sumber pendanaan yang seringkali sangat bergantung pada donasi; ketersediaan medikasi morfin; dan sejumlah kecil layanan perawatan hospis-paliatif yang seringkali berbasis di rumah dan relatif terbatas pada ukuran populasi (WPCA, 2014).

2.2 Perawatan Paliatif di Ruang ICU

Terkait dengan perawatan kritis, pada tahun 2018 *International Association for Hospice and Palliative Care* mengemukakan definisi perawatan paliatif sebagai perawatan holistik aktif untuk individu di segala usia dengan penderitaan serius terkait kesehatan akibat penyakit kritis terutama mereka yang mendekati fase *end of life*, bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, keluarga, maupun pengasuhnya (Radbruch et al., 2020). Perawatan paliatif adalah pendekatan perawatan etis dan humanistik yang berpusat pada pasien untuk mengurangi penderitaan yang berhubungan dengan kondisi kesehatannya, di mana perawatan paliatif dapat bersifat holistik, berkualitas tinggi, dan secara konsisten diberikan dalam pengaturan perawatan kritis (Radbruch et al., 2020; Rosa, Ferrell, & Wiencek, 2020). Perawatan paliatif adalah perawatan kritis, dengan demikian tim perawatan harus memberikan perawatan paliatif primer kepada setiap pasien dan berkonsultasi dengan spesialis perawatan paliatif dalam kasus yang kompleks. Perawatan paliatif primer meliputi

manajemen nyeri dan manajemen gejala; komunikasi berpusat pada pasien; memunculkan tujuan perawatan pasien dan penyelarasan tujuan tersebut dengan rencana perawatan; komunikasi dan dukungan keluarga; perawatan akhir hidup yang terampil dan penuh kasih; dan jaminan bahwa standar etika dipatuhi setiap saat (Rosa et al., 2020).

Perawatan yang diberikan di ICU adakalanya tidak memenuhi kebutuhan paliatif terhadap pasien dan keluarganya, sehingga mengakibatkan penderitaan dari rasa sakit dan gejala penyakit yang mengganggu lainnya serta komunikasi yang tidak selaras tentang rencana perawatan dan tujuan perawatan (Mularski et al., 2016). Diskusi tentang preferensi pasien mengenai resusitasi seringkali tertunda dan kurang terdokumentasi di rumah sakit sehingga mengurangi intervensi yang tidak diinginkan dan perawatan yang berpotensi sia-sia (*futile care*) di ruang ICU, hal ini dapat diatasi dengan mengintegrasikan perawatan paliatif di ICU (Ma et al., 2019). Banyak pasien ICU enggan atau tidak siap untuk membuat keputusan yang mungkin dapat mengabaikan intervensi terhadap tujuan perawatan mereka (Romano et al., 2017). Studi penelitian oleh Mularski et al. (2016) menunjukkan bahwa terdapat penurunan kualitas perawatan paliatif di ICU yang tidak berkorelasi antara keluarga dengan tenaga kesehatan. Temuan penelitian tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Penrod et al. (2012) yang menyatakan bahwa domain penting perawatan paliatif di ICU masih kurang diimplementasikan, dimana menurut penelitian mereka didapatkan bahwa kinerja masih kurang di berbagai kelompok ICU, yang menunjukkan peluang penting untuk dilakukan perbaikan. Dievaluasi bahwa untuk perbaikan perawatan paliatif di ICU diperlukan adanya sistem kerja yang efisien, standar prosedur operasional, dan kerja sama tim interdisipliner. Coelho and Yankaskas (2017) juga dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pihak rumah sakit harus mengembangkan protokol untuk situasi konflik yang melibatkan spesialisasi dalam pengembangan perawatan paliatif di ICU.

Ruang ICU merupakan unit perawatan intensif ditujukan untuk melakukan pemeliharaan fungsi vital dalam rangka menurunkan angka mortalitas dan morbiditas pada pasien dengan penyakit kritis yang berat (Mercadante et al., 2018). Telah terjadi peningkatan angka kematian dan peningkatan penerimaan pasien di ruang ICU dalam beberapa tahun terakhir (Kyeremanteng et al., 2018). Ketika terapi pengobatan dan

terapi penunjang hidup tidak memberikan dampak yang signifikan, maka prinsip perawatan perawatan paliatif wajib diterapkan di ICU (Mercadante et al., 2018). Mercadante et al. (2018) menyebutkan beberapa alasan mengapa perawatan paliatif wajib dilakukan di ICU. Pertama, terdapat gejala yang tidak mereda dan menyusahkan muncul pada sebagian besar pasien ICU. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa pasien mengalami ketidaknyamanan, stres traumatis, kecemasan dan depresi (Mercadante et al., 2018). Temuan tersebut menyarankan bahwa penilaian perawatan paliatif harus dilakukan sedini mungkin untuk memaksimalkan intervensi lebih terfokus dalam mengurangi penderitaan pasien. Perawatan akhir kehidupan di ICU tidak boleh hanya mencakup penanganan nyeri dan gejala saja, tetapi juga mendukung rasa hormat dan martabat pasien. Hal ini merupakan masalah khas yang memerlukan pengalaman perawatan paliatif.

Kedua, dibutuhkan pengaturan perawatan paliatif khusus bagi pasien yang memerlukan perawatan akhir hidup, dimana pasien akan ditangani oleh petugas kesehatan yang memiliki sertifikasi dalam hospis dan perawatan paliatif. Namun demikian, ketersediaan unit perawatan paliatif belum dapat dilaporkan dengan benar dan sulit untuk diatur karena perawatan tersebut sering ditawarkan dalam pengaturan tambahan rumah sakit. Oleh karena itu, domain utama perawatan paliatif, termasuk menghilangkan gejala yang mengganggu, komunikasi efektif tentang tujuan perawatan, pengambilan keputusan berfokus pada pasien, dukungan pemberi layanan, dan kontinuitas seluruh pengaturan perawatan, harus dilakukan di ICU.

Ketiga, beberapa konten perawatan paliatif yang sangat penting di ICU seperti identifikasi masalah secara proaktif, komunikasi tujuan perawatan, manajemen gejala fisik dan psikologis, tekanan spiritual dan eksistensial, pengambilan keputusan dan menyusun rencana perawatan menjelang akhir hidup. Selain itu pola kompetensi perawatan paliatif yang perlu dipertimbangkan adalah aspek etika dan hukum, pengambilan keputusan, perencanaan transisi, perawatan selama kondisi kritis, dukungan keluarga dan dukungan dalam situasi berduka. Keempat, upaya perawatan paliatif di ICU berfokus pada peningkatan kualitas hidup dan persiapan menghadapi kematian. Hal ini ditujukan pada pasien yang membutuhkan terapi penunjang kehidupan dan diharapkan dapat bertahan hidup lebih lama. Implementasi perawatan paliatif harus menjadi tanggung jawab semua dokter ICU dengan pengetahuan dan

keterampilan dasar untuk manajemen gejala, teknik komunikasi, dan kemampuan mengambil keputusan berdasarkan nilai-nilai, tujuan dan preferensi pasien. Di samping itu, direkomendasikan ada konsultan perawatan paliatif dalam menawarkan dukungan spiritual dan melakukan pengelolaan gejala yang didokumentasikan.

Kelima, diskusi tentang perubahan tujuan perawatan dan tingkat pengobatan harus dimulai lebih awal di ICU. Perawatan pendukung kehidupan harus dievaluasi ulang secara sistematis untuk menentukan apakah rencana perawatan tercapai sesuai tujuannya. Dengan demikian, penilaian perawatan paliatif harus dilakukan lebih awal selama masuk ICU, kapan saja masalah khas untuk evaluasi perawatan paliatif muncul. Keenam, manajemen dasar terkait gejala dan diskusi tentang tujuan perawatan dalam kaitannya dengan prognosis dan preferensi pasien, merupakan aspek penting dari perawatan paliatif dan harus menjadi bagian praktik ICU secara rutin. Hal ini harus menjadi kompetensi dari setiap klinisi di ICU. Upaya pengambilan keputusan selain mempertimbangkan pengalaman dan karakteristik pasien, juga harus mempertimbangkan masalah hukum, politik, dan agama. Pada akhirnya, studi penelitian dari Mercadante et al. (2018) menunjukkan bahwa, bagaimanapun juga perawatan paliatif proaktif di ICU dengan menggunakan kedua model intervensi, baik konsultatif atau integratif, dapat menurunkan durasi rawat inap di rumah sakit dan ICU serta tidak mempengaruhi mortalitas.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Studi penelitian ini adalah penelitian kualitatif, menggunakan desain fenomenologi deskriptif. Metode fenomenologi deskriptif merupakan metode yang dikembangkan oleh Colaizzi dimana metode ini mencoba untuk mendeskripsikan pengalaman hidup manusia sebagaimana yang dialami (Abalos, Rivera, Locsin, & Schoenhofer, 2016). Fenomenologi deskriptif berkaitan dengan pengungkapan esensi dari sebuah fenomena yang sedang diteliti yakni fitur-fitur yang membuatnya menjadi apa adanya, bukan sesuatu yang lain (Morrow, Rodriguez, & King, 2015). Pendekatan fenomenologi ini bertujuan untuk mendeskripsikan makna dari pengalaman yang dimiliki oleh setiap subjek penelitian terhadap suatu konsep atau fenomena serta mengungkapkan bagaimana partisipan memberikan makna secara detail terhadap kehidupan pribadi dan bagaimana ia bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya (Afiyanti & Rachmawati, 2014; Creswell & Creswell, 2017). Metode Colaizzi sangat dipengaruhi oleh fenomenologi deskriptif Husserl dan ia mengembangkan tujuh langkah metode analisis data untuk menemukan struktur fundamental dari fenomena penelitian (Wirihana et al., 2018). Hal ini akan memberikan langkah-langkah jelas, logis dan berurutan bagi peneliti yang dapat digunakan dalam penelitian fenomenologi untuk meningkatkan keandalan perolehan hasil penelitian. Satu hal yang menjadi perbedaan metode Colaizzi dengan metode analisis data fenomenologis lainnya adalah mengharuskan peneliti melakukan validasi temuan penelitian untuk memastikan bahwa temuan tersebut akurat dan kredibel (Wirihana et al., 2018). Peneliti akan berupaya untuk mengungkapkan pengalaman perawat dan dokter dengan menekankan pada pendapat dan persepsinya tentang perawatan paliatif di lingkungan ICU (Hajaroh, 2013). Metode ini bergantung pada pengalaman orang pertama, dimana transkrip wawancara orang pertama akan menjadi kunci untuk wawancara selanjutnya (Morrow et al., 2015). Terdapat beberapa kegiatan yang akan dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan pendekatan fenomenologi (Polit & Beck, 2012) yakni:

1) *Bracketing*

Peneliti akan melakukan proses supresi yakni mengendalikan diri agar tidak mempengaruhi fenomena penelitian, dengan menyimpan setiap pengetahuan atau informasi yang dimilikinya. Tujuan dari *bracketing* yaitu untuk mendapatkan kebenaran

data informasi secara alamiah bersumber dari ungkapan partisipan (perawat dan dokter) tentang pengalamannya dalam memberikan perawatan paliatif di ruang ICU tanpa dipengaruhi pendapat peneliti. Pada bagian ini peneliti akan berupaya untuk mengosongkan atau menghindari pendapat pribadi terkait dengan konsep-konsep perawatan paliatif di ruang ICU baik selama wawancara, melakukan transkrip maupun menganalisis data, sehingga benar-benar memperoleh esensi pengalaman partisipan.

2) *Intuiting*

Langkah awal pada kegiatan ini, peneliti akan melakukan pengumpulan informasi data melalui eksplorasi pengalaman perawat dan dokter dalam memberikan perawatan paliatif di ruang ICU. Hal ini dilakukan dengan wawancara secara langsung atau via aplikasi *video conference*, observasi langsung, melihat dokumen, dan mencatat setiap informasi yang diperoleh dalam *field note*. Ketika semua itu dilakukan, peneliti akan mengenali dan memahami secara utuh terhadap fenomena yang diteliti. Kegiatan *intuiting*, tidak memperbolehkan peneliti untuk memberikan pendapat atau penilaian terhadap fenomena penelitian, agar konsistensi informasi data dari partisipan tetap terjaga.

3) *Analyzing*

Perolehan informasi dari para partisipan akan dikumpul oleh peneliti dan dianalisis dengan mengikuti beberapa tahapan analisa. Secara umum analisa ini dilakukan dengan melakukan ekstraksi pernyataan penting (*significant statement*), melakukan kategorisasi/penentuan tema, dan memahami esensi dari fenomena yang diteliti. Tahapan kegiatan analisis tersebut akan dijelaskan pada bagian analisa data.

4) *Describing dan interpretation*

Bagian ini merupakan proses akhir dari pengumpulan dan analisis data. Peneliti akan mendeskripsikan dan membuat interpretasi terhadap hasil temuannya terkait dengan pengalaman perawat dan dokter. Interpretasi dan deskripsi tersebut merupakan gambaran utuh untuk mengkomunikasikan hasil penelitian dalam bentuk tulisan. Temuan yang diperoleh akan dibahas dengan melakukan perbandingan dari berbagai penelitian sebelumnya dan melakukan *critical appraisal* berdasarkan perolehan tema dari fenomena penelitian.

3.2 *Setting dan Konteks Penelitian*

Penelitian ini direncanakan akan dilaksanakan pada Unit Perawatan Intensif (*Intensive Care Unit*) di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Peneliti akan melakukan perekrutan partisipan

di ruangan tersebut dan dilanjutkan dengan pengumpulan data berupa wawancara kepada partisipan.

3.3 Partisipan

Populasi penelitian adalah seluruh perawat dan dokter yang bekerja di ruangan ICU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Perawat dan dokter ditetapkan sebagai partisipan karena mereka merupakan tenaga kesehatan profesional yang memberikan layanan pertama (*first line*) di ICU (Ke et al., 2019). Sebagaimana dalam penelitian ini partisipannya adalah tenaga kesehatan dan menurut UU RI No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan bahwa perawat dan dokter dikelompokkan sebagai tenaga kesehatan (pasal 11 ayat 1). Peneliti telah melakukan wawancara awal dengan kepala ruangan di ICU tersebut dan menurut informasi yang diperoleh jumlah perawat berjumlah 42 orang dan dokter berjumlah 11 orang. Pengambilan sampel penelitian kualitatif berbeda halnya dengan penentuan sampel penelitian kuantitatif. Pemilihan sampel pada penelitian kualitatif dilihat pada partisipan yang mempunyai banyak informasi dan paham dengan fenomena penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Hal terpenting memilih partisipan dalam sebuah studi fenomenologi adalah partisipan haruslah individu yang telah mengalami fenomena yang sedang dieksplorasi dan dapat mengartikulasikan pengalaman hidup mereka. Semakin beragam karakteristik individu, semakin sulit peneliti untuk menemukan pengalaman umum, tema, dan esensi keseluruhan dari pengalaman partisipan (Creswell & Creswell, 2017).

Peneliti akan mengambil sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan suatu penentuan sampel berdasarkan pertimbangan bahwa sampel tersebut sudah menguasai topik penelitian, sehingga peneliti lebih mudah melakukan eksplorasi terhadap objek penelitian (Sugiyono, 2017). Peneliti akan mengambil partisipan yang memenuhi kriteria sampel yaitu perawat dan dokter yang sedang bekerja di ruang ICU rumah sakit bersangkutan, pengalaman kerja minimal 2 tahun di ruang ICU dan minimum diploma tiga kecuali tenaga medis, pernah melakukan perawatan paliatif, partisipan telah memenuhi kualifikasi sebagai tenaga kesehatan ICU dan kooperatif berkomunikasi dengan peneliti. Pemilihan partisipan dengan pengalaman kerja minimal 2 tahun karena dengan durasi pengalaman 2 tahun dianggap partisipan sudah familiar dengan suasana pekerjaan termasuk memberikan perawatan paliatif di ruang ICU. Tenaga kesehatan yang diambil sebagai partisipan adalah minimum D3 kecuali dokter mengacu pada UU RI No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan pasal 9 ayat 1. Pemilihan partisipan yang pernah melakukan

perawatan paliatif agar supaya perolehan informasi benar-benar berasal dari seseorang yang sudah mengimplementasikan dan berpengalaman dengan perawatan paliatif. Partisipan yang memenuhi kualifikasi sebagai tenaga kesehatan di ICU dianggap telah mempunyai pengetahuan dan keterampilan tentang perawatan paliatif yang cukup dan memadai. Kualifikasi tenaga kesehatan tersebut diatur dalam SK Menteri Kesehatan RI No.1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)* di Rumah Sakit. Sebagaimana disebutkan sebelumnya bahwa rumah sakit lokasi penelitian ini adalah RS tipe A dan menurut SK Menteri tersebut rumah sakit dengan tipe A, ruangan ICU masuk dalam kategori pelayanan tersier. Adapun ketenagaan pada ICU tersier yakni minimal 75% perawat ICU harus bersertifikat ICU sedangkan dokter adalah dokter spesialis. Hal ini akan digunakan oleh peneliti dalam memenuhi kriteria partisipan.

3.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian untuk pengumpulan data pada penelitian ini adalah peneliti, aplikasi audiovisual dan *field note*/catatan penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014; Creswell & Creswell, 2017)

3.5 Prosedur dan Cara Pengumpulan Data

Fokus analisa pada penelitian fenomenologi menurut Creswell (2017) memakai proses koding sistematis. Proses koding ini dimulai dengan mendengarkan pernyataan dari responden, membaca kembali transkrip wawancara, menganalisis pernyataan bermakna dan dikelompokkan, selanjutnya menyusun tema (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Secara umum langkah-langkah dalam menyusun analisis data pada studi penelitian fenomenologi adalah sebagai berikut (Creswell & Creswell, 2017).

- 1) Membuat suatu gambaran/deskripsi partisipan berdasarkan fenomena penelitian, yakni dengan mendengar rekaman wawancara, membaca kembali susunan transkrip, dan melakukan analisis terhadap pernyataan bermakna, selanjutnya memberikan gambaran pengalaman dari fenomena penelitian. Pada tahap ini peneliti harus mengesampingkan pendapat pribadi peneliti agar fokusnya bisa diarahkan ke partisipan dalam penelitian.
- 2) Menyusun dan mengembangkan daftar pernyataan bermakna (*significant words*) berdasarkan ungkapan partisipan dari pengalaman mereka berkaitan dengan topik penelitian. Peneliti berusaha menemukan bagaimana individu mengalami topik

selanjutnya mengembangkan daftar yang tidak berulang dan pernyataan yang tidak tumpang tindih agar memiliki nilai yang sama.

- 3) Melakukan pengelompokan dari daftar pernyataan tersebut ke dalam suatu tema.
- 4) Membuat deskripsi dan interpretasi dari pengalaman partisipan dengan menambahkan pernyataan-pernyataan singkat partisipan terkait pengalaman mereka termasuk contoh kata demi kata (deskripsi tekstural).
- 5) Peneliti selanjutnya menulis bagaimana pengalaman partisipan itu terjadi ke dalam bentuk refleksi peneliti sesuai konteks fenomena penelitian (deskripsi struktural).
- 6) Peneliti melakukan interpretasi data dengan membuat perpaduan antara deskripsi tekstural dan deskripsi struktural ke dalam suatu intisari yang dapat merepresentasikan pengalaman partisipan.

3.6 Rigor dan Trustworthiness

Penelitian kualitatif perlu menunjukkan bahwa data yang diperoleh adalah berkualitas dan dapat dipercaya. Penelitian kuantitatif dikenal dengan istilah validitas dan reliabilitas untuk menguji kebenarannya, sedangkan pada penelitian kualitatif menggunakan istilah *rigor* dan *trustworthiness*. Berikut akan dijelaskan hal-hal yang perlu dipertimbangkan keabsahan sebuah riset kualitatif (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

BAB IV

TARGET LUARAN, JADWAL, DAN ANGGARAN

4.1 Target Luaran

Target luaran dari penelitian ini adalah publikasi jurnal ilmiah nasional/internasional terakreditasi/bereputasi.

4.2 Jadwal

No	Nama Kegiatan	2022			
		9	10	11	12
1	Studi Pendahuluan				
2	Penyusunan Proposal dan Instrumen penelitian				
3	Pengumpulan data				
4	Pengolahan dan analisis data				
5	Submit Manuskrip				
6	Pelaporan				

4.3 Anggaran Biaya

Dana yang direncanakan pada penelitian ini bersumber pada dana mandiri dengan rincian sebagai berikut:

No	Kegiatan	Satuan	Jumlah	Jumlah Biaya
1	Biaya transportasi selama penelitian	Rp 500.000,-	4	Rp 2.000.000,-
2	Souvenir peserta	Rp 50.000,-	10	Rp 500.000,-
5	Publikasi	Rp 3.000.000,-	1	Rp 3.000.000,-
Total				Rp 5.500.000,-
<i>Anggaran Biaya Sebesar Rp. 5.500.000,- (Lima Juta Lima Ratus Ribu Rupiah)</i>				

DAFTAR PUSTAKA

- Abalos, E., Rivera, R., Locsin, R., & Schoenhofer, S. (2016). Husserlian Phenomenology and Colaizzi's Method of Data Analysis: Exemplar in Qualitative Nursing Inquiry Using Nursing As Caring Theory. *International Journal for Human Caring*, 20, 19-23. doi:10.20467/1091-5710-20.1.19
- Adzani. (2015). Mengenal Lebih Jauh Perawatan Paliatif. Retrieved from <https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20151013173237-255-84760/mengenal-lebih-jauh-perawatan-paliatif>
- Afiyanti, & Rachmawati. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Altaker, K. W., Howie-Esquivel, J., & Cataldo, J. K. (2018). Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 27(4), 295-302. doi:10.4037/ajcc2018252
- Ardahan, M., Akçasu, B., & Engin, E. (2010). Professional collaboration in students of Medicine Faculty and School of Nursing. *Nurse Education Today*, 30(4), 350-354. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.09.007>
- Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive Crit Care Nurs*, 42, 110-115. doi:10.1016/j.iccn.2017.04.010
- Aslakson, R. A., Curtis, J. R., & Nelson, J. E. (2014). The changing role of palliative care in the ICU. *Critical Care Medicine*, 42(11), 2418-2428. doi:10.1097/CCM.0000000000000573
- Black, & Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Elsevier.
- Brazil, K., Kassalainen, S., Ploeg, J., & Marshall, D. (2010). Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. *Soc Sci Med*, 71(9), 1687-1691. doi:10.1016/j.socscimed.2010.07.032
- Caricati, L., Mancini, T., Sollami, A., Bianconcini, M., Guidi, C., Prandi, C., . . . Artioli, G. (2016). The role of professional and team commitments in nurse-physician collaboration. *J Nurs Manag*, 24(2), E192-200. doi:10.1111/jonm.12323
- Cavinder, C. (2014). The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: an integrative review. *Adv Neonatal Care*, 14(5), 322-328. doi:10.1097/anc.0000000000000100
- Coelho, C. B. T., & Yankaskas, J. R. (2017). New concepts in palliative care in the intensive care unit. [Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva]. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 29(2), 222-230. doi:10.5935/0103-507X.20170031
- Colville, G. A., Smith, J. G., Brierley, J., Citron, K., Nguru, N. M., Shaunak, P. D., . . . Perkins-Porras, L. (2017). Coping With Staff Burnout and Work-Related Posttraumatic Stress in Intensive Care. *Pediatr Crit Care Med*, 18(7), e267-e273. doi:10.1097/pcc.0000000000001179
- Cooke, G., Doust, J., & Steele, M. (2013). A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC medical education*, 13, 2. doi:10.1186/1472-6920-13-2
- Creswell, J., & Creswell, D. (2017). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*: SAGE Publications.

- de Castro de Oliveira, F., Cleveland, L. M., Darilek, U., Borges Silva, A. R., & Carmona, E. V. (2018). Brazilian Neonatal Nurses' Palliative Care Experiences. *J Perinat Neonatal Nurs*, 32(4), E3-e10. doi:10.1097/jpn.0000000000000361
- Dijxhoorn, A.-F. Q., Brom, L., van der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. J. H. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 35(1), 6-26. doi:10.1177/0269216320956825
- Effendy, C. (2015, 25 March 2015). The challenges for provision of palliative care in Indonesia. Retrieved from <https://eapcnet.wordpress.com/2015/03/25/the-challenges-for-provision-of-palliative-care-in-indonesia/>
- Efstathiou, N., & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 23(21-22), 3188-3196. doi:10.1111/jocn.12565
- Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), 273-281. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181d91424
- EunSeok, C., Sojung, L., Jooseon, L., & Insil, L. (2020). Health Personnel's Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy Related to Providing Palliative Care in Persons with Chronic Diseases. *Korean Journal of Hospice & Palliative Care*, 23(4), 198-211. doi:10.14475/kjhpc.2020.23.4.198
- FKUNPAD. (2016). *Pedoman Penulisan Tesis dan Artikel Ilmiah Fakultas Keperawatan*. Bandung: Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran.
- Galletta, A. (2013). *Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond*. USA: New York University.
- Gatta, B., & Turnbull, J. (2018). Providing Palliative Care in the Medical ICU: A Qualitative Study of MICU Physicians' Beliefs and Practices. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35(10), 1309-1313. doi:10.1177/1049909118771378
- Gelling, L. (2020). Research ethics in real world research. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1019-1022. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.15083>
- Hajaroh. (2013). Paradigma, Pendekatan dan Metode Penelitian Fenomenologi. Retrieved from <http://staffnew.uny.ac.id/>
- Holms, N., Milligan, S., & Kydd, A. (2014). A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(11), 549-556. doi:10.12968/ijpn.2014.20.11.549
- Jang, S. K., Park, W. H., Kim, H.-I., & Chang, S. O. (2019). Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews. *Intensive Crit Care Nurs*, 52, 3-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.007>
- Jennifer, H., Phylliss, C., Shuko, L., Jeanette, R., & Sandra, S.-R. (2017). Palliative Care in Critical Care Settings: A Systematic Review of Communication-Based Competencies Essential for Patient and Family Satisfaction. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 34(9), 887-830. doi:10.1177/1049909116667071
- Johnson Wai Keung, T., Yu Hung, M. S., & Che Pang, S. M. (2016). Emergency Nurses' Perceptions of Providing End-of-Life Care in a Hong Kong Emergency Department: A Qualitative Study: JEN JEN. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 224-232. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.025>
- Jordan, P. J., Clifford, I., & Williams, M. (2014). THE EXPERIENCES OF CRITICAL CARE NURSES WITH REGARD TO END-OF-LIFE ISSUES IN THE INTENSIVE CARE UNIT. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, 16(2), 71-84.

- Ke, Y.-X., Hu, S. H., Takemura, N., & Lin, C.-C. (2019). Perceived quality of palliative care in intensive care units among doctors and nurses in Taiwan. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(10), 741-747. doi:10.1093/intqhc/mzz003
- Kemenkes. (2007). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 812/MENKES/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif*. Surabaya: Dinas Kesehatan Kota Surabaya Retrieved from <http://dinkes.surabaya.go.id/portal/files/kepmenkes/skmenkes812707.pdf>.
- Kemenkes. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khemai, C., Janssen, D. J. A., Schols, J. M. G. A., Naus, L., Kemper, S., Jole, I., . . . Meijers, J. M. M. (2020). Nurses' needs when collaborating with other healthcare professionals in palliative dementia care. *Nurse Education in Practice*, 48, N.PAG-N.PAG. doi:10.1016/j.nepr.2020.102866
- Kisorio, L. C., & Langley, G. C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive Crit Care Nurs*, 33, 30-38. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.11.002>
- Krautheim, V., Waldeyer, W., Kochs, E. F., Wagner, K. J., Schulz, C. M., Schneider, G., . . . Hapfelmeier, A. (2017). Self-confidence and knowledge of German ICU physicians in palliative care -- a multicentre prospective study. *BMC Palliative Care*, 16, 1-8. doi:10.1186/s12904-017-0244-6
- Kyeremanteng, K., Beckerleg, W., Wan, C., Vanderspank-Wright, B., D'Egidio, G., Sutherland, S., . . . Sarti, A. J. (2020). Survey on Barriers to Critical Care and Palliative Care Integration. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 37(2), 108-116. doi:10.1177/1049909119867658
- Kyeremanteng, K., Gagnon, L.-P., Thavorn, K., Heyland, D., & D'Egidio, G. (2018). The Impact of Palliative Care Consultation in the ICU on Length of Stay. *Journal of Intensive Care Medicine (Sage Publications Inc.)*, 33(6), 346-353. doi:10.1177/0885066616664329
- Laker, C., Cella, M., Callard, F., & Wykes, T. (2019). Why is change a challenge in acute mental health wards? A cross-sectional investigation of the relationships between burnout, occupational status and nurses' perceptions of barriers to change. *Int J Ment Health Nurs*, 28(1), 190-198. doi:10.1111/inm.12517
- Lani, J., Moran, M., Glase, J., Justin, Isaidys, Rachel, . . . David. (2021). Qualitative Sample Size. Retrieved from [https://www.statisticssolutions.com/qualitative-sample-size/#:~:text=For%20phenomenological%20studies%2C%20Creswell%20\(1998,on%20when%20saturation%20is%20reached](https://www.statisticssolutions.com/qualitative-sample-size/#:~:text=For%20phenomenological%20studies%2C%20Creswell%20(1998,on%20when%20saturation%20is%20reached).
- Leboul, D., Aubry, R., Peter, J. M., Royer, V., Richard, J. F., & Guirimand, F. (2017). Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study. *BMC Palliat Care*, 16(1), 25. doi:10.1186/s12904-017-0198-8
- Lewis, D. H. (2019). Palliative care - A global perspective. *Journal of Research and Reports in Gynecology and Obstetrics*, 3, 79. doi:10.4066/2591-7366-C1-003
- Lokker, M. E., Swart, S. J., Rietjens, J. A. C., van Zuylen, L., Perez, R., & van der Heide, A. (2018). Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses. *Appl Nurs Res*, 40, 157-161. doi:10.1016/j.apnr.2018.02.002
- Ma, J., Chi, S., Buettner, B., Pollard, K., Muir, M., Kolekar, C., . . . Dans, M. (2019). Early Palliative Care Consultation in the Medical ICU: A Cluster Randomized Crossover Trial. *Critical Care Medicine*, 47(12), 1707-1715. doi:10.1097/CCM.0000000000004016

- Maffoni, M., Argentero, P., Giorgi, I., Hynes, J., & Giardini, A. (2019). Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*, 9(3), 245-254. doi:10.1136/bmjspcare-2018-001674
- Marlena, F. (2017). *Studi Fenomenologi Pengalaman Perawat dalam Pemberian Perawatan Paliatif pada Pasien Terminal di Ruang ICU Rumah Sakit Raflesia Bengkulu*. (Magister), Universitas Andalas, Padang.
- Medin, J., & Hagelin, C. L. (2012). Nurses' experiences of providing palliative care in an intensive care unit in Saudi Arabia. *Middle East Journal of Nursing*, 6(1), 19-30.
- Mercadante, S., Gregoretti, C., & Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, 18(106). doi:<https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9>
- Morrow, R., Rodriguez, A., & King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method *The Psychologist*, 28(8), 643-644.
- Mularski, R. A., Hansen, L., Rosenkranz, S. J., Leo, M. C., Nagy, P., & Asch, S. M. (2016). Medical Record Quality Assessments of Palliative Care for Intensive Care Unit Patients. Do They Match the Perspectives of Nurses and Families? *Annals of the American Thoracic Society*, 13(5), 690-698. doi:10.1513/AnnalsATS.201508-501OC
- NCHPC. (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care by National Consensus Project for Quality Palliative Care* (Fourth Edition ed.). Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care.
- Nelson, J. E., Puntillo, K. A., Pronovost, P. J., Walker, A. S., McAdam, J. L., Ilaoa, D., . . . Penrod, J. (2010). In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(3), 808-818. doi:10.1097/ccm.0b013e3181c5887c
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ*, 8(2), 90-97. doi:10.1007/s40037-019-0509-2
- NHS. (2019). Intensive Care. Retrieved from <https://www.nhs.uk/conditions/intensive-care/>
- Ningsih. (2011). *Pengalaman Perawat dalam Memberikan Perawatan Paliatif pada Anak dengan Kanker di Wilayah Jakarta*. (Magister), Universitas Indonesia, Jakarta.
- Noome, M., Beneken Genaamd Kolmer, D. M., Leeuwen, E., Dijkstra, B. M., & Vloet, L. C. M. (2017). The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 569-578. doi:10.1111/scs.12371
- Ong, K. K., Ting, K. C., & Chow, Y. L. (2018). The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life care: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(1-2), 257-268. doi:10.1111/jocn.13882
- Paganini, M. C., & Bousso, R. S. (2015). Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units. *Nursing Ethics*, 22(7), 803-814. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0969733014547970>
- Pardede, W. (2015). *Pengalaman Perawat dalam Memberikan Perawatan Paliatif pada Pasien Kanker di Rumah Sakit Murni Teguh Medan*. (Sarjana), Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBIM Database System Rev Implement Rep*, 15(7), 1905-1933. doi:10.11124/jbisrir-2016-003309

- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Jakel, P., & Fine, A. (2014). The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. *Oncol Nurs Forum*, 41(2), 130-140. doi:10.1188/14.onf.130-140
- Penrod, J. D., Pronovost, P. J., Livote, E. E., Puntillo, K. A., Walker, A. S., Wallenstein, S., . . . Nelson, J. E. (2012). Meeting standards of high-quality intensive care unit palliative care: clinical performance and predictors. *Crit Care Med*, 40(4), 1105-1112. doi:10.1097/CCM.0b013e3182374a50
- Polit, & Beck. (2012). *Nursing Research: Principle and Methods* (7 edition ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Putranto, R. (2015). *Modul Paliatif RSCM*. Jakarta: Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo.
- Putranto, R., Mudjaddid, E., Shatri, H., Adli, M., & Martina, D. (2017). Development and challenges of palliative care in Indonesia: role of psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial medicine*, 11, 29-29. doi:10.1186/s13030-017-0114-8
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaut, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., . . . Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*, 60(4), 754-764. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rantung, J., & Leuna, C. F. (2018). Studi Fenomenologi Pengalaman Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien dengan Penyakit Terminal di Ruang ICU Rumah Sakit Advent Bandung. *Skolastik*, 4(2), 78-103.
- Razban, F., Iranmanesh, S., & Rafiei, H. (2013). Nurses' attitudes toward palliative care in south-east Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(8), 403-410.
- Ribeiro, A. F., Martins Pereira, S., Gomes, B., & Nunes, R. (2019). Do patients, families, and healthcare teams benefit from the integration of palliative care in burn intensive care units? Results from a systematic review with narrative synthesis. *Palliative Medicine*, 33(10), 1241-1254. doi:10.1177/0269216319862160
- Robertson, H. D., Elliott, A. M., Burton, C., Iversen, L., Murchie, P., Porteous, T., & Matheson, C. (2016). Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 66(647), e423-433. doi:10.3399/bjgp16X685261
- Rochmawati, E., Wiechula, R., & Cameron, K. (2016). Current status of palliative care services in Indonesia: a literature review. *International Nursing Review*, 63(2), 180-190. doi:<https://doi.org/10.1111/inr.12236>
- Romano, A. M., Gade, K. E., Nielsen, G., Havard, R., Harrison, J. H., Jr., Barclay, J., . . . Dillon, P. M. (2017). Early Palliative Care Reduces End-of-Life Intensive Care Unit (ICU) Use but Not ICU Course in Patients with Advanced Cancer. *The oncologist*, 22(3), 318-323. doi:10.1634/theoncologist.2016-0227
- Rosa, W. E., Ferrell, B. R., & Wiencek, C. (2020). Increasing Critical Care Nurse Engagement of Palliative Care During the COVID-19 Pandemic. *Critical Care Nurse*, 40(6), e28-e36. doi:10.4037/ccn2020946
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *Am J Crit Care*, 24(5), 412-420. doi:10.4037/ajcc2015291
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *J Pain Symptom Manage*, 50(2), 200-207. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013
- Setiyarini, S. (2016). *Model Perawatan Paliatif Terpadu di Intensive Care Unit Melalui Intervensi RESPEK (PPT-ICU RESPEK)*. Universitas Gadjah Mada.

- Smith, & Woodruff, D. (2018). Phenomenology: The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Summer 2018. Retrieved from <https://plato.stanford.edu/archives/sum2018/entries/phenomenology/>
- Stevenson, A. D., Phillips, C. B., & Anderson, K. J. (2011). Resilience among doctors who work in challenging areas: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 61(588), e404-410. doi:10.3399/bjgp11X583182
- Stuart. (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Jakarta: Elsevier.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Suryaty. (2013). Kualitas Perawatan Paliatif Pasien Kritis di ICU RSUP dr. Sardjito Yogyakarta.
- Susanti, & Kardiudiani. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah I*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Teherani, A., Martimianakis, T., Stenfors-Hayes, T., Wadhwa, A., & Varpio, L. (2015). Choosing a Qualitative Research Approach. *Journal of Graduate Medical Education*, 7(4), 669-670. doi:10.4300/jgme-d-15-00414.1
- Thompson, S. L., Ward, C., Galanos, A., & Bowers, M. (2020). Impact of a Palliative Care Education Module in Patients With Heart Failure. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 37(12), 1016-1021. doi:10.1177/1049909120918524
- Tripathy, S., Routray, P. K., & Mishra, J. C. (2017). Intensive Care Nurses' Attitude on Palliative and End of Life Care. *Indian J Crit Care Med*, 21(10), 655-659. doi:10.4103/ijccm.IJCCM_240_16
- Utarini, A. (2020). *Penelitian Kualitatif Dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- VITAS. (2020). Palliative Care vs Hospice Care. Retrieved from <https://www.vitas.com/hospice-and-palliative-care-basics/about-palliative-care/hospice-vs-palliative-care-whats-the-difference>
- Walker, M. E. (2019). Global Perspectives: Palliative Care Around the World. *Hospice Palliative Home Care and Bereavement Support*, 121-136. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-030-19535-9_8
- WHPCA. (2020). *Global Atlas of Palliative Care* (P. Stephen R. Connor Ed. Second ed.). London, UK: World Health Organization (WHO), World Wide Hospice Palliative Care Alliance.
- Williams, C. (2016, 14 February 2017). A Global Perspective on Palliative Care. Retrieved from <https://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=13>
- Wirihana, L., Welch, A., Williamson, M., Christensen, M., Bakon, S., & Craft, J. (2018). Using Colaizzi's method of data analysis to explore the experiences of nurse academics teaching on satellite campuses. *Nurse Researcher*, 25, 30-34. doi:10.7748/nr.2018.e1516
- Witjaksono, M. A., Sutandiyono, N., & Suardi, D. (2014, 31 July 2014). Regional support for palliative care in Indonesia. Retrieved from https://ehospice.com/international_posts/regional-support-for-palliative-care-in-indonesia/
- WPCA. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at The End of Life* (S. R. Connor & M. C. S. Bermedo Eds.). Geneva: World Wide Palliative Care Alliance World Health Organisation.
- Wysham, N. G., Hua, M., Hough, C. L., Gundel, S., Docherty, S. L., Jones, D. M., . . . Cox, C. E. (2017). Improving ICU-Based Palliative Care Delivery: A Multicenter,

- Multidisciplinary Survey of Critical Care Clinician Attitudes and Beliefs. *Critical Care Medicine*, 45(4), e372-e378. doi:10.1097/CCM.0000000000002099
- Yodang. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Paliatif Berdasarkan Kurikulum AIPNI 2015*. Jakarta: Trans Info Media.
- Zanatta, F., Maffoni, M., & Giardini, A. (2020). Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 971-978. doi:10.1007/s00520-019-05194-1
- Zheng, R. S., Guo, Q. H., Dong, F. Q., & Owens, R. G. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 52(1), 288-296. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009
- Ziehm, J., Farin, E., Seibel, K., Becker, G., & Köberich, S. (2016). Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study. *BMC Palliat Care*, 15, 76. doi:10.1186/s12904-016-0149-9
- Zwack, J., & Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med*, 88(3), 382-389. doi:10.1097/ACM.0b013e318281696b

PROFIL PENELITI

- a. Nama Lengkap : Fidy Randy Sada, S.Kep., Ns., M.Kep
- b. Jenis Kelamin : Laki-laki
- c. NIDN : 1602109001
- d. Fungsional/Pangkat/Gol : -/III.B
- e. Jabatan Struktural : -
- f. Bidang Keahlian : Keperawatan Kritis
- g. Departemen/Fakultas : Ilmu Keperawatan/Keperawatan
- h. Perguruan Tinggi : Universitas Katolik De La Salle Manado
- i. Alamat Rumah, Telp : Kawangkoan
- j. Riwayat Penelitian : -
- k. Riwayat Pengabdian : -
- l. Publikasi Ilmiah : -
- m. Paten : -