

LAPORAN AKHIR PENELITIAN



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

Oleh:

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

UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE MANADO

2022

HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN AKHIR PENELITIAN PENDANAAN INTERNAL
TAHUN 2022

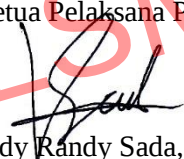
1. Judul Penelitian : Pengalaman Tenaga Kesehatan Memberikan Perawatan Paliatif di Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara: Studi Fenomenologi
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Ketua Pelaksana :
 - a. Nama Lengkap : Fidy Randy Sada, S.Kep., Ns., M.Kep.
 - b. NIK/NIDN : 1602109001
 - 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 Desember 2022

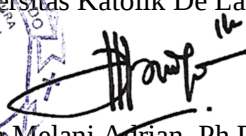
Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan


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

Ketua Pelaksana Penelitian


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

Menyetujui
Kepala LPPM Universitas Katolik De La Salle Manado


Angela Melani Adrian, Ph.D.
NIDN. 0931058401

ABSTRAK

Latar belakang: 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. Sementara itu, kebijakan dan prosedur perawatan paliatif di ruang ICU lokasi penelitian belum tersedia. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dan dokter dalam memberikan perawatan paliatif di lokasi penelitian.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian kualitatif menggunakan desain fenomenologi deskriptif dikembangkan oleh Colaizzi. Terdapat tujuh partisipan tenaga kesehatan (empat perawat dan tiga dokter) yang merupakan tim perawatan paliatif di ICU yang terlibat dalam penelitian ini 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 dengan menggunakan wawancara *semi structured interview*, selanjutnya dianalisis menggunakan metode analisis Colaizzi dimana dalam proses analisa tersebut peneliti mengidentifikasi hasil penelitian dalam bentuk tema yakni esensi keseluruhan dari pengalaman partisipan.

Hasil: Peneliti menemukan bahwa pengalaman tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan paliatif di ICU dijelaskan dalam enam tema utama yaitu pemberian pelayanan profesional, komunikasi intensif berkualitas, pelibatan keluarga dalam perawatan akhir hidup, pengendalian perasaan diri tenaga kesehatan, pelayanan holistik paliatif, dan penyediaan dukungan fasilitas.

Kesimpulan: Peneliti menyimpulkan bahwa pelayanan paliatif utama oleh perawat dan dokter sebagai tim perawatan di ICU adalah kolaborasi pelayanan profesional yang diberikan sesuai standar tanpa membedakan pasien sesuai dengan kompetensi tenaga kesehatan. Di samping itu, peneliti memberikan rekomendasi kepada pihak rumah sakit agar dapat menyediakan ruangan khusus untuk perawatan paliatif.

Kata kunci: Pengalaman Tenaga Kesehatan, Perawatan Paliatif, Unit Perawatan Intensif

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 tergali 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 & Kardiyudiani, 2019). Di samping itu, sebuah organisasi layanan kesehatan hospis (*VITAS Healthcare*) membedakan 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 berespon (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.

UKDLSM

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

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Uraian pada Bab ini akan menjelaskan pengalaman dari tenaga kesehatan dalam hal ini perawat dan dokter dalam memberikan perawatan paliatif di ruang ICU lokasi penelitian. Proses pengumpulan data penelitian dilaksanakan pada 7 orang partisipan sesuai dengan ketentuan kriteria inklusi. Informasi penelitian telah dikumpulkan dengan melakukan wawancara kepada partisipan melalui metode *semistructured interview* terkait dengan topik penelitian.

Pelaksanaan wawancara telah dilakukan dengan memberikan kesempatan kepada setiap partisipan untuk bebas mengeluarkan pendapat atau persepsi mereka terkait pengalaman memberikan perawatan paliatif di ruang ICU. Setiap pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan disampaikan dengan leluasa sesuai pengalaman mereka namun tetap fokus pada pertanyaan penelitian. Peneliti telah berupaya menjalin hubungan baik dengan partisipan dan tidak mempengaruhi pendapat mereka, sehingga perolehan informasi benar-benar berasal dari partisipan. Setiap partisipan menjelaskan pengalaman mereka dalam bahasa Indonesia disertai intonasi dan ekspresi yang berbeda-beda. Peneliti juga telah mencatat waktu pelaksanaan wawancara setiap partisipan dan respon non verbal dalam setiap transkrip. Di samping itu peneliti membuat *Code of Book* untuk merangkum semua pernyataan partisipan yang berkaitan langsung dengan pertanyaan partisipan untuk mempermudah dalam kategorisasi sub tema dan tema.

Kegiatan pengumpulan data diawali dengan diskusi bersama kepala ruangan ICU untuk menentukan perawat dan dokter siapa saja yang akan diikutsertakan dalam penelitian sesuai kriteria. Selanjutnya peneliti menghubungi partisipan yang ditentukan untuk melakukan wawancara sesuai kesepakatan tempat dan waktu serta membagikan

informed consent. Wawancara dilakukan satu kali untuk setiap partisipan baik secara tatap muka ataupun secara virtual/dalam jaringan (daring). Kegiatan wawancara yang dilakukan secara tatap muka dilaksanakan di ruang ICU lokasi penelitian dengan mengikuti protokol kesehatan, sedangkan wawancara secara daring dilaksanakan menggunakan *platform* Zoom Meeting.

Bab ini mendeskripsikan tentang pelaksanaan hasil penelitian untuk memberikan pemahaman secara jelas terkait topik penelitian yakni pengalaman perawat dan dokter memberikan perawatan paliatif di ICU. Uraian diawali dengan penjelasan tentang karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian dan diikuti dengan penjelasan hasil penelitian. Uraian bab dilanjutkan dengan pembahasan yang dikaitkan dengan konsep teori dan penelitian terkait, keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian.

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan

Kode Partisipan	Usia	Pendidikan Terakhir	Pengalaman Kerja di ICU
P1	33	S1 Keperawatan	6 Tahun
P2	34	D3 Keperawatan	4 Tahun
P3	41	S1 Keperawatan	5 Tahun
P4	34	S1 Keperawatan	5 Tahun
P5	32	S1 Profesi Dokter	6 Tahun
P6	31	S1 Profesi Dokter	4 Tahun
P7	27	S1 Profesi Dokter	2 Tahun

Partisipan yang terlibat dalam penelitian ini adalah sebanyak tujuh orang. Setiap partisipan telah mengikuti pelatihan ICU Dasar dan Komprehensif, memiliki pengalaman kerja di ICU 2 sampai 6 tahun, dan pernah memberikan perawatan paliatif di ICU tempat bekerja saat ini. Setiap partisipan kooperatif dan bersedia melakukan wawancara untuk menyampaikan pengalaman mereka terkait topik penelitian. Partisipan penelitian selanjutnya disebut dengan P1 untuk partisipan satu, P2 untuk partisipan dua, P3 untuk partisipan tiga, begitu seterusnya sampai partisipan ketujuh.

Pengalaman tenaga kesehatan memberikan perawatan paliatif di Unit Perawatan Intensif di rumah sakit lokasi penelitian, dijelaskan dalam enam tema terkait, yakni:

1. Pemberian Pelayanan Profesional
2. Komunikasi Intensif Berkualitas

3. Pelibatan Keluarga Dalam Perawatan Akhir Hidup
4. Pengendalian Perasaan Diri Tenaga Kesehatan
5. Pelayanan Holistik Paliatif
6. Penyediaan Dukungan Fasilitas

Setiap tema tersebut diuraikan secara terpisah untuk menggambarkan makna pengalaman hidup dari perawat dan dokter dalam memberikan perawatan paliatif di ICU. Meskipun nampaknya tema-tema tersebut dijelaskan secara terpisah, namun memiliki hubungan saling keterkaitan antara satu dengan lainnya. Berikut ini akan diuraikan salah satu tema disertai dengan penjelasan sub-sub tema dari temuan tema tersebut. Tema yang akan dijelaskan pada uraian berikut adalah tema tentang Pemberian Pelayanan Profesional.

Temuan tema tentang “Pemberian Pelayanan Profesional” dalam penelitian ini tersusun atas empat sub tema, yakni: memberi perawatan rutinitas sesuai standar, memberi pelayanan sama tanpa membedakan pasien, memiliki kompetensi tenaga kesehatan, dan kolaborasi perawatan dan pengobatan. Tema ini didapatkan dari pengalaman partisipan ketika menceritakan pemahaman atau persepsi dan cara mereka melaksanakan perawatan paliatif di ICU. Pernyataan partisipan yang membangun tema ini dijelaskan pada gambar 4.1, sekaligus menjelaskan alur penyusunan tema.

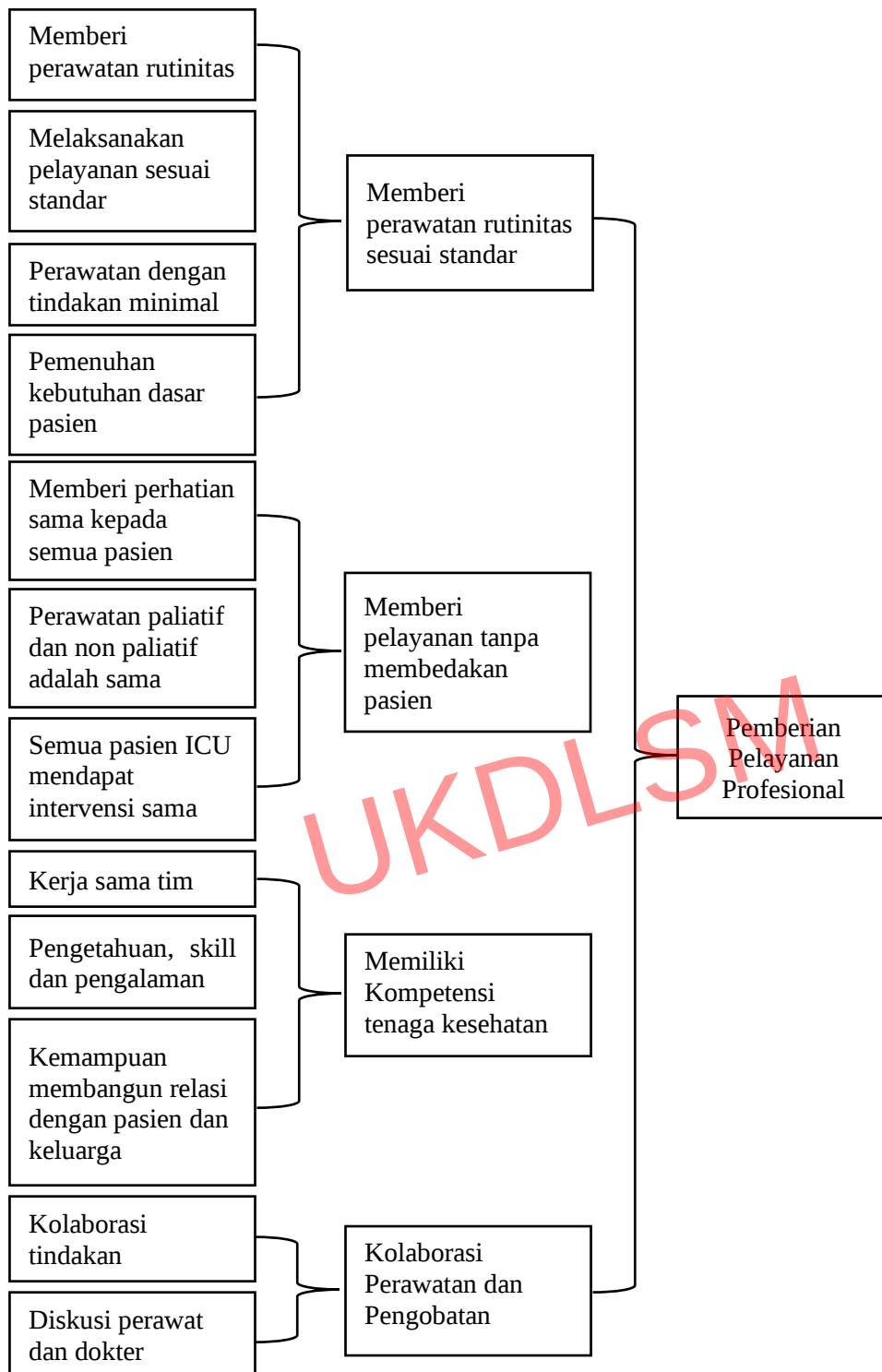
1) Memberi Perawatan Rutinitas Sesuai Standar

Sub tema ini diungkapkan oleh semua partisipan P1 sampai P7. Partisipan P4 mengungkapkan bahwa ketika melakukan perawatan pada pasien paliatif di ICU, perawatan yang dilakukan sifatnya rutinitas. Perawatan rutinitas yang dilakukan seperti menjaga kondisi hemodinamik pasien tetap stabil, memberikan asupan nutrisi yang baik, dan saat evaluasi hasil laboratorium menunjukkan hasil yang baik. Jadi setiap hari melakukan perawatan rutinitas seperti itu. Adapun pernyataan yang disampaikan oleh partisipan ini adalah sebagai berikut.

“Kalau pasien yang tidak bisa berinteraksi kebanyakan perawatan kita itu cuma bersifat.. ya itu, setiap hari rutinitas.” (P4 Q1 S17)

“Jadi perawatan sifatnya rutinitas seperti di ICU. Jadi untuk menjaga kondisi tubuhnya, hemodinamiknya stabil, makan minumannya bagus, sampai hasil-hasil labnya baik, itu dalam artian rutinitas setiap hari.” (P4 Q1 S20)

UKDLSM



Gambar 4.1 Tema: Pemberian Pelayanan Profesional

Partisipan P1, P2, P3, P4, P6, dan P7 mengatakan bahwa pengalaman mereka dalam memberikan perawatan paliatif di ruang ICU adalah dengan melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar. Partisipan P1, P2 dan P7 menyatakan bahwa mereka tetap memberikan perawatan paliatif sesuai dengan prosedur yang berlaku di rumah sakit. Adapun pernyataan yang disampaikan oleh partisipan P1, P2 dan P7 sebagai berikut.

“Tapi biarpun pasien sudah dalam keadaan sekarat seperti itu, kami tetap buat saja.. misalkan makanan, kami tetap memberikan makanan. Tetap memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan prosedur. Bukan karena misalkan dia sudah mau meninggal, terus kami biarkan. Tidak seperti itu.” (P1 Q2 S5-7)

“Kalau misalnya untuk pasien-pasien yang sudah mendekati kematian, kami tetap melakukan tindakan sesuai dengan prosedur, sesuai dengan standard.” (P1 Q5 S1)

“Tetap menggunakan asuhan keperawatan... metode asuhan keperawatan yang ada.” (P2 Q2 S1)

“Tetap kita harus memberikan pelayanan sesuai dengan SOP. Misalkan kalau dia perlu vasopressor, dia perlu alat bantu napas, jadi kita tidak membedakan pasien.” (P7 Q3 S2-3)

Salah satu prosedur yang dilakukan yaitu melakukan penilaian pasien paliatif dengan menggunakan skoring dan skala prioritas. Seperti yang dinyatakan oleh partisipan P3 dan P7 bahwa ada SOP untuk menentukan apakah pasien paliatif atau tidak. Pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan P3 yaitu.

“Ada SOP nya, di dalam ada SOP. Tetapi kalau untuk menentukan pasien itu paliatif atau tidak, itu ada pemeriksaannya. Sehingga bisa diketahui bahwa pasien ini paliatif.” (P3 Q10 S1-3)

“Ada. Ada skrining paliatifnya, ia ada. Kita juga dokter yang harus menentukan skriningnya. Komorbidnya. Ada dia punya form. Di setiap status pasien ada. Jadi kita ada saat pasien masuk, kita sudah melakukan skoring.” (P7 Q2 S1-5)

Partisipan P4 dan P7 menambahkan bahwa dalam melakukan penilaian dan menentukan pasien paliatif tersebut harus dilakukan oleh dokter. Partisipan P4, P6 dan P7 juga mengungkapkan bahwa pasien paliatif yang masuk ICU mereka dikategorikan sebagai pasien prioritas tiga. Pernyataan yang disampaikan oleh

partisipan P4, P6 dan P7 adalah sebagai berikut.

“Dokter yang melakukan penilaian ya..Dan kita, sesuai pengalaman perawat, tetapi biasanya dokter yang memutuskan..” (P4 Q9 S2-4,13)

“Dokter.. harus dokter yang melakukan skrining paliatif bukan perawat.” (P7 Q2 S7)

“Tetapi kalau pasien yang tadi paliatif, itu prioritas 3 dan 4.” (P4 Q2 S8)

“Skala prioritas tiga itu seperti sepsis yang sudah berat, kemudian paliatif yang ada cancer yang sudah stadium 5, stadium 4 yang sudah end stage, dia dilakukan proses kemoterapi dan dia sudah mulai mengalami penurunan kesadaran, elektrolitnya terjadi masalah, terjadi artimia jadi masuk ICU.” (P4 Q2 S27)

“Dan kalau untuk pasien-pasien paliatif sih sebenarnya pasien-pasien yang termasuk dalam skala prioritas tiga untuk dirawat di ICU. Cuman, kalau untuk system skoring biasanya kami.. kalau untuk pasien-pasien misalkan dengan Ca End Stage, itu biasanya prioritas tiga untuk kriteria rawat di ICU.” (P6 Q1 S10,14)

“kalau untuk pasien paliatif masuk di ICU, pasien tersebut adalah prioritas tiga. Jadi untuk pasien paliatif masuk ICU dia masuk prioritas tiga, tergantung kondisi pasien.” (P7 Q1 S6,8)

Pengalaman partisipan P4, P5, dan P6 mengungkapkan bahwa perawatan paliatif dilakukan dengan tindakan minimal atau tidak banyak memberikan tindakan. Alasan mereka tidak banyak melakukan tindakan, dua partisipan mengatakan bahwa karena pasien paliatif sudah berada pada kondisi terminal. Pernyataan tersebut disampaikan oleh partisipan P4 dan P5, dengan pernyataan sebagai berikut.

“Kalo perawatan paliatif, berarti pasien ini sudah kondisi terminal kan. Berarti kita tidak akan bisa memberikan banyak tindakan.” (P4 Q1 S1-2)

“tetapi karena berpikir bahwa paliatif sudah tidak banyak memberikan ini.. karena dari sisi guide line nya juga mengatakan bahwa sisi paliatif kalau dia sesak napas kita berikan oksigen, kalau misalnya nyeri diberikan obat anti nyeri, tetapi tidak banyak memberikan tindakan untuk kesembuhan.” (P4 Q1 S14)

“Tetapi kita sudah tidak banyak memberikan tindakan.” (P4 Q1 S28)

“Cuman kan untuk target pasien paliatif ita tidak terlalu agresif sekali, karena memang kita sudah tau kondisinya mau ke arah mana.” (P5 Q3 S4)

Selain itu, partisipan P6 menyatakan bahwa perawatan pada pasien paliatif di ICU dilakukan dengan melaksanakan perawatan lanjutan dari ruangan sebelum pasien tersebut dikonsulkan ke ICU. Pasien yang dikonsulkan ke ICU biasanya diberikan tindakan sesuai kebutuhan pasien. Adapun pernyataan dari partisipan P6 adalah sebagai berikut.

“Jadi dari dokter yang mengkonsulkan pasien, biasanya mereka katakan.. dok ini pasien dengan Ca End Stage misalnya, yang pasien butuhkan misalnya ini.. Memang dia Ca dok tetapi ada ARDS nya. Jadi pasien paliatif yang masuk ICU itu, kita prioritaskan perawatan lanjutan dari pasien tersebut.” (P6 Q1 S16-18)

Partisipan P5 dan P6 juga menyatakan bahwa ketika merawat pasien paliatif mereka memberikan tindakan sesuai dengan kondisi pasien. Mereka menyatakan bahwa kalau pasien mengalami penurunan kesadaran maka akan diberikan terapi sesuai kondisi pasien. Misalnya ketika pasien mengalami ketidakseimbangan elektrolit, maka akan dilihat hasil AGD. Contoh lainnya ketika pasien mengalami nyeri hebat, maka akan diberikan obat anti nyeri. Berikut adalah pernyataan yang disampaikan oleh partisipan P5 dan P6.

“Selebihnya ya mengatasi keadaan pasien secara umum, apalagi pasien dengan kondisi penurunan kesadaran ya kita atasi apa yang bisa kita lakukan, sesuai kondisi pasien.” (P5 Q2 S4)

“Tetapi kalau yang mengalami penurunan kesadaran kan berarti kita hanya terapi sesuai dengan kondisi pasien pada saat itu.” (P5 Q2 S7)

“Tetapi selebihnya, keluhan-keluhan mereka itu yang kita atasi, kondisi-kondisi mereka yang diatasi, untuk paliatif.” (P5 Q2 S5)

“Jadi masuk ke sini, misalnya kami lihat hasil AGD, atau misalnya elektrolit imbalance. Seperti itu. Jadi kalau pasien masuk, ya.. kami atasi itu. Jadi kalau memang membutuhkan ventilator, kami berikan ventilator. Atau kalau electrolit imbalance kita berikan terapi untuk atasi itu. Dan kalau misalnya pasien nyeri, nyeri hebat, kita berikan obat golongan Opioid, tetapi dengan observasi ketat.” (P6 Q1 S20-23)

Selanjutnya partisipan P4 dan P6 menyatakan bahwa memberikan perawatan paliatif

di ICU dilakukan dengan memenuhi kebutuhan dasar pasien. Partisipan P4 mengungkapkan bahwa perawatan pasien paliatif, sudah tidak banyak memberikan tindakan tetapi hanya memenuhi kebutuhan dasarnya. Kebutuhan dasar yang dipenuhi seperti makan dan minum, mobilisasi, mandi, dan lain-lain. Pernyataan ini didukung oleh partisipan P6 yang mengatakan bahwa tindakan pertama pada pasien paliatif adalah memenuhi bantuan hidup dasar pasien. Adapun pernyataan dari partisipan P4 dan P6 adalah sebagai berikut.

“Tetapi karena sudah tau bahwa tidak banyak memberikan tindakan, jadi kita pasti hanya.. ya itu tadi.. kebutuhan dasarnya. Basic human need-nya terpenuhi.” (P4 Q2 S17-18)

“Kalau dalam perawatan, ya.. kalau bagian kita perawat, makan minum, mobilisasi, kasi mandi, ganti pampers, kalau pasien masih bisa interaksi kita kasi semangat. Begitu.” (P4 Q2 S29)

“Sebenarnya memerlukan bantuan hidup dasar, itu yang pertama.” (P6 Q1 S5)

2) Memberi Pelayanan Tanpa Membedakan Pasien

Sub tema ini diungkapkan oleh partisipan P1, P3, P5, P6, dan P7. Memberi pelayanan tanpa membedakan pasien jelas diungkapkan oleh partisipan P1, P3, dan P6 dimana mereka mengungkapkan bahwa memberikan perawatan paliatif di ICU perhatiannya tetap sama kepada semua pasien. Pemberian pelayanan dilakukan sama baik kepada kepada pasien yang tidak sadar maupun pasien sadar bahkan kepada pasien yang mau meninggal atau yang masih hidup,. Beberapa pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan P1, P3, dan P6 sebagai berikut.

“Jadi kami tetap seperti biasa.. memberikan obat, antibiotic, cairan, mobilisasi per empat jam. Tetap sama sih yang kami berikan, kepada pasien yang sudah mau meninggal atau bagi pasien yang masih tetap hidup.” (P1 Q2 S8-9)

“Tidak sih, kami tetap dibuat sama. Jadi apakah dia sudah mau meninggal atau lainnya, tetap kami buat sama pelayanannya.” (P1 Q24 S1-2)

“Tetapi untuk semua perawat, menurut saya perawatannya ke pasien pasti sama, perhatiannya sama,” (P3 Q2 S13)

“Jadi tetap kami perlakukan mereka seperti pasien sadar. Begitu.” (P3 Q11 S4)

“Sebenarnya sama sih untuk pemberian pelayanan dengan pasien lain, terapi yang diberikan tetap sama, terapi gizi juga sama. Pelayanan yang diberikan ke pasien paliatif sama, tidak ada yang spesifik berbeda.” (P6 Q8 S1-2)

Selanjutnya dalam sub tema ini, partisipan P3, P5, P6 dan P7 mengungkapkan bahwa baik pasien paliatif maupun non paliatif di ruang ICU adalah sama. Mereka menyatakan bahwa dalam pemberian pelayanan di ICU, tidak membedakan pasien paliatif dan non paliatif. Adapun pernyataan dari partisipan P3, P5, P6 dan P7 terkait hal ini adalah sebagai berikut.

“Kalau mau dibilang beda perawatan, mungkin tidak. Karena sama sih, perawatannya sama.. em. Cuma itu, tingkat kasusnya.” (P3 Q2 S1-3)

“Kalau non paliatif ya? Dari segi tindakan terapi sebenarnya hampir sama, cuma kalau yang lebih agresif itu pasien yang non paliatif.” (P5 Q3 S1)

“Sama sih sebenarnya, untuk pasien-pasien paliatif dengan non paliatif itu sama kita berikan tindakan. Tidak ada beda sih..” (P6 Q4 S1-2)

“Ia tetap sama memberikan pelayan pada pasien paliatif dan non paliatif. Sampai meninggalpun kita tetap berikan obat-obatan. Memang tidak membeda-bedakan.” (P7 Q3 S5-6,12)

“Intinya tidak membedakan pasien paliatif dengan pasien yang tidak paliatif.” (P7 Q1 S55)

Di samping itu, sub tema tentang pemberian pelayanan tanpa membedakan pasien, didukung dengan pernyataan oleh partisipan yang mengungkapkan bahwa semua pasien ICU mendapat intervensi sama. Partisipan P3 dan P6 menyatakan bahwa ketika pasien sudah masuk ruang ICU semua perawatan yang diberikan adalah sama untuk semua pasien, termasuk pasien paliatif. Berikut adalah beberapa pernyataan dari partisipan P3 dan P6.

“Yang kita bilang ini paliatif atau tidak, karena namanya sudah masuk ICU, sama semua yang kami berikan. tidak ada beda sih yang mau dibilang.. oh ini paliatif, ini non paliatif. Tidak seperti itu, tetap sama apa yang akan kita lakukan.” (P3 Q2 S4-6)

“Intervensinya sih sama, menurut saya sama dengan pasien yang lain, karena perawatan di ICU sama semua.” (P3 Q11 S7)

“Sebenarnya untuk pasien-pasien biasa di ICU dengan pasien paliatif di ICU adalah sama. Kita rasa pelayanannya sama.” (P6 Q6 S1-2)

“Kami selama ini di ICU, tidak ada perbedaan terapi sih kepada pasien paliatif maupun yang tidak.” (P6 Q9 S3)

3) Memiliki Kompetensi Tenaga Kesehatan

Sub tema ini diungkapkan oleh partisipan P1, P3, P4, P5, dan P6. Beberapa hal yang diungkapkan oleh partisipan dalam sub tema memiliki kompetensi tenaga kesehatan ini adalah memiliki kemampuan dalam kerja sama tim, pengetahuan, skill dan pengalaman, serta kemampuan membangun relasi dengan pasien dan keluarga. Mereka mengungkapkan bahwa semua hal tersebut sangat mendukung dan mempermudah perawatan paliatif di ICU. Hal ini dinilai sebagai kompetensi tenaga kesehatan di ICU dalam bertindak profesional memberikan perawatan paliatif. Pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan P1, P3, P4, P5, dan P6 terkait sub tema ini adalah sebagai berikut.

“Kalau yang mempermudah seperti alat-alat yang mendukung atau fasilitas, kerja sama tim dengan perawat lain atau dokter.” (P1 Q12 S1)

“Hal yang mendukung perawatan paliatif di ICU.. em.. untuk ruangan ICU, kerja samanya yang baik, alatnya juga mendukung, apa lagi ya.. skillnya perawat. Jadi itu, kerja sama antar semua tenaga kesehatan ada, kolaborasinya ada, fasilitasnya ada, pengalaman atau skillnya perawat ada.” (P3 Q13 S1-2)

“Kalau untuk hambatan sih, sejauh ini tidak ada. Karena sama-sama juga, dari perawat maupun dokter, ya.. kan kita satu tim kan, jadi kita sering kerja sama.” (P5 Q5 S6-7)

“Kalau untuk skill saya juga tidak meragukan untuk perawat di ICU. Itu sih, jadi dari segi fasilitas, dari segi skill SDM nya itu baik, kerja sama juga baik.” (P6 Q13 S3,5)

“Sebenarnya yang mempermudah itu, otomatis e.. pengetahuan kita, kalau pengetahuan kita semakin baik, itu memudahkan kita untuk analisa lebih bagus, kalau kita lebih banyak belajar, banyak baca buku, banyak berinteraksi dengan guide lines atau jurnal.” (P4 Q7 S1)

“Jadi yang mempermudah itu, empati kita, pengetahuan kita, cara berinteraksi dengan orang, cara membangun hubungan dengan pasien dan keluarga, itu yang mempermudah semua.” (P4 Q7 S10)

4) Kolaborasi Perawatan dan Pengobatan

Sub tema ini diungkapkan oleh semua partisipan P1 sampai P7. Sub tema ini

diangkat karena berdasarkan pernyataan partisipan bahwa dalam memberikan perawatan paliatif di ICU, semua tindakan dikolaborasikan antara perawat dan dokter. Beberapa tindakan perawatan paliatif yang dikolaborasikan seperti pemberian obat dan pemberian alat penunjang misalnya ventilator. Setiap kali ada perubahan kondisi pasien, perawat melaporkan situasi tersebut kepada dokter dan sama-sama memberikan tindakan. Pasien paliatif di ICU pada umumnya banyak dengan keluhan nyeri, apalagi pasien dengan penyakit kanker, salah satu tindakan kolaborasi yaitu terapi penanganan nyeri, baik dengan farmakologi maupun non farmakologi. Beberapa pernyataan dari setiap partisipan terkait kolaborasi tindakan adalah sebagai berikut.

“Kalau kami di sini sih, biasanya kan dokter yang memberikan instruksi.” (P1 Q11 S1)

“Tindakan kolaborasi yang diberikan, biasanya adalah pemberian terapi, pemasangan alat bantu napas.. ventilator, atau tindakan hemodialisa. Itu biasanya yang dikolaborasikan dengan dokter.” (P2 Q5 S1)

“Oh ia ya yang paliatif. Kalau pasien yang tidak sadar, paling kolaborasi dengan dokter. Paling terapi obat. Kalau pasien yang paliatif untuk terapi non farmakologi sudah.. tinggal pemberian obat.” (P2 Q17 S1-4)

“Kalau dengan dokter, biasanya sih.. dokter kan biasanya berikan terapi atau instruksi.” (P3 Q4 S1)

“Dari perawat.. penurunan fungsi atau penurunan kesadaran, sudah mau RIP. Kalau saya pribadi, pertama laporkan dulu ke dokter jaga terkait keadaan pasien seperti apa, sambil melakukan apa yang bisa kita lakukan. Misalnya mau naikan apa, mau lakukan apa, tetapi harus lapor dulu ke dokter. Dok, pasien mengalami kondisi begini, kami akan lakukan ini ya. Dokter akan jawab oh ia..” (P3 Q12 S1-5)

“Dokter yang melihat dan memutuskan untuk masuk ICU. Setelah pasien masuk, kami perawat yang kaji semua, lalu kita sampaikan ke dokter kondisi pasien.” (P4 Q5 S6-7)

“Pokoknya di saat itu juga langsung lapor, respon time nya tidak sampai 1 menit langsung laporkan. Dan kita langsung berikan tindakan sama-sama. (P4 Q5 S25-26)

“Kolaborasinya juga baik, baik perawat dengan perawat, perawat dengan dokter, interpersonal nya baik sih untuk ICU.” (P4 Q5 S37)

“Intervensi tindakan ke pasien.. rata-rata pasien yang di ICU itu, paling sering dengan nyeri, dengan cancer pain atau tumor pain. Untuk penanganannya kita memang cenderung mengarah ke mengatasi nyeri, baik obat opioid atau obat analgesic lainnya yang bisa kita berikan ke pasien. Lebih ke terapi penanganan nyeri. Tapi paling sering, pasien-pasien yang paliatif paling banyak dengan keluhan nyeri.” (P5 Q2 S1-3,5)

“Untuk atasi nyeri sebenarnya kalau paliatif. Seperti itu.” (P6 Q1 S12)

“Em.. contohnya kalau pasien paliatif kita tanya ke perawat, pasien mengeluh nyeri tidak? Mengeluh nyeri dok. Karena pelayanan yang memang itu.. perawat kan. Misalkan dia ada Ca di sini, merawat luka, itu semua perawat yang lakukan. Jadi kita tanya kondisi keadaan pasien, misalkan dia ada Ca terus ada benjolan, ada tumor, ada luka. Terus kita tanya dimana? Ada fotonya tidak. Kita lihat. Itu kolaborasi. Karena kadang ketika sudah.. sebelum dirawat luka, mereka foto dulu, sebelum dirawat dan sesudah dirawat. Jadi kita nilai, kita lihat, itu salah satu bentuk kolaborasi dari perawat dan dokter.” (P7 Q5 S1-9)

Selain itu, kolaborasi antara perawat dan dokter tercermin dalam diskusi perawat dan dokter saat melakukan pelayanan kepada pasien. Perawat melaporkan keadaan pasien kepada dokter untuk melakukan kolaborasi tindakan, mencari literatur dan berembuk untuk memberikan pelayanan terbaik kepada pasien. Beberapa pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan P2, P3, P5 dan P6 terkait diskusi perawat dan dokter dalam kolaborasi tindakan, adalah sebagai berikut.

“Ia.. Biasanya kami laporkan lagi.. misalnya oh dok, pasien ini gula darahnya sudah stabil. Nanti dokter sampaikan, oh ia nanti diobservasi lagi, lalu turunkan dosis insulinnya.” (P2 Q14 S2-3)

“Itu sih, kami berembuk ulang, yang baik untuk pasien yang mana sih. Misalkan, dok kalau menurut saya, ini mungkin ya? Dokter misalkan jawab, oh.. tunggu k’..” (P3 Q15 S9-11)

“biasanya kami mencari literatur dulu baiknya seperti apa. Misalkan, dok yang saya tahu, yang perawatan terbaru waktu saya ikut pelatihan begini. Lalu dokter jawab, tunggu, saya lihat lagi ya.. Biasanya seperti itu.” (P3 Q15 S1-13)

“Kecuali kalau bisa kita komunikasikan bersama kita akan komunikasikan. Jadi diskusi bersama, pemikirannya apa, pandangannya apa.” (P5 Q8 S10-11)

“Biasanya kalau sudah mendengar Ca, konsul yang masuk ke ICU kan, jadi biasanya perawat yang akan bantu kami untuk berikan masukan. Misalnya

dok, ada yang sebenarnya masih prioritas 1.. seperti itu.” (P6 Q12 S10-11)

Terdapat beberapa ciri khas perawatan paliatif yang muncul pada tema “Profesional Caring” yang dinilai memberikan karakteristik esensial dalam perawatan paliatif di ICU, diantaranya adalah memberi perawatan dengan tindakan minimal, dimana menurut partisipan bahwa perawatan paliatif tidak diberikan secara agresif dan tidak bermaksud untuk memberikan kesembuhan. Selanjutnya perawatan paliatif di ICU terkait tema ini menurut pengalaman partisipan diberikan sesuai standar khususnya menggunakan SOP penapisan perawatan paliatif. Selain itu, perawatan paliatif di ICU diperlukan kerja sama tim interprofesional. Partisipan mengungkapkan bahwa dalam memberikan perawatan paliatif terdapat kolaborasi perawatan dan pengobatan yakni kolaborasi tindakan dan diskusi perawat dan dokter.

4.2 Pembahasan

Pemberian perawatan paliatif di unit perawatan intensif sesuai dengan pengalaman partisipan merupakan sebuah tindakan perawatan yang diberikan secara profesional. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa tindakan profesional sebagai tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan paliatif di ICU seperti memberi perawatan rutinitas sesuai standar, memberi pelayanan tanpa membedakan pasien, kompetensi tenaga kesehatan serta kolaborasi perawatan dan pengobatan. Di tahun 2018 *National Coalition for Hospice and Palliative Care* (NCHPC) menyatakan bahwa dalam melakukan perawatan paliatif harus berfokus pada manajemen secara profesional (NCHPC, 2018). Manajemen secara profesional ini dilihat sebagai tindakan profesional tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan paliatif di ICU.

Memberi perawatan sesuai standar dalam tema bertindak profesional merupakan salah satu dari delapan domain perawatan paliatif (NCHPC, 2018). Domain tersebut adalah *ethical and legal aspects of care* (aspek legal dan etik dalam praktik perawatan) yang menjelaskan bahwa standar praktik profesional akan menjadi sebuah dasar dalam rencana dan tujuan perawatan paliatif. Di samping itu, penelitian yang dilakukan oleh Mercadante et al. (2018) menyebutkan bahwa tujuan perawatan dalam manajemen dasar terkait dengan prognosis dan preferensi pasien menjadi salah satu aspek penting dari

perawatan paliatif dan harus menjadi bagian praktik ICU secara rutin. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh partisipan P4 bahwa perawatan paliatif di ICU sifatnya dilakukan rutinitas setiap hari untuk menjaga kestabilan hemodinamik pasien.

Selanjutnya bertindak profesional dalam perawatan paliatif di ICU, partisipan mengungkapkan bahwa dilakukan dengan meminimalkan tindakan dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien. Minimal tindakan yang dimaksudkan yaitu pemberian tindakan tidak lagi terlalu agresif dan tidak dimaksudkan untuk memberikan kesembuhan pada pasien, karena sudah bisa diprediksi bahwa pasien paliatif sudah mengarah ke kondisi terminal. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Black & Hawks (2012) yang mengungkapkan bahwa perawatan paliatif merupakan layanan kesehatan yang bukan memberikan kesembuhan. Selain itu, Coelho and Yankaskas (2017) juga mengungkapkan dalam penelitian mereka bahwa semua pasien yang masuk di ruang ICU biasanya diperhadapkan dengan penyakit terminal yang pada akhirnya menuju pada kematian. Oleh karena itu penelitian yang dilakukan oleh EunSeok et al. (2020) menyatakan bahwa perawat dan dokter sebagai tenaga profesional di ICU harus memiliki kemampuan perawatan paliatif dalam merawat pasien dengan kondisi terminal.

Di lokasi penelitian, sebelum pasien paliatif masuk ke ruang ICU, berdasarkan SOP pasien tersebut akan dinilai oleh dokter untuk menentukan skala prioritas. Di samping itu, dokter juga akan melakukan skrining untuk proses penapisan perawatan paliatif. Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh Putranto (2015) dalam modul perawatan paliatif bahwa dalam melakukan skrining pasien paliatif bisa menggunakan skoring penapisan pasien paliatif care. Berdasarkan pengalaman yang diungkapkan oleh partisipan bahwa pasien paliatif yang masuk ke ICU adalah pasien prioritas tiga. Hal ini senada juga dengan yang disebutkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 812/MENKES/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif, bahwa pasien paliatif di ICU bisa dipertimbangkan untuk masuk pada pasien prioritas 3 (tiga).

Setelah pasien paliatif sudah diputuskan untuk dirawat di ruang ICU, tenaga kesehatan akan memberikan perawatan sesuai rutinitas dan memberikan pelayanan yang sama dengan pasien lainnya di ICU termasuk pasien non paliatif. Berdasarkan pengalaman partisipan bahwa mereka memberikan pelayanan sama kepada semua pasien di ICU dan tidak membedakan pasien. Pasien paliatif yang dirawat di ICU biasanya

adalah pasien yang membutuhkan perawatan lebih lanjut karena sudah mengalami perburukan, sehingga perawatannya akan sama dengan pasien ICU lainnya. Partisipan juga menyatakan bahwa pasien paliatif dan non paliatif di ICU adalah sama dan diberikan intervensi sama. Peneliti berasumsi bahwa mereka memberikan pelayanan sama kepada semua pasien di ICU, karena seperti yang diungkapkan dalam hasil penelitian oleh Coelho and Yankaskas (2017) dan EunSeok et al. (2020) bahwa semua pasien yang masuk di ICU diperhadapkan dengan penyakit terminal. Sehingga dalam kondisi terminal tersebut perawat dan dokter tetap memberikan perlakuan dan perhatian sama kepada semua pasien ICU, seperti memberikan obat, mobilisasi, ventilator, cairan dan nutrisi.

Pelayanan paliatif profesional yang diberikan oleh tenaga kesehatan di ICU tentunya harus didukung dengan kompetensi yang memadai. Kompetensi tenaga kesehatan yang diungkapkan oleh partisipan seperti kerja sama tim; pengetahuan, skill dan pengalaman; serta kemampuan membangun relasi dengan pasien dan keluarga. Menurut partisipan bahwa kerja sama tim adalah hal pendukung dalam melaksanakan perawatan paliatif di ICU. Seperti yang disebutkan oleh Black and Hawks (2014) dan NCHPC (2018) serta penelitian sebelumnya oleh Penrod et al. (2012) bahwa kerja sama tim interdisipliner adalah aspek mayor dalam mendukung kesinambungan perawatan paliatif. Selain kerja sama yang baik, tenaga kesehatan di ICU harus dilengkapi dengan pengetahuan, skill dan pengalaman. Pernyataan tersebut didukung dengan beberapa hasil penelitian dari Coelho and Yankaskas (2017), EunSeok et al. (2020), Altaker et al. (2018), Holms et al. (2014), dan Noome et al. (2017) bahwa tenaga kesehatan perlu mengembangkan pengetahuan dan keterampilan dalam meningkatkan pengembangan diri terkait perawatan paliatif di ruang ICU.

Selain pengetahuan dan keterampilan, tenaga kesehatan dituntut untuk memiliki kemampuan dalam membangun relasi dengan pasien dan keluarga. Hal ini didukung oleh hasil penelitian dari Jennifer et al. (2017) bahwa kompetensi tenaga kesehatan dalam perawatan paliatif di ICU adalah mediasi konflik dan komunikasi empati. Dimana kedua hal ini dinilai sebagai kemampuan dalam mengatasi konflik keluarga dengan tim interdisiplin, menggunakan bahasa komunikasi yang tepat dan mudah dimengerti oleh pasien dan keluarga. Melakukan komunikasi empati yang tepat akan sangat membantu tenaga kesehatan untuk meningkatkan relasi yang baik dengan pasien dan keluarga. Hal

ini juga didukung oleh penelitian sebelumnya oleh Efstathiou dan Walker (2014) dan Johnson Wai Keung, Yu Hung, dan Johnson Wai Keung, Yu Hung, and Che Pang (2016) bahwa para tenaga kesehatan harus menjalin hubungan saling percaya bersama pasien dan keluarga atau menjadi penghubung antara pasien dan keluarga. Dengan demikian baik pasien maupun keluarga akan mendukung setiap pelayanan perawatan paliatif yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Berkaitan dengan kerja sama tim, kolaborasi perawatan dan pengobatan merupakan salah satu pendukung untuk keberhasilan tindakan profesional dalam perawatan paliatif di ICU. Beberapa hasil penelitian telah membuktikan bahwa kolaborasi tindakan antara perawat dan dokter sangat dibutuhkan dalam perawatan paliatif di ICU. Apalagi perawat dan dokter sebagai pemberi layanan pertama (*first line*) di ICU (Ke et al., 2019). Partisipan mengungkapkan bahwa hampir semua tindakan perawatan paliatif di ruang ICU dikolaborasikan terutama untuk pemberian obat. Selain itu, kolaborasi ini tercermin dalam diskusi antara perawat dan dokter terkait perkembangan kondisi pasien. Mereka sering melakukan komunikasi laporan perkembangan pasien dan mencari literatur terkini terkait penanganan pasien apabila menemukan permasalahan pelayanan paliatif di ICU.

Kolaborasi perawatan dan pengobatan merupakan kolaborasi tindakan interdisiplin perawat dan dokter dalam memaksimalkan perawatan paliatif di ICU. Seperti pernyataan yang disampaikan oleh NCHPC (2018), WPCA (2014), Black and Hawks (2014), dan Yodang (2018) bahwa perawatan paliatif diimplementasikan dengan pendekatan interdisiplin kepada pasien dan keluarga. Selain itu penelitian lain juga mengungkapkan bahwa kolaborasi pelayanan interprofesional perawat dan dokter sangat menentukan dalam mempromosikan pelayanan kesehatan termasuk perawatan paliatif (Caricati et al., 2016). Jelas juga diungkapkan oleh partisipan dalam pengalaman mereka terkait pemberian perawatan paliatif di ICU bahwa antara perawat dan dokter selalu ada komunikasi. Seperti yang disampaikan dalam penelitian dari Altaker et al. (2018), Holms et al. (2014), dan Noome et al. (2017) bahwa komunikasi yang baik antar tenaga kesehatan akan sangat membantu pelayanan perawatan paliatif.

UKDLSM

BAB V

PENUTUP

Uraian pada Bab ini akan menjelaskan tentang kesimpulan dan saran yang didapatkan berdasarkan temuan hasil penelitian melalui pengalaman tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan paliatif di ICU.

5.1 Simpulan

Pengalaman tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan paliatif digambarkan melalui enam tema terkait, yakni Pemberian Pelayanan Profesional, Komunikasi Intensif Berkualitas, Pelibatan Keluarga Dalam Perawatan Akhir Hidup, Pengendalian Perasaan Diri Tenaga Kesehatan, Pelayanan Holistik Paliatif, dan Penyediaan Dukungan Fasilitas. Setelah dilakukan eksplorasi persepsi, pemahaman dan penerapan perawatan paliatif oleh perawat dan dokter di ruang ICU ditemukan bahwa perawatan paliatif di ICU merupakan suatu rangkaian tindakan profesional dengan menggunakan komunikasi intensif yang berkualitas di akhir hidup pasien. Tindakan profesional di akhir hidup pasien tersebut, harus disertai dengan kemampuan untuk mengendalikan perasaan dalam memfasilitasi pelayanan secara holistik dengan dukungan fasilitas yang tersedia di ICU. Selanjutnya peneliti telah mengidentifikasi intervensi interprofesional perawat dan dokter dalam perawatan paliatif di ruang ICU yaitu kolaborasi perawatan dan pengobatan, komunikasi interaktif berkualitas, dan pelayanan holistik paliatif. Di samping itu, peneliti telah mengidentifikasi hambatan dalam integrasi pelayanan perawatan paliatif di ruang ICU, diantaranya yaitu belum tersedianya ruangan khusus untuk pasien paliatif dan belum terbentuk divisi perawatan paliatif di lokasi penelitian.

Peneliti menandakan kembali bahwa berdasarkan pengalaman partisipan telah ditemukan beberapa karakteristik esensial dalam perawatan paliatif di ICU. Karakteristik esensial yang dimaksud adalah ciri khas dari perawatan paliatif di ICU yang diungkapkan oleh partisipan, diantaranya yaitu memberi perawatan dengan tindakan minimal, kolaborasi perawatan dan pengobatan, menyampaikan berita buruk, komunikasi dengan tim multidisiplin, perawatan pasien mendekati akhir hidup, pelibatan keluarga, membiasakan diri dengan suasana berduka, mengendalikan perasaan berat dan sedih,

pendekatan psikologis dan spiritual care, pendekatan holistik, perawatan kenyamanan dan bebas nyeri, serta menyediakan ruangan khusus untuk perawatan paliatif. Selain karakteristik esensial tersebut, peneliti juga menemukan beberapa karakteristik lain berkaitan dengan pengalaman perawat dalam memberikan perawatan paliatif di ICU, diantaranya adalah memberi perawatan rutinitas sesuai standar, memberi pelayanan tanpa membedakan pasien, memiliki kompetensi tenaga kesehatan, edukasi penanganan pasien kepada keluarga, memberi perawatan terbaik, menghormati pasien, dukungan fasilitas di ruang ICU, dan dukungan ketersediaan SOP.

Terdapat beberapa *new insight* yang peneliti temukan berdasarkan hasil penelitian yang tidak diungkapkan dari penelitian sebelumnya yaitu pertama, tema tentang komunikasi intensif berkualitas. Di saat tenaga kesehatan memberikan perawatan paliatif di ruang ICU, mereka sering melakukan komunikasi dengan pasien maupun keluarga terkait dengan kondisi yang dialami pasien. Komunikasi tersebut dilakukan kapan saja oleh perawat dan dokter berkaitan dengan penjelasan proses penyakit, tindakan yang akan diberikan dan risiko/manfaatnya, bahkan komunikasi untuk memotivasi pasien dan keluarga. Kedua, tema tentang pelibatan keluarga dalam perawatan akhir hidup. Pasien paliatif yang masuk ke ruang ICU semuanya adalah pasien dengan kondisi kritis bahkan sudah mendekati akhir hidup. Meskipun dalam kondisi kritis, tim paliatif tetap berupaya melakukan tindakan semaksimal mungkin untuk memperpanjang hidup pasien meskipun pada akhirnya pasien tidak akan sembuh.

Ketiga, tema tentang penyediaan dukungan fasilitas. Fasilitas ruang perawatan intensif berbeda dengan fasilitas yang ada di ruang perawatan biasa, karena dilengkapi dengan peralatan monitoring untuk mengawasi status hemodinamik pasien dengan kondisi kritis. Hal ini sangat mempermudah perawat dan dokter dalam memberikan pelayanan di ICU, sehingga pasien paliatif di ruang ICU lebih terkontrol dan mudah pengawasannya. Selanjutnya, terkait dengan hambatan dalam perawatan paliatif, semua partisipan mengungkapkan bahwa tidak ditemui hambatan dalam memberikan perawatan paliatif di ICU, karena semua tim saling mendukung satu dengan lainnya.

5.2 Saran

5.2.1. Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan informasi teoritis tentang perawatan paliatif di ICU. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terus mengalami perubahan, demikian juga pengetahuan perawatan paliatif yang diperoleh dari pengalaman partisipan ternyata terdapat perbedaan dari penelitian sebelumnya. Oleh karena itu, pendidikan keperawatan terkait dengan perawatan paliatif harus dilakukan penyesuaian berdasarkan hasil penelitian terkini untuk pengembangan perawatan paliatif khususnya di ruang ICU.

5.2.2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber referensi dalam meningkatkan kualitas pelayanan paliatif di rumah sakit khususnya di ruang ICU. Perawatan paliatif wajib diterapkan di ICU, oleh karena itu tenaga kesehatan yang bertugas di dalamnya termasuk perawat dan dokter perlu dilengkapi dengan pelatihan atau pendidikan terkait dengan perawatan paliatif sehingga bisa menerapkan perawatan paliatif dengan maksimal kepada pasien maupun keluarga. Partisipan mengungkapkan bahwa mereka belum pernah mengikuti pelatihan terkait perawatan paliatif, oleh karena itu dari pihak rumah sakit dapat memfasilitasi pelatihan tersebut sehingga pengetahuan tenaga kesehatan terkait perawatan paliatif sesuai dengan perkembangan yang ada saat ini.

Peneliti juga memberikan beberapa rekomendasi terkait dengan peningkatan pelayanan keperawatan di rumah sakit lokasi penelitian. Rekomendasi ini diberikan berdasarkan temuan hambatan dalam integrasi pelayanan perawatan paliatif di ruang ICU. Ditemukan bahwa belum tersedianya ruangan khusus untuk pasien paliatif dan belum terbentuk divisi perawatan paliatif di lokasi penelitian. Berdasarkan hal tersebut, peneliti memberikan rekomendasi kepada pihak rumah sakit agar dapat menyediakan ruangan khusus untuk perawatan paliatif supaya semua pasien paliatif tidak perlu lagi dilakukan perawatan di ICU. Dengan demikian tenaga kesehatan baik perawat dan dokter di ICU lebih fokus melakukan pelayanan terhadap pasien ICU. Di samping itu, pihak rumah sakit juga perlu membentuk tim divisi perawatan paliatif untuk melakukan pengelolaan dan perawatan khusus pasien paliatif di unit perawatan paliatif yang nantinya akan disiapkan. Dengan demikian apabila ada pasien paliatif yang masuk

di rumah sakit, dokter penanggung jawab pasien tidak perlu lagi melakukan konsultasi ke ruang ICU tetapi langsung berkonsultasi dengan tim divisi perawatan paliatif untuk pemberian layanan lebih lanjut terhadap pasien paliatif dan keluarganya.

5.2.3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar atau acuan untuk penelitian selanjutnya terkait dengan perawatan paliatif di ICU. Temuan hasil penelitian ini didapatkan dari pengalaman perawat dan dokter, oleh karena itu pada penelitian selanjutnya dapat dipertimbangkan untuk melibatkan tenaga kesehatan lainnya sehingga bisa memperoleh gambaran lebih lengkap berkaitan dengan keterlibatan tim multidisiplin ilmu dalam perawatan paliatif di ICU. Selain itu, penelitian selanjutnya dapat mempertimbangkan menggunakan metode penelitian lain untuk memperoleh variasi temuan penelitian terkait perawatan paliatif di ICU.

UKDLSM

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/jbisir-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, & Kardiyudiani. (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., Sutandiyo, 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