

**GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PERAWATAN
PALIATIF DI *SILOAM HOSPITAL* BALIKPAPAN**

SKRIPSI



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2020

**GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PERAWATAN
PALIATIF DI *SILLOAM HOSPITAL* BALIKPAPAN**

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana (S.Kep)



PROGRAM STUDI

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2020



HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PERAWATAN
PALIATIF DI SILOAM HOSPITAL BALIKPAPAN

SKRIPSI

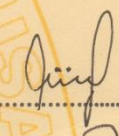
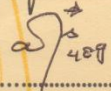

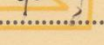
Disusun Oleh:

ROMAIDA HALOHO

B1813613601

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 18 Februari 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. **Ns. Abdurrahman, S.Kep., M.Kep** (.....) 
NIK. 113072.85.19.138
2. **Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep** (.....) 
NIK. 113072.86.18.128
3. **Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.S** (.....) 
NIK. 113072.88.17.096
4. **Ns. Siti Mukaromah, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.Kom** (.....) 
NIK. 113072.82.09.024

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Romaida Haloho
NIM : B1813613601
Program Studi : S.1 Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif
Di Siloam Hospital Balikpapan

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Balikpapan, 1 Februari 2020

Yang membuat pernyataan

Romaida Haloho

NIM B1813613601

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif di *Siloam Hospital Balikpapan*”**. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Keperawatan Kesehatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa ada bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Ns., Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya.
4. Direktur *Siloam Hospital Balikpapan* dan Kepala Unit HD, ICU dan IPD di *Siloam Hospital Balikpapan* yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
5. Ns. Wahyu Dewi S.Kep, M.S selaku dosen Pembimbing 1 yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.

6. Ns. Siti Mukaromah S.Kep., M.Kep selaku dosen Pembimbing II, yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan proposal ini.
7. Ns Abdurrahman S.Kep., M.Kep selaku Penguji I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini
8. Ns Aries Abiyoga. S.Kep, M.Kep selaku Penguji II yang telah menyediakan waktu tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini
9. Dosen dan Tenaga Kependidikan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang senantiasa memberi bimbingan serta ilmu selama menempuh pendidikan di STIKES Wiyata Husada Samarinda.
10. Kepada keluarga besarku serta mamaku tercinta Bunga Rini Sijabat khususnya suami tercinta Kekman Lumban Gaol dan ketiga buah hatiku Ruth Putri LG, Samuel Putra LG dan Daniel Putra LG yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta doa untuk keberhasilan selama menempuh pendidikan di STIKES Wiyata Husada Samarinda.
11. Rekan mahasiswa Program Studi Reguler Transfer S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda
12. Rekan kerja di *Siloam Hospital* Balikpapan yang senantiasa membantu dan memberi support selama menempuh pendidikan

Semua pihak yang telah membantu penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Balikpapan, Februari 2020

Peneliti

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Romaida Haloho
NIM : B1813613601
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif Di Siloam Hospital Balikpapan

Beserta prangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihkan/formatkan, mengelola data dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Balikpapan, Februari 2020

Yang Menyatakan

(Romaida Haloho)

ABSTRAK

Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif Di *Siloam Hospital Balikpapan*

Romaida Haloho¹, Wahyu Dewi², Siti Mukaromah³

Latar belakang: Keperawatan paliatif merupakan pelayanan kesehatan yang manusiawi yang diberikan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang memiliki penyakit serius atau mengancam jiwa. Di Indonesia, masih jarang ditemukan perawatan paliatif karena lebih berfokus dengan tindakan kuratif dan kurangnya pemahaman perawat mengenai pentingnya perawatan paliatif. Masyarakat juga menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal. **Tujuan:** Untuk mengidentifikasi karakteristik responden dan skor pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di *Siloam Hospitals Balikpapan*. **Metode:** Jenis penelitian yang digunakan yaitu *descriptive quantitative* dengan teknik pengambilan sampling *Exhaustive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 50 orang. Analisa data menggunakan analisa univariat. **Hasil:** hasil analisa didapatkan pengetahuan mengenai manajemen nyeri dan gejala memiliki derajat yang tinggi dengan hasil 6.72, filosofi dan prinsip perawatan paliatif yang didapatkan adalah 2.28, dan perawatan psikososial dan spiritual dengan hasil yaitu 0.60. **Kesimpulan:** Perawat harus memiliki tanggung jawab yang baik dan keputusan untuk memberi rana perawatan pada pasien yang mendapatkan perawatan paliatif di rumah sakit

Kata Kunci : Pengetahuan Perawat, Perawatan Paliatif, Rumah Sakit

¹⁻³Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

ABSTRACT

The Description of Nurse Knowledge About Palliative Care at Siloam Hospital Balikpapan

Romaida Haloho¹, Wahyu Dewi², Siti Mukoaromah³

Background : Palliative nursing is a humane health service provided to improve the quality of life of patients who have serious or life-threatening illnesses. In Indonesia, palliative care is still rarely found because it is more focused on curative measures and the nurse's lack of understanding of the importance of palliative care. The community also considers palliative care only for patients in terminal conditions. **Objective:** To identify respondent characteristics and nurse knowledge scores about palliative care at Siloam Hospitals Balikpapan. **Method :** The type of research used is descriptive quantitative with sampling univariate analysis. **Results:** the analysis result obtained knowledge about the management of pain and symptoms has a high degree with a result of 6.72, the philosophy and principles of palliative care obtained were 2.28, and psychosocial and spiritual care with a result of 0.60. **Conclusion :** Nurses must have good responsibility and the decision to provide a treatment option for patients who are receiving palliative care at the hospital

Keywords : Nurse Knowledge, Palliative Care, Hospital

¹⁻³Nursing Studies, STIKES Wiyata Husada Samarinda

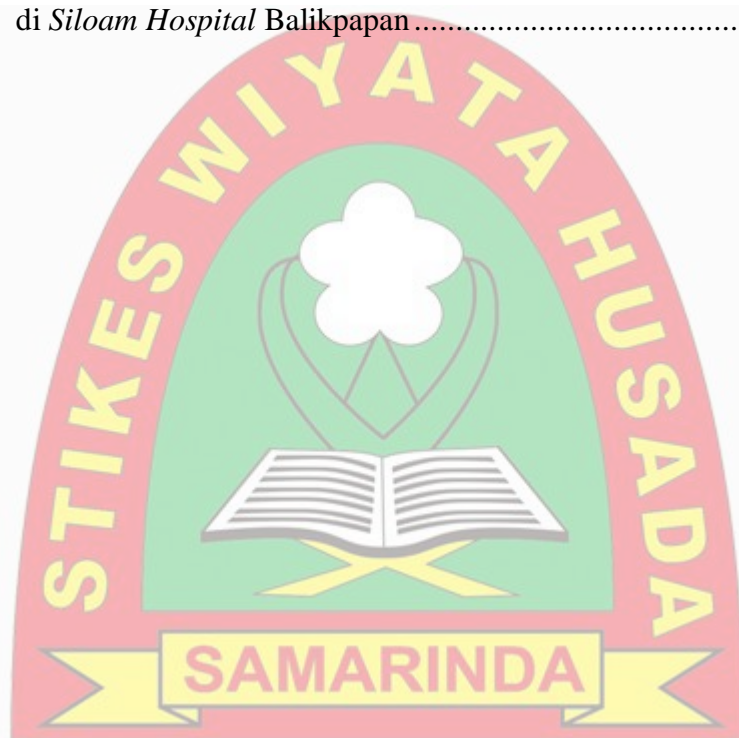
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK.....	vi-vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	ix-x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian	5
E. Penelitian Terkait	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Perawatan Paliatif.....	8
B. Pengetahuan Perawat.....	24
C. Kerangka Teori Keperawatan	27
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	

A. Rancangan Penelitian	28
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	28
C. Populasi Dan Sample.....	28
D. Variable Penelitian	29
E. Definisi Operasional.....	30
F. Waktu dan Waktu Penelitian	30
G. Instrumen Penelitian	30
H. Prosedur Penelitian	31
I. Analisa Data.....	32
J. Etika Penelitian	36
K. Alur Penelitian	37
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	39
B. Pembahasan	42
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	47
B. Saran	47
DAFTAR PUSTAKA.....	49
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	57

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronik	20
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	30
Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen Penelitian	30
Tabel 3.3 Kisi-Kisi Instrument Pengetahuan	31
Tabel 4.1 Distribusi Data Demografi Karakteristik Responden.....	40
Tabel 4.2 Distribusi Pengetahuan Berdasarkan Domain Pertanyaan ...	41
Tabel 4.3 Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif di <i>Siloam Hospital</i> Balikpapan.....	42



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Model *paliative care* 14



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Keperawatan.....	26
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	28
Skema 3.2 Alur Penelitian.....	37



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuisisioner
- Lampiran 2 : Surat Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 3 : Surat Ijin Uji Validitas
- Lampiran 4 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 5 : Persetujuan Responden
- Lampiran 6 : Hasil Analisa Data
- Lampiran 7 : Dokumentasi



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keperawatan paliatif merupakan pelayanan kesehatan yang manusiawi yang diberikan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang memiliki penyakit serius atau mengancam jiwa seperti kanker. Keperawatan paliatif adalah pendekatan perawatan yang ditujukan kepada orang secara keseluruhan, bukan hanya penyakitnya. Tujuannya adalah untuk mencegah atau mengobati, sedini mungkin gejala dan efek samping penyakit dan pengobatannya, selain masalah psikologis, sosial, dan spritual yang terkait (*National Cancer Institute, 2017*).

Menurut *World Health Organization (2016)*, perawatan paliatif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah terkait dengan penyakit yang mengancam nyawa melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan dengan cara identifikasi dini pemeriksaan yang baik, terapi rasa sakit dan masalah lainnya yaitu masalah fisik, psikososial dan spritual (*Rasjidi, 2010*).

Menurut *World Health Organization (2016)* penyakit-penyakit yang termasuk dalam perawatan paliatif seperti penyakit kardiovaskular dengan prevalensi 385%, kanker 34%, penyakit perpanasan kronis 10,3% HIV/AIDS 5,7%, diabetes 4,6% dan memerlukan perawatan paliatif sekitar 40-60%. Pada tahun 2011 terdapat 29 juta orang meninggal dikarenakan penyakit yang membutuhkan perawatan paliatif. Kebanyakan orang yang membutuhkan perawatan paliatif berada pada kelompok dewasa 60% dengan dengan usia lebih dari 60 tahun, dewasa (usia 15-59 tahun) 25% pada usia 0-14 tahun yaitu 6% (*Baxter, et al, 2014*).

Perawatan paliatif seharusnya diberikan sejak awal diagnosa, namun banyak penyedia layanan kesehatan yang tidak mengetahui hal tersebut. Sebuah penelitian menyatakan sebanyak 62% perawatan paliatif tidak diberikan pada awal ditegakkan diagnosa karena perawat tidak tahu mengenai intervensi dini perawatan paliatif (*Gopal & Arvhana, 2016*). Namun perawatan paliatif masih jarang ditemukan di karena lebih

berfokus dengan tindakan kuratif selain itu perawatan paliatif juga masih jarang ditemukan di Indonesia, hal ini disebabkan kurangnya pemahaman kesadaran perawat mengenai pentingnya perawatan paliatif. (Irawan 2013). Sejauh ini sudah ada lima Rumah Sakit yang dinilai mampu memberikan perawatan paliatif di Indonesia tetapi masih belum optimal. Kelima Rumah Sakit ini ada di Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar dan Makassar (Yodang, 2018).

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007 tantangan yang kita hadapi pada di hari-hari kemudian nyata sangat besar. Meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan baik pada dewasa dan anak seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, *Cystic Fibrosis*, Stroke, Parkinson, Gagal Jantung/*Heart Failure*, penyakit genetik dan penyakit infeksi seperti HIV/AIDS yang memerlukan perawatan paliatif, di samping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Namun saat ini, pelayanan kesehatan di Indonesia belum menyentuh kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan tersebut, terutama pada stadium lanjut dimana prioritas pelayanan tidak hanya pada penyembuhan tetapi juga perawatan agar mencapai kualitas hidup yang terbaik bagi pasien dan keluarganya (Fitria, 2010).

Kebijakan perawatan paliatif sebenarnya telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan tahun 2007, namun penerapan perawatan paliatif di Indonesia sendiri memang belum banyak. Salah satu tantangannya adalah terkait bagaimana para tenaga kesehatan memandang persoalan kematian pasien. Masih banyak Rumah Sakit yang belum memahami bahwa seharusnya pasien diberikan perawatan paliatif, terutama untuk pasien dengan stadium terminal (Kristanti, 2014). Selain hal itu, secara global, WHO (2014) melaporkan bahwa pendidikan dan pengetahuan para petugas kesehatan masih sangat minim mengenai perawatan pasien di area paliatif (Yodang, 2018).

Masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Namun konsep baru

perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan baik. Perawatan paliatif bersifat pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi berdasarkan falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya (Fitria 2010).

Perawatan paliatif berkelanjutan yang bermanfaat untuk meningkatkan kualitas hidup, mengurangi keluhan pasien, memberikan dukungan spiritual dan psikososial yang diberikan sejak mulai ditegakkannya diagnosa hingga akhir hayat. Dukungan persiapan akhir hayat, penatalaksanaan nyeri, penatalaksanaan keluhan fisik lain, dukungan psikologis, dukungan sosial, dukungan kultural dan spiritual merupakan perawatan paliatif yang dapat dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan/rawat rumah (Kemenkes, 2009)

Data kasus tiga bulan terakhir terhitung dari bulan Juni sampai Agustus 2019 pasien yang berobat ke *Siloam Hospital* Balikpapan dengan memiliki penyakit kronis sebanyak 1.629 kasus diantaranya penyakit Diabetes Melitus 49 orang (3%), Kanker 36 orang (2,2%), stroke 8 orang (0,4%), CHF (gagal jantung) 31 orang (1,9%), dan CKD dengan kategori rawat inap 69 orang (4,2%) dan rawat jalan 1146 orang (703%), penyakit paru obstruktif kronis 290 orang (17,8%), infeksi seperti HIV/AIDS 0. Data di ambil pada tanggal 7-8 Oktober 2019 di ruang rekam medik *Siloam Hospital* Balikpapan.

Studi pendahuluan melalui wawancara pada tanggal 20 September 2019 dengan 10 perawat, 2 (20%) diantaranya perawat hanya menjelaskan pengertian perawatan paliatif adalah perawatan pasien terminal atau diambang ajal dan 2 (20%) orang yang menyatakan tidak tahu tentang perawatan paliatif dan tidak mengetahui dimana tempat perawatan paliatif, sedangkan 6 (60%) diantaranya tidak mengetahui sama sekali apa itu perawatan paliatif. Praktik di lapangan perawatan paliatif di *Siloam Hospital* Balikpapan juga belum menyentuh kebutuhan

pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan Hal ini merupakan fenomena yang terjadi diruang rawat inap *Siloam Hospital* Balikpapan.

Berdasarkan hal tersebut menjadi sebuah fenomena yang perlu diteliti lebih lanjut karena belum pernah ada peneliti yang meneliti di *Siloam Hospital* Balikpapan mengenai gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif. Dengan demikian, peneliti perlu untuk mengetahui “Bagaimana Gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif”

B. Rumusan Masalah

Perawatan paliatif di Indonesia sendiri masih kurang terkait dengan tantangan bagaimana tenaga kesehatan memandang persoalan kematian tersebut. Di Indonesia hanya ada beberapa pelayanan paliatif dengan metode *HHC (Hospice Home Care)* atau dengan mengunjungi rumah-rumah pasien yang kebanyakan dikhususkan bagi penderita kanker, stroke dan alzheimer, itupun belum secara optimal dilakukan. Perawat yang memerankan posisi penting dalam perawatan paliatifpun masih terkendala baik dari sisi pengetahuan maupun kebijakan. Akibatnya, perawatan paliatif yang seharusnya melibatkan peran keluarga yang cukup besar belum bisa berjalan dengan baik.

Berdasarkan penelitian diatas peneliti tertarik melakukan penelitian ini bagaimana pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di *Siloam Hospital* Balikpapan.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di *Siloam Hospital* Balikpapan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

- a. Teridentifikasi karakteristik responden terdiri dari: jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, lama kerja di *Siloam Hospital Balikpapan*.
- b. Teridentifikasi skor pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di *Siloam Hospital Balikpapan*.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan, khususnya asuhan keperawatan dalam bidang perawatan paliatif di Rumah Sakit. langkah awal untuk mengembangkan sumber daya keperawatan serta pengembangan sistem perawatan paliatif yang terintegrasi dalam pelayanan Rumah Sakit. peneliti perlu untuk meneliti tentang gambaran Pengetahuan Perawat

2. Manfaat Praktis

a. Perawat

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan kepada perawat tentang perawatan paliatif, sehingga perawat dapat memberikan perawatan yang tepat dan lebih aktif dalam melakukan asuhan keperawatan paliatif kepada pasien-pasien dengan penyakit terminal.

b. Kepada Institusi (Rumah Sakit)

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada institusi (Rumah Sakit) terkait tentang pentingnya perawatan paliatif di sebuah Rumah Sakit sehingga perlu adanya tenaga kesehatan yang memiliki keahlian khusus di bidang paliatif. Selain itu, pihak Rumah Sakit dapat melakukan pelatihan-pelatihan atau seminar kepada tenaga kesehatan khususnya perawat tentang keperawatan paliatif.

c. Bagi Insitusi Pendidikan Keperawatan: Diharapkan dapat menambah data dan kepustakaan, menambah wawasan pengetahuan tentang perawatan paliatif

d. Kepada Peneliti lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan atau referensi kepada peneliti lain yang akan melakukan ataupun melanjutkan penelitian tentang perawatan paliatif.

E. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Sierra, Sabater dan Monux (2017) dengan judul “*Knowledge in Palliative Care of Nursing Professionals at a Spanish Hospital*” menggunakan metode deskriptif *cross-sectional* dan bertujuan ini menentukan level atau tingkat pengetahuan perawat terhadap perawatan paliatif di sebuah Rumah Sakit perawatan tersier di Spanyol. persamaannya Penelitian ini sama-sama tenaga keperawatan sebagai responden dengan menggunakan kuesioner yang pertanyaannya diambil *The palliative Care Quiz for Nurses (PCQN)* versi Spanyol. Perbedaannya sampel lebih banyak dari si peneliti.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Sari & Nuraini (2016) dengan judul “Kepuasan Pasien Diabetes Melitus terhadap Perawatan Paliatif” perbedaannya penelitian menilai kepuasan pasien diabetes yang mendapatkan perawatan paliatif. dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* melibatkan sampel pasien diabetes sebanyak 43 responden, Instrumen yang digunakan adalah modifikasi dan terjemahan *Home Care Client Satisfaction Instrument-Revised (HCCSI-R)* Persamaan penelitian yang akan dilakukan adalah pada sampel penelitian, yaitu pasien dengan penyakit terminal.
3. Penelitian yang dilakukan Alamdani dan Nuraini (2016) dengan judul “Stres Sedang dan Strategi Koping Adaptif yang dialami Pelaku Rawat Informal dalam Perawatan Paliatif”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat stres dan strategi koping pelaku rawat informal dalam perawatan paliatif. perbedaannya adalah desain penelitian ini menggunakan *cross sectional* Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner *PSS 14 items dan CSI- SF 32 item.*

variable penelitian di mana variabelnya mencari tingkat stress dan strategi koping adaptif. Persamaanya dengan melibatkan perawat sebagai responden.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Perawatan Paliatif

a. Pengertian, Filosofi dan Prinsip Perawatan Paliatif

Kata “*palliative*” berasal dari bahasa latin yaitu “*pallium*” yang artinya adalah menutupi atau menyembunyikan. Perawatan paliatif ditujukan untuk menutupi atau menyembunyikan keluhan pasien dan memberikan kenyamanan ketika tujuan penatalaksanaan tidak mungkin disembuhkan (Muckaden, 2011).

Perawatan paliatif adalah perawatan yang diberikan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang memiliki penyakit serius atau mengancam jiwa seperti kanker, kardiovaskuler, diabetes, penyakit ginjal, penyakit liver, alzheimer dan demensia, TBC, parkinson, *rheumatic arthhritis*, dan *multiple sclerosis*. Keperawatan paliatif adalah pendekatan perawatan yang ditujukan kepada orang secara keseluruhan, bukan hanya penyakitnya. Tujuannya adalah untuk mencegah atau mengobati sedini mungkin gejala dan efek samping penyakit dan pengobatannya, selain masalah psikologis, sosial, dan spiritual yang terkait (National Cancer Institute, 2017).

Menurut hasil penelitian Witdiawati, Rahayuwati & Sari (2018) mendefinisikan keperawatan paliatif sebagai suatu pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka yang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan meringankan penderitaan dengan cara identifikasi awal dan penilaian sempurna dan pengobatan rasa sakit serta masalah lainnya, baik itu masalah fisik, psikososial, dan spiritual. Breitbart & Alici (2014) sendiri mendefinisikan keperawatan paliatif sebagai suatu pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menghadapi kehidupan yang mengancam dan juga keluarga mereka.

Model paliatif lebih berfokus pada pasien daripada penyakit itu sendiri. Model paliatif bertujuan untuk mengontrol gejala, meringankan penderitaan, dan membangun kembali kemampuan fungsional. Semua tujuannya berhubungan langsung dengan bagaimana pengalaman kesakitan pasien (Emanuel & Librach, 2011).

World Health Organization (WHO) mengembangkan delapan prinsip utama dalam perawatan paliatif (Nicol & Nyatanga, 2017). Delapan prinsip tersebut yaitu:

- 1) Menegaskan kehidupan dan menganggap kematian sebagai suatu proses yang normal.
- 2) Tidak untuk menunda atau mempercepat kematian.
- 3) Menyediakan bantuan untuk rasa sakit dan gejala lainnya yang membuat stress.
- 4) Mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual dari perawatan pasien.
- 5) Menawarkan sistem pendukung untuk membantu pasien hidup seaktif mungkin sampai ia meninggal.
- 6) Menawarkan sistem pendukung untuk membantu keluarga mengatasi penyakit pasien dan dalam kesedihan mereka sendiri.
- 7) Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarga mereka, termasuk konseling akan kematian jika diindikasikan.
- 8) Akan meningkatkan kualitas hidup dan mungkin juga secara positif dapat mempengaruhi jalannya penyakit.

Perawatan paliatif merupakan perawatan yang cukup kompleks. Pendekatan holistik (menyeluruh) terhadap pasien dengan mengikutsertakan keluarga akan dapat menyentuh faktor fisik, psikis, sosial, spiritual dan budaya pasien (Muhith & Suyoto, 2016).

b. Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan utama dari perawatan paliatif adalah untuk membantu klien dan keluarga mencapai kualitas hidup terbaik, menganggap kematian sebagai proses normal, tidak mempercepat atau menunda kematian, menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu, menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual, mengusahakan agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya dan membantu mengatasi suasana dukacita pada keluarga (Irawan, 2013).

c. Tim dan Tempat Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah pelayanan aktif dan menyeluruh yang dilakukan oleh satu tim dari berbagai disiplin ilmu. Tim paliatif terdiri atas tim terintegrasi antara lain (Matzo & Sherman, 2015):

1) Perawat

Fungsi: sebagai klinisi, pendidik, peneliti, dan konsultan terhadap keluarga, staf, kolega, dan komunitas.

Keterkaitan: berperan sebagai seorang konsultan, pendidik, *role model*, dan mentor terhadap perawat *palliative care* untuk secara sinergis mencapai hasil yang berkualitas bagi pasien dan keluarga.

2) Konselor berkabung

Fungsi: Mengidentifikasi melalui pengkajian tim lainnya anggota keluarga yang beresiko tinggi berduka dan menyiapkan konseling antisipasi terhadap kesedihan/ berduka.

Mengkoordinasi pelayanan kedukaan kepada keluarga, termasuk sesi konseling, kelompok dukungan, pelayanan memorial, dan program penjangkauan masyarakat.

Keterkaitan: Mengandalkan penilaian/pengkajian perawat *palliative care* dari keluarga terhadap kematian pasien yang beresiko tinggi mengalami kesedihan dan berkabung untuk memulai perawatan berkabung.

3) Pasien/Keluarga

Fungsi: Fokus perawatan dari tim perawatan interprofesional. Tujuan yang ditentukan langsung oleh pasien/keluarga mengarahkan partisipasi anggota tim lainnya.

Keterkaitan: Pasien/keluarga memahami bahwa perawat paliatif adalah koordinator dari tim perawatan interprofesional dan terus menerus memberikan kepada perawat paliatif mengenai kebutuhan pasien/keluarga.

4) Dokter Spesialis Paliatif

Fungsi: Konsultasi dengan dokter umum/dokter perawatan primer dan berkolaborasi dengan tim lainnya untuk memberikan perawatan dalam manajemen nyeri, komunikasi, dan pilihan pengobatan *end of life* pada pasien dan keluarga.

Keterkaitan: Memahami bahwa perawat paliatif memiliki hubungan berkepanjangan yang lebih banyak dengan pasien dan keluarga bergantung pada pengkajian menyeluruh dan intervensi dari perawat untuk mengembangkan sebuah rencana perawatan sssmedis yang komprehensif dalam berkolaborasi dengan tim lainnya.

5) Rohaniawan

Fungsi: Memberikan penilaian mendalam tentang kebutuhan spiritual pasien/keluarga termasuk pencarian makna dan tujuan hidup. Bertindak sebagai penghubung dengan komunitas ulama dan sumber daya lainnya dengan tim interprofesional yang berkaitan dengan etika, tradisi agama, dan dunia keagamaan.

Keterkaitan: Menghargai pengkajian spiritual perawat paliatif dan dikonsultasikan ketika masalah keluarga memerlukan penilaian dan intervensi lanjut. Bertindak sebagai sumber daya untuk perawat paliatif ketika perlu melakukan *debrief* setelah kematian atau pengalaman yang sulit.

6) Dokter perawatan primer/umum

Fungsi: Memulai hubungan dengan tim perawatan paliatif dengan merujuk pasien/keluarga baru. Memberikan riwayat medis tentang penyakit pasien dan informasi medis dan psikososial terkait lainnya, terus menjadi dokter primer atau merujuk perannya ke dokter spesialis paliatif.

Keterkaitan: Pengkajian dan intervensi dari perawat paliatif dan tim perawatan lainnya di koordinasi bersama dengan dokter umum untuk membuat rencana perawatan yang komprehensif terhadap pasien dan keluarga.

7) Pekerja Sosial

Fungsi: Memberikan riwayat (melalui genogram) kekuatan, sumber daya dan keadaan dari pasien/keluarga. Intervensi termasuk dukungan emosional melalui individu, keluarga, yang beresiko tinggi dan konseling berduka. Memberikan rujukan untuk keluarga kepada komunitas/masyarakat sesuai kebutuhan untuk layanan sosial.

Keterkaitan: Pemberian perawatan melibatkan kolaborasi berkelanjutan dengan perawat paliatif yang secara terus-menerus mengidentifikasi kebutuhan psikososial dan hasil dari pasien dan keluarga.

8) Terapis (Farmasi, Fisioterapi, Ahli Gizi)

Fungsi: Memberikan pendidikan dan/atau terapi dari tenaga medis spesialis untuk memaksimalkan kemandirian dan kualitas hidup pasien dan keluarga.

Keterkaitan: Berpartisipasi dalam rencana perawatan ketika berkonsultasi lewat perawat paliatif dan melaporkan hasil dari intervensi melalui kolaborasi dengan perawat paliatif.

9) Sukarelawan

Fungsi: Memberi waktu dengan bebas untuk berkontribusi terhadap kebutuhan pasien dan keluarga melalui layanan

langsung, dukungan administratif dari program perawatan paliatif, hubungan masyarakat dan pendidikan masyarakat.

10) Koordinator Sukarelawan

Fungsi: Merekrut, menyaring, mengedukasi, mensupervisi, dan mempertahankan staf sukarelawan untuk memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga.

Keterkaitan: Merancang penugasan sukarelawan berdasarkan identifikasi kebutuhan keluarga dari perawat paliatif, melibatkan perawat paliatif dalam pelatihan sukarelawan.

Menurut Muckaden (2011), pasien dapat memilih di mana pasien ingin dirawat, seperti:

1) Rumah sakit

Tim perawatan paliatif merupakan kolaborasi antara interdisiplin ilmu dan biasanya terdiri dari seorang dokter dan/atau perawat senior bersama dengan satu atau lebih pekerja sosial dan pemuka agama/rohaniawan. Sebagai tambahan, tim tersebut juga dibantu teman sejawat dari gizi dan rehabilitasi, seperti fisioterapis atau petugas terapi okupasi. Konsultasi awal biasanya dilakukan oleh dokter atau perawat yang berhubungan dengan kebutuhan pasien dan keluarga dan juga memberi rujukan kepada dokter utama yang menangani pasien tersebut.

Terkadang juga konsultan perawatan paliatif dilibatkan untuk membantu komunikasi dengan keluarga. Perawatan paliatif

berbasis Rumah Sakit dapat diselenggarakan dalam beberapa tingkat atau model, yaitu primer, sekunder, dan tersier. Pertama, perawatan paliatif primer harus tersedia di semua Rumah Sakit. Pada tingkat ini, minimal klinisi harus memiliki pendidikan tentang dasar-dasar pengelolaan nyeri dan gejala lain. Model primer berfokus pada peningkatan pelayanan yang sudah ada dan pendidikan bagi klinisi. Karena itu, model ini cocok bagi institusi yang memiliki keterbatasan sumber daya. Kedua, perawatan paliatif sekunder memerlukan semua tenaga

kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien untuk memiliki level kompetensi minimum dan memerlukan para spesialis yang menyediakan perawatan paliatif melalui tim konsultasi interdisipliner, unit khusus, maupun keduanya. Ketiga, program tingkat tersier dapat melibatkan organisasi tersier, seperti Rumah Sakit pendidikan dan pusat-pusat pendidikan dengan tim ahli dalam perawatan paliatif.

2) *Hospice*

Hospice merupakan tempat pasien dengan penyakit stadium terminal yang tidak dapat dirawat di rumah namun tidak melakukan tindakan yang harus dilakukan di Rumah Sakit. Pelayanan yang diberikan tidak seperti di Rumah Sakit, tetapi dapat memberikan pelayanan untuk mengendalikan gejala-gejala yang ada, dengan keadaan seperti di rumah pasien sendiri (Kemenkes RI, 2007).

3) Rumah

Peran keluarga lebih menonjol karena sebagian perawatan dilakukan oleh keluarga. Keluarga atau orang tua sebagai *care giver* diberikan latihan pendidikan keperawatan dasar. Perawatan di rumah hanya mungkin dilakukan bila pasien tidak memerlukan alat khusus atau keterampilan perawatan yang mungkin dilakukan oleh keluarga (Muckaden, 2011).

d. Pedoman Praktik Klinik Perawatan Paliatif

National Consensus Project (NCP) mengeluarkan 8 domain sebagai panduan praktik klinis untuk kualitas perawatan paliatif. Hal ini bertujuan untuk mempromosikan kualitas dan mengurangi variasi dalam program baru dan program yang sudah ada, untuk mengembangkan dan mendorong keberlanjutan dari seluruh rangkaian perawatan, dan untuk memfasilitasi kolaborasi dari tim selama program perawatan paliatif, komunitas *hospice*, dan berbagai pengaturan pemberian pelayanan kesehatan lainnya (Ferrell, Coyle,

& Paice, 2015). Delapan domain panduan praktik klinik tersebut antara lain:

1) Struktur dan proses perawatan

Domain ini ditujukan untuk tim perawatan paliatif khusus dan proses serta prosedur yang diperlukan untuk kualitas pemberian perawatan. Kriteria tersebut menekankan pada penilaian perawatan terkoordinasi dan berkesinambungan dalam seluruh rangkaian layanan kesehatan. Khususnya, adanya deskripsi dari komposisi tim interdisiplin, kualifikasi anggota tim, dan pendidikan, pelatihan serta dukungan yang diperlukan. Aplikasi dalam keperawatan:

- a) Perawat harus menerima pendidikan dasar perawatan paliatif baik sarjana, pasca sarjana maupun doktor.
- b) Perawat harus meneruskan pendidikan berkelanjutan terhadap perawatan paliatif dasar.
- c) Perawat harus menerima orientasi tentang perawatan paliatif dasar termasuk perilaku, pengetahuan dan keterampilan terhadap domain dari perawatan paliatif. Hal ini termasuk di dalamnya pengkajian dan manajemen nyeri dan gejala dasar, keterampilan komunikasi dasar seputar penyakit lanjutan, prinsip etik, kesedihan dan berkabung, sumber daya dalam keluarga dan masyarakat, dan perawatan hospice.
- d) Semua perawat, khususnya perawat paliatif dan *special hospice*, harus bekerja dalam tim interdisiplin yang terdiri dari disiplin ilmu yang bervariasi.
- e) Perawat spesialis paliatif dan *hospice* harus memiliki jadwal regular dan dukungan yang terorganisir terhadap pekerjaan perawatan paliatif mereka dan mendesain pertemuan untuk mendiskusikan pekerjaannya.
- f) Perawat spesialis paliatif dan *hospice* harus memiliki bersertifikat perawatan paliatif dan *hospice*. Sertifikat

tersedia untuk asisten keperawatan, perawat praktik/kejuruan berlisensi, perawat yang teregistrasi dan praktik lanjutan perawat teregistrasi.

- g) Perawat harus berinisiatif untuk berpartisipasi dalam meningkatkan kualitas perawatan paliatif.
- h) Perawat spesialis paliatif dan *hospice* harus melakukan promosi berkelanjutan dalam rangkaian layanan kesehatan perawatan paliatif dan mempromosikan *hospice* sebagai sebuah pilihan.

2) Aspek fisik dari perawatan

Domain ini mengenalkan manajemen multidimensional dari gejala dengan farmakologis, intevensional, perilaku, dan intervensi komplementer. Hal ini menekankan pada pengkajian dan pengobatan dari gejala fisik menggunakan pendekatan yang tepat dan alat yang tervalidasi. Aplikasinya dalam keperawatan antara lain:

- a) Perawat harus mengkaji nyeri, dyspnea, dan fungsi menggunakan pendekatan dan alat yang konsisten terhadap pasien dengan serius, dan penyakit yang mengancam jiwa.
- b) Perawat harus mendokumentasikan penemuan dalam rencana perawatan mereka.
- c) Perawat harus mengikuti jalur pengobatan berbasis bukti untuk mengelola nyeri dan gejala dan *reassess* atau penilaian kembali sebagai pendekatan.

3) Aspek psikologi dan psikiatrik dari perawatan

Aplikasinya dalam keperawatan, antara lain:

- a) Perawat harus mengkaji depresi, kecemasan, dan delirium menggunakan pendekatan dan alat yang konsisten terhadap pasien yang serius dan penyakit yang mengancam jiwa.
- b) Perawat harus mendokumentasikan penemuannya dalam rencana perawatan.

- c) Perawat harus mengikuti jalur pengobatan berbasis bukti untuk mengelola nyeri dan gejala dan *reassess* atau penilaian kembali jika diperlukan.
- d) Perawat spesialis paliatif dan *hospice* harus mengkaji koping pasien dan keluarga dan membantu dalam mengembangkan rencana menghadapi kondisi berkabung.
- e) Perawat spesialis paliatif dan *hospice* harus berpartisipasi dalam pengembangan struktur program berkabung untuk pelayanan perawatan paliatif.

4) Aspek sosial dari perawatan

Domain ini menekankan interdisiplin berkolaborasi dengan pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi, mendukung, serta memanfaatkan kekuatan pasien dan keluarga. Aplikasinya dalam keperawatan, antara lain:

- a) Perawat harus meninjau dukungan sosial dan masalah pasien dan keluarga dengan penyakit lanjut, serius, atau penyakit yang mengancam jiwa.
- b) Perawat paliatif dan *hospice* harus membantu dalam pengembangan rencana perawatan sosial komprehensif secara sosial, praktik, dan kebutuhan legal dari pasien dan termasuk *caregiver*, tetapi tidak terbatas pada hubungan, komunikasi, jaringan sosial dan budaya yang ada, pengambil keputusan, pengaturan kerja dan sekolah, keuangan, seksualitas/keintiman, ketersediaan/tekanan *caregiver*, dan akses terhadap pengobatan dan peralatan kesehatan.

5) Aspek spiritual, religi dan eksisensial dari perawatan

Domain ini menawarkan praktik spiritual dan ritual agama untuk kenyamanan dan kelegaan. Aplikasinya dalam keperawatan, antara lain:

- a) Perawat spesialis paliatif dan *hospice* harus menunjukkan sebuah pengkajian spiritual yang termasuk agama, spiritual, dan kekhawatiran eksistensial menggunakan suatu

instrument terstruktur dan mengintegrasikan informasi yang diperoleh dari pengkajian ke dalam rencana perawatan paliatif.

- b) Perawat harus merujuk pasien dan keluarga dengan penyakit serius atau penyakit yang mengancam jiwa kepada konselor spiritual, pendeta, pemimpin komunitas sosial, dan pemimpin agama jika diperlukan.

6) Aspek kultural dari perawatan

Aplikasinya dalam keperawatan antara lain:

- a) Perawat harus membantu dalam pengkajian kultural sebagai suatu komponen pengkajian perawatan paliatif dan *hospice* yang komprehensif, termasuk tidak terbatas pada tempat dari pengambil keputusan, preferensi mengenai pengungkapan informasi, pengungkapan kebenaran dan pengambilan keputusan, preferensi diet, bahasa, komunikasi keluarga, keinginan untuk tindakan dukungan seperti terapi paliatif dan pengobatan komplementer dan alternatif, perspektif terhadap kematian, penderitaan dan kedukaan, serta ritual pemakaman/penguburan.

7) Perawatan pasien *End of Life*

Aplikasi dalam keperawatan, antara lain:

- a) Perawat spesialis paliatif dan *hospice* harus mengenali dan meninjau tanda dan gejala dari kematian bersama dengan pasien, keluarga dan staf lainnya. Diskusi tersebut harus didokumentasikan.
- b) Perawat harus memastikan kenyamanan pasien terhadap gejala pengobatan pada praktik *end of life*.
- c) Perawat harus meninjau berbagai kultur, agama, atau ritual terkait kematian dan perawatan setelah kematian bersama dengan pasien dan keluarga.
- d) Perawat harus menyediakan pendukung setelah kematian kepada pasien.

- e) Perawat harus perlakukan tubuh setelah kematian dengan hormat, sesuai dengan praktik budaya dan agama keluarga dan sesuai dengan hukum setempat.
- 8) Aspek etik dan legal dari perawatan
- Aplikasi dalam keperawatan, antara lain:
- a) Perawat harus mengenalkan dan meninjau perencanaan dan perawatan lanjut serta dokumen yang sesuai.
 - b) Perawat harus menyediakan perawatan etis dan bekerja dengan komite etik untuk mengembangkan pedoman untuk menyelesaikan dilema etik.
 - c) Perawat spesialis paliatif dan *hospice* harus memahami aspek legal etik dari perawatan paliatif dan mencari penasihat hukum yang diperlukan.

e. Manajemen Nyeri dan Terapi Paliatif

1) Defenisi Nyeri

The International Study of Pain mendefinisikan nyeri sebagai perasaan sensorik dan emosional tidak menyenangkan yang dihubungkan dengan kerusakan jaringan yang telah atau akan terjadi atau digambarkan seperti mengalami kerusakan jaringan. Nyeri bersifat subjektif karena ambang nyeri setiap individu berbeda-beda. Ambang nyeri akan turun pada saat kita merasa lelah, cemas, sedih, marah, depresi, bosan, takut, dan terisolasi. Keadaan tidur, istirahat, rasa empati, diversifikasi, dan pengertian akan meningkatkan ambang nyeri.

2) Jenis Nyeri

a) Nyeri Akut

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) International 2015-2017 mendefinisikan nyeri akut sebagai pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan, awitan yang tiba-tiba atau alambat dari intensitas ringan hingga

berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Herdman & Kamitsuru, 2014).

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah suatu keadaan ketidaknyamanan yang dialami individu yang berlangsung selama enam bulan atau lebih, dapat secara konstan atau intermiten dan menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan (onset) yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya (Muttaqin, 2012).

3) Manifestasi Nyeri kronis berbeda dengan nyeri akut

Saat kondisi normal, nyeri akut dapat mereda secara cepat seiring proses penyembuhan menurunkan stimulus penyebab nyeri; namun demikian, nyeri juga dapat bertahan selama beberapa bulan hingga tahun, menyebabkan tingkat nyeri kronis dengan manifestasi yang sedikit berbeda dengan nyeri akut (Ii & Pustaka, 2012).

Tabel 2.1
Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronik

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Ketergantungan dan toleransi pada pengobatan	Tidak umum	Umum
Unsur Psikologis	umumnya tidak ada	seringkali menjadi masalah utama
Penyebab organik	Umum	seringkali tidak signifikan
Pengaruh lingkungan/keluarga	Rendah	
Insomnia	tidak umum	Sering
tujuan terapi	Mengobati	perbaikan fungsional
Depresi	tidak umum	Umum

Sumber: Ii & Pustaka, 2012

4) Terapi Paliatif

a) Terapi Farmakologis

1. Analgesik non opioid Anti inflamasi non steroid (AINS) bekerja dengan cara menghambat enzim siklooksigenase, sehingga mengganggu konversi asam arakhidonat menjadi prostaglandin yang merupakan mediator nyeri. Obat ini umumnya bekerja di perifer, kecuali parasetamol yang bekerja di susunan saraf pusat dengan menghambat sintesis prostaglandin di hipotalamus. Berdasarkan rekomendasi *WHO*, AINS sebagai analgesik tunggal efektif untuk mengatasi nyeri ringan. Untuk nyeri sedang dan berat, AINS dapat diberikan untuk meningkatkan efek analgesik opioid. Anti inflamasi non steroid mempunyai ceiling effect, yaitu pemberian dosis yang lebih tinggi dari dosis maksimal, namun tidak menyebabkan bertambahnya efek analgesik. Penggunaan AINS jangka panjang memberikan banyak efek samping.
2. Analgesik opioid merupakan pilihan utama pada nyeri keganasan sedang sampai berat. Terdapat 2 jenis opioid, yaitu opioid lemah seperti kodein dan tramadol; sedangkan opioid kuat yaitu morfin, metadon, fentanil, dan heroin. Opioid sedapat mungkin diberikan dalam bentuk oral, dan sebaiknya diberikan secara rutin agar tercapai kadar opioid plasma yang stabil. Opioid tidak memiliki standar dosis dan *ceiling effect*. Dosis yang diberikan sebaiknya dititrasi sesuai dengan rasa nyeri yang dialami pasien. Opioid sering menimbulkan efek samping, seperti sedasi, konstipasi, mual, muntah, dan depresi pernapasan. Pemberian opioid dapat menyebabkan ketergantungan, adiksi dan toleransi, namun adiksi jarang terjadi.

3. Terapi ajuvan, dapat dibedakan menjadi dua bagian, yaitu obat yang bekerja sebagai ko-analgesik (meningkatkan kerja analgesik) dan obat yang mengurangi efek samping atau toksisitas analgesik. Obat ko-analgesik, mencakup anti depresan (seperti amitriptilin), anti konvulsan (seperti karbamazepin dan diazepam), dan kortikosteroid.

b) Terapi Non Farmakologis

Intervensi non farmakologis yang sesuai umur dapat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri. Tindakan ini tidak dapat mengganti peran analgesik, melainkan meningkatkan efektivitas terapi farmakologis. Distraksi atau mengalihkan perhatian dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri yang disebabkan tindakan medis. Teknik lain yang dapat menenangkan adalah dengan memegang, memijat, mengelus, (Farastuti & Windiastuti, 2016).

f. Definisi *Total Pain*

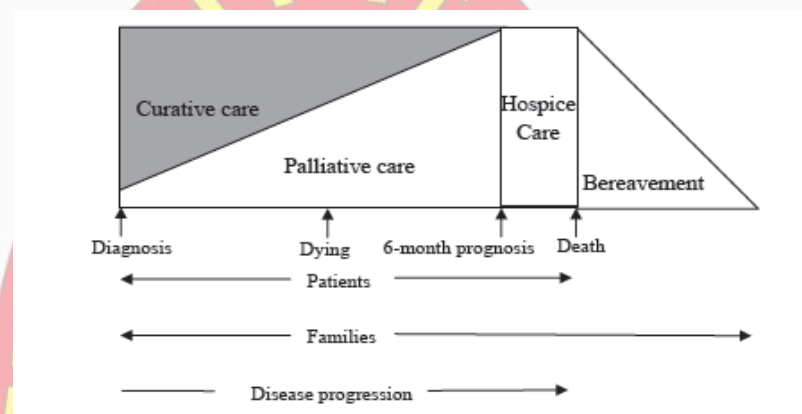
Konsep '*total pain*' pertama kali diciptakan oleh Dame Cicely Saunders (1978) yang menyatakan bahwa pengalaman rasa sakit mencakup berbagai faktor fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Saunders menyatakan bahwa '*total pain*' serupa dengan gunung es yang hanya 10% terlihat di atas permukaan. Artinya, manifestasi fisik dari rasa sakit yang kita lihat/observasi pada pasien hanya merupakan sebagian kecil dari total pain yang dialami olehnya. Sementara alasan patofisiologi dapat menjelaskan penyebab nyeri fisik, pengaruh yang kurang jelas dari faktor psikologis, spiritual atau sosial dapat memperburuk pengalaman nyeri pasien. Faktor-faktor ini dapat mempengaruhi pengalaman sakit lebih dari penyakit. Komponen dari *total pain* yang termasuk sebagai berikut:

- 1) *Physical Pain* yang muncul dari penyakit, komorbiditas dan pengobatan;

- 2) *Social Pain* yang dihasilkan dari dampak penyakit pada peran dan status individual, keamanan keuangan mereka dan fungsional keluarga;
- 3) *Psychological Pain* yang berhubungan dengan ketakutan, kecemasan dan depresi;
- 4) *Spiritual Pain* yang berkaitan dengan pencarian makna. Untuk sebagian orang *spiritual pain* juga berhubungan dengan kepercayaan/iman mereka.

Dengan demikian, pengkajian secara holistik sangat penting untuk manajemen dari *total pain* (Rosser & Walsh, 2014).

g. Model Transitional Perawatan Paliatif



Sumber: WHO 1990 (Ferrell, Coyle, & Paice, 2015)

Bagan 2.1 Model *palliative care*

Gambar di atas menggambarkan proses pergeseran perawatan dari waktu ke waktu dan bagaimana perawatan paliatif *hospice* semakin berperan ketika seseorang dengan penyakit paliatif bergerak melalui lintasan penyakit. Pada awal penyakit fokus utamanya adalah terapi untuk mengobati atau mengelola penyakit dengan tujuan meringankan rasa sakit dan meningkatkan kualitas hidup. Prognosis penyakit semakin menurun atau tidak dapat diobati lagi dengan pengobatan. Tujuan dari perawatan paliatif pada akhirnya adalah untuk meringankan penderitaan pasien dan keluarga mereka dengan melakukan penilaian secara komprehensif yakni fisik, psikososial dan spiritual yang dialami oleh pasien. Demikian pula

dukungan diberikan kepada keluarga pasien yang sekarat bahkan saat proses berduka (Ferrell, Coyle, & Paice, 2015).

2. Pengetahuan Perawat

a. Pengertian Perawat dan Keperawatan

Sudarma (2017) mengemukakan bahwa perawat (*nurse*) berasal dari bahasa Latin yaitu “*Nutrix*” yang berarti merawat atau memelihara. Harley Cit (Sudarma, 2017) menjelaskan pengertian dasar seorang perawat yaitu seseorang yang berperan dalam merawat, memelihara, membantu serta melindungi seseorang karena sakit, cedera (*injury*), dan proses penuaan. Sedangkan menurut Depkes RI (2002), perawat professional adalah perawat yang bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan/atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya (Sudarma, 2017).

Definisi keperawatan menurut ANA (2000) dalam Sudarma (2017) adalah diagnosis dan penanganan respons manusia terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial. Definisi lain tentang keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Harnilawati, 2018).

Sebagai profesi kesehatan, praktik keperawatan ini merupakan profesi yang sudah dikembangkan serta berbasis pada ilmu dan kiat keperawatan. Keilmuan yang menjadi kemampuan dasar seorang perawat terkait dengan bentuk pelayanan yang diberikan seorang perawat yaitu terkait dengan aspek bio-psiko-sosial-spiritual pasien. Seorang perawat perlu dibekali pengetahuan dasar mengenai kesehatan jasmaniah-biologis, pengetahuan tentang kejiwaan, emosi, sosiologis, dan komunikasi, serta pengetahuan

nilai-nilai spiritual sehingga benar-benar mampu mengembangkan layanan kesehatan yang paripurna (Sudarma, 2017).

b. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Hal ini terjadi melalui panca indra manusia, yaitu ilmu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif diperoleh dari pengalaman empiris dan dijadikan sebagai salah satu pertimbangan dalam menyediakan, mengolah, menyajikan pelayanan perawatan paliatif pada pasien dengan kondisi terminal, oleh karena itu pengetahuan perawat terhadap perawatan paliatif sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya perawatan paliatif. Menurut Notoatmodjo (2014), pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu (*Know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.

2) Memahami (*Compression*)

Memahami (*Compression*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi (*Aplication*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis (*Analysis*) merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya antara satu sama lain.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis (*Synthesis*) merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi (*Evaluation*) merupakan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu merupakan suatu kriteria yang telah ada.

B. Kerangka Teori Keperawatan

Lawrence Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan, di mana dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor yaitu (Agustini, 2019):

a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.

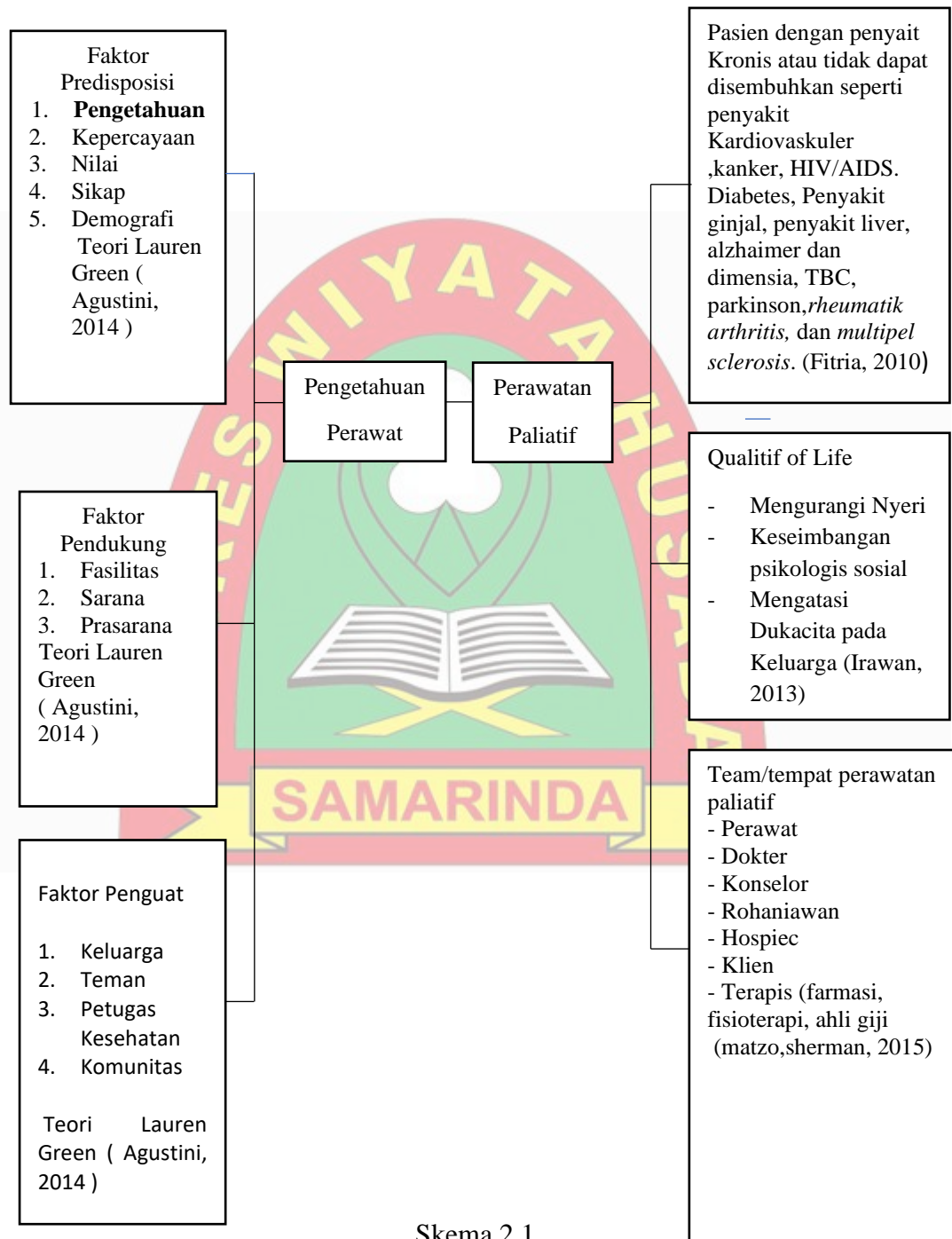
b. Faktor pendukung (*enabling factors*)

Terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.

c. Faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Teori lauren Green (Agustini, 2014)



Skema 2.1

Kerangka teori keperawatan dari teori perilaku Lauren Green

(Sumber: Agustini, 2014)

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah struktur penelitian sebagai pengikat semua unsur dalam satu proyek penelitian untuk mencapai tujuan bersama (M.K. Trochim (2006) dalam Lapau (2012)). Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan menggunakan desain penelitian deskriptif kuantitatif yaitu suatu metode penelitian yang ditujukan untuk menggambarkan fenomena-fenomena yang ada, yang berlangsung pada saat ini atau saat yang lampau (Hamdi & Bahruddin, 2014). Dengan pendekatan secara kuantitatif digunakan apa bila bertujuan mendeskripsikan peristiwa atau kejadian yang terjadi pada saat sekarang dalam bentuk angka-angka yang bermakna.

B. Kerangka Konsep Penelitian



C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek yang terdapat di dalam penelitian (Alfianika, 2016). Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat ruangan *Departement Inpatient (IPD)*, *Intensive Care unit (ICU)* dan *Hemodialisa (HD)* yang berjumlah 50 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014). Cara pengambilan sample yang di gunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik *exhaustive sampling*.

3. Teknik sampling

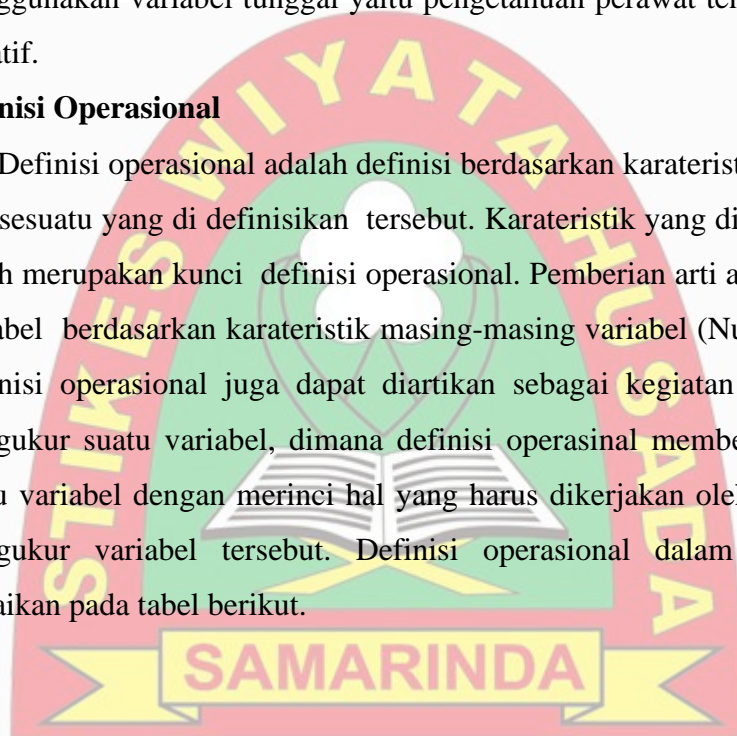
Teknik pengambilan sampling dengan teknik *Exhaustive sampling* yaitu skema pencuplikan dimana peneliti mengambil semua subjek dari populasi sumber sebagai sampel untuk di teliti (Bhisma 2006). Jadi sampel yang di gunakan ialah seluruh perawat yang bekerja di unit Rawat Inap, ICU dan HD yang berjumlah 50 tenaga perawat.

D. Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan dampak terhadap sesuatu seperti manusia, benda dan sebagainya. Penelitian ini menggunakan variabel tunggal yaitu pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang di definisikan tersebut. Karakteristik yang diamati (di ukur) itulah merupakan kunci definisi operasional. Pemberian arti atau makna pada variabel berdasarkan karakteristik masing-masing variabel (Nursalam, 2011). Definisi operasional juga dapat diartikan sebagai kegiatan peneliti dalam mengukur suatu variabel, dimana definisi operasional memberi batasan atau suatu variabel dengan merinci hal yang harus dikerjakan oleh peneliti untuk mengukur variabel tersebut. Definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan pada tabel berikut.



Tabel 3.1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Pengetahuan perawat terhadap perawatan paliatif.	1. Sesuatu yang di ketahui oleh perawat di unit <i>Hemodialisa</i> (HD), <i>Intensif Care Unit</i> (ICU), <i>Inpatient Departemant</i> (IPD) tentang bagaimana perawatan pada pasien yang penyakitnya sudah tidak bereaksi terhadap pengobatan yang tidak dapat disembuhkan secara medis atau stadium akhir. Yang terdiri dari filosopi dan Prinsip perawatan psikososial dan spiritual serta management nyeri dan gejala).	Kuesioner yang terdiri dari 20 pertanyaan dengan memiliki beberapa domain.(PCQN-I) menggunakan <i>Scala Gudman</i> : Benar=1 salah= 0	Interval	Mean = 9.62 Median = 9.50 Min = 5 Max s= 15

F. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di *Siloam Hospital* Balikpapan di IPD, ICU dan HD. Pemilihan tempat penelitian ini dikarenakan peneliti merupakan salah satu perawat yang bekerja di Rumah Sakit tersebut.

2. Waktu penelitian

Pelaksanaan studi pendahuluan dilakukan pada bulan September 2019 dan waktu penelitian ini berlangsung selama 2 minggu yaitu di bulan Desember 2019 mulai dari pengumpulan data hingga analisa data.

G. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan oleh peneliti untuk memperoleh atau mengumpulkan data dalam memecahkan suatu masalah penelitian (Alfianika, 2016). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Paliative care Quiz for Nurses-Indonesian Version* (PCQN-I) yang terdiri dari 20 item pertanyaan. Kuesioner ini diterjemahkan oleh Dame Elysabeth (2017) dari kuesioner *Palliative Care Quiz for Nurses* (PCQN) yang dikembangkan pertama kali oleh Ross et, al (1996). Untuk pernyataan *favourable* jawaban benar sama dengan 1 jawaban salah sama

dengan 0 untuk unfavourable jawaban salah sama dengan 1 dan jawaban benar samadengan 0

Instrumen penelitian ini sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh peneliti sebelumnya oleh Dame Elysabeth (2017) untuk kuesioner yang telah diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia/versi Indonesia (PCQN-I). Peneliti juga melakukan uji validitas ulang di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen Penelitian (n=30, r=n-2)

No	Variabel Yang Di Ukur	Jumlah Item Pertanyaan		Validitas	Reabilitas
		Sebelum Di Uji	Sesudah Di Uji		
1.	PCQN-I	20	20	0.377–0.935	0.893

Tabel 3.3
Kisi-kisi kuesioner penelitian
Nomor Item Pertanyaan

Indikator	Nomor Item Pertanyaan		Jumlah
	Favourable (+)	Unfavourable (-)	
Filosofi dan prinsip perawatan paliatif	12, 17	1, 9	4
Manajemen nyeri dan gejala	2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 18, 20	16	13
Perawatan psikososial dan spiritual	5, 11, 19	-	3
Jumlah			20

Alternatif atau pilihan jawaban dari setiap item pertanyaan terdiri dari 2 pilihan yaitu Benar (B) dan Salah (S). Sumber: Dame Elysabeth, 2017

H. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Pertama-tama peneliti mengajukan judul penelitian yang akan dilakukan kepada Pembimbing tugas akhir dari STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Setelah judul yang diajukan disetujui oleh pembimbing, peneliti kemudian melakukan studi pendahuluan terhadap 10 orang perawat di *Siloam Hospital* Balikpapan. Data primer diambil dari data Rekam Medik *Siloam Hospital* Balikpapan meliputi jumlah pasien paliatif.

Hasil studi pendahuluan data primer tersebut dituangkan dalam bentuk naskah ke dalam proposal penelitian.

3. Melalui proses bimbingan, peneliti menyelesaikan penyusunan proposal dan kemudian mendaftarkan diri untuk mengikuti ujian proposal.
4. Setelah mengikuti ujian proposal dan disetujui untuk melanjutkan penelitian, peneliti meminta surat izin penelitian dari STIKES Wiyata Husada Samarinda yang akan diberikan kepada pihak Rumah Sakit *Siloam Hospital* Balikpapan.
5. Setelah mendapat izin dari pihak *Siloam Hospital* Balikpapan peneliti memulai pengumpulan data menggunakan instrumen kuesioner yang telah disiapkan dan telah diuji validitas serta reliabilitasnya.
6. Pengumpulan data diawali dengan pemberian *inform consent* kepada calon responden. Responden yang telah menyetujui terlibat dalam penelitian kemudian diberikan lembar kuesioner untuk diisi selama ± 20 menit atau ketika ada waktu senggang.
7. Setelah seluruh kuesioner yang telah diisi terkumpul, peneliti melakukan pengecekan kembali kelengkapan pengisian kuesioner tersebut. Kemudian data diolah dan kemudian akan dianalisa dan dibuat hasil kesimpulan.

I. Pengolahan data dan Analisa data

Data yang diperoleh dari proses pengambilan data akan diubah kedalam bentuk table-table atau grafik, kemudian data diolah menggunakan program statistik pada komputer .

1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui tiga tahap yaitu (Swarjana, 2016):

a. Melakukan edit (*Editing*)

Editing merupakan proses memeriksa data yang dikumpulkan melalui alat pengumpulan data/instrumen penelitian. Pada tahap ini peneliti memeriksa dan menjumlahkan banyaknya lembar pertanyaan yang

terkumpul, memeriksa banyaknya pertanyaan yang telah dijawab lengkap, memeriksa adakah pertanyaan yang belum terjawab.

b. Pemberian kode (*Coding*)

Data karakteristik responden dilakukan pengkodean dengan memberi angka pada setiap data, hasil sebagai berikut : perempuan=2, laki-laki=1, usia : 20-25thn=1, 25-30thn=2, 31-40thn=3, 41-50= 4, DIII Keperawatan=1, S1 Ners=2, dan Lama kerja:1-5thn=1, 6->10thn=2

c. Melakukan tabulasi (*Tabulating*)

Tabulating atau penyusunan data adalah tahapan akhir dari hasil pengkodean yang dijadikan jumlah rata-rata hasil yang didapatkan dari kuesioner tahapan ini dilakukan melalui teknologi computer yaitu, SPSS. Meliputi skor pengetahuan perawat secara keseluruhan sesuai dengan kuesioner dan pengelompokan berdasarkan dari setiap domain pertanyaan.

2. Analisa Data

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat. Analisa ini digunakan untuk mengidentifikasi karakteristik responden dan skor pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif dengan penilaian hasil akhir yang akan didapat.

Data yang telah diolah kemudian dianalisa menggunakan metode analisa data univariat yaitu cara analisis data untuk variabel tunggal (Lapau, 2015). Analisa univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Peringkasan tersebut dapat berupa ukuran statistik, tabel, grafik (Setyawan, 2015). Data yang dilihat pada analisis univariat adalah distribusi frekuensi, nilai mean, median, standar deviasi, minimal dan maksimal dengan 95% confident interval mean.

- a. Mean, merupakan nilai rata-rata secara aritmatika dari semua nilai dari variabel yang diukur (Siyoto & Sodik, 2015). Rumus menghitung nilai mean yaitu:

$$\bar{X} = \frac{\sum X_n}{N}$$

Keterangan:

\bar{X} : Nilai mean/rata-rata hitung

\sum : Jumlah (apabila ada X_1 ini berarti dari X pertama sampai ke X_n)

X_n : merupakan lambang untuk yang terakhir dalam N data tersebut.

N : Jumlah populasi dalam distribusi

(Yusuf, 2016)

- b. Median, merupakan nilai tengah dari nilai-nilai pengamatan yang disusun secara teratur mulai dari data terkecil sampai data terbesar. Median membagi data menjadi dua yaitu 50% terletak di bawah median dan 50% terletak di atas median. Median dapat digunakan bila skala pengukuran datanya minimal ordinal sehingga terhadap nilai-nilai pengamatan dapat dilakukan pemeringkatan untuk menemukan nilai tengahnya. Median dapat digunakan untuk data yang belum dikelompokkan dan data yang sudah dikelompokkan. Rumus median untuk data yang sudah dikelompokkan yaitu :

Keterangan :

Me : Nilai Median

b : Tepi batas bawah kelas median

P : Panjang kelas/interval

F : Jumlah frekuensi sebelum kelas median

f : Frekuensi kelas median

n : Jumlah seluruh frekuensi (Muchson, 2017).

$$Me = b + P \left[\frac{1/2 n - F}{f} \right]$$

- c. Modus, adalah nilai yang sering muncul dari suatu nilai-nilai pengamatan. Modus dapat digunakan untuk semua skala pengukuran

data dari nominal, ordinal, interval dan rasio. Modus dibedakan menjadi dua yaitu data yang belum dikelompokkan dan data yang sudah dikelompokkan. Rumus untuk data yang sudah dikelompokkan yaitu:

$$Mo = b + P \left(\frac{b_1}{b_1 + b_2} \right)$$

Keterangan:

Mo : Modus

b : Tepi batas bawah kelas modus

P: Panjang kelas/interval

b1 : Frekuensi kelas modus dikurangi frekuensi kelas sebelumnya

b2 : Frekuensi kelas modus dikurangi kelas berikutnya (Muchson, 2017).

- d. Standar deviasi, adalah sebaran yang merefleksikan distribusi nilai di sekitar mean (Apriningsih, Widyastuti, & Fauziah, 2010). Deviasi standar (*standard deviation*) atau juga sering kali dinamakan sebagai simpangan baku atau penyimpangan baku, merupakan ukuran penyebaran yang terbaik karena dapat digunakan untuk membandingkan suatu rangkaian data dengan yang lainnya. Selain itu, standar deviasi akan tetap dapat dihitung dari data asli meskipun beberapa sampel dikombinasikan dengan sampel lain. Standar deviasi juga memiliki deviasi kuadrat yang kecil (Santoso, 2010). Rumus yang digunakan untuk menghitung standar deviasi terbagi dua yaitu (Swarjana, 2016):

$$SD = \sqrt{\frac{\sum(x-\bar{x})^2}{N}}$$

Standar deviasi pada populasi

$$SD = \sqrt{\frac{\sum(x-\bar{x})^2}{n-1}}$$

Standar deviasi pada sampel

Keterangan:

SD : Standar Deviasi

X : Nilai Data

\bar{x} : Nilai rata-rata atau mean

N : Jumlah Frekuensi

J. Etika Penelitian

Etika penelitian menjelaskan masalah etika penelitian yang merupakan hal penting dalam suatu penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus memperhatikan (Dahlan, 2014).

1. *Informed consent* (Penjelasan dan Persetujuan)

Informed consent diberikan kepada responden yang setuju dalam mengikuti penelitian ini. Dan selanjutnya dilakukan pemberian lembar persetujuan untuk responden yang bersedia dijadikan responden sebelum penelitian dilakukan. Sebelum melakukan penelitian responden diberikan informasi tentang tujuan penelitian agar responden memahami maksud, tujuan serta dampaknya. Responden yang bersedia diteliti menandatangani lembar persetujuan, pada penelitian ini tidak ada responden yang menolak untuk diteliti.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Kerahasiaan responden akan tetap terjaga, maka peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu atau berupa inisial dari nama responden,

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Confidentiality adalah masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan akan dijamin kerahasiannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

4. *Beneficence* (melakukan hal yang baik)

Dalam penelitian ini peneliti hanya mengerjakan sesuatu yang baik tanpa merugikan responden. Jika responden, menolak untuk berpartisipasi dalam pengisian kuesioner, peneliti tidak akan memaksa atau menyinggung. Peneliti juga akan memastikan bahwa tidak membahayakan responden yang mau berpartisipasi dengan diberikan *informed consent*. Bilamana responden tidak mau berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini maka peneliti harus menghargai keputusan responden tersebut.

K. Alur penelitian

Alur penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014). Prosedur pengumpulan data yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu :

a. Prosedur Administratif

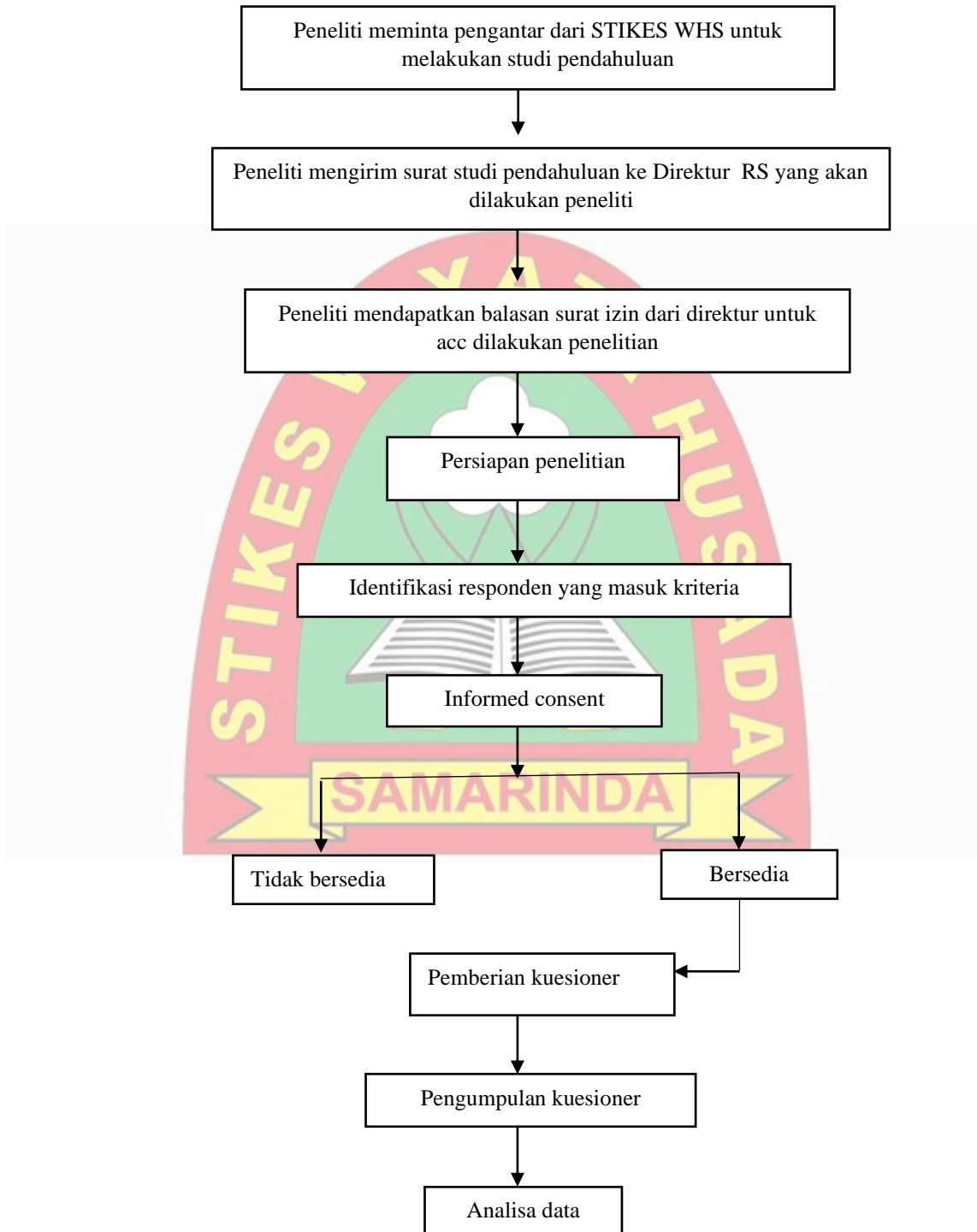
1. Peneliti meminta surat pengantar dari STIKES Wiyata Husada Samarinda untuk melakukan studi pendahuluan di *Siloam Hospital Balikpapan*
2. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Direktur *Siloam Hospital Balikpapan*
3. Menentukan responden penelitian.
4. Mengajukan ijin dan kesepakatan kepada responden untuk menjadi sampel dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) bagi responden yang bersedia untuk menjadi sampel penelitian.
5. Mendiskusikan waktu dan tempat pelaksanaan penelitian dengan responden.

b. Prosedur Teknis Penelitian

1. Mempersiapkan lembar kuesioner untuk dibagikan kepada para responden.
2. Menghubungi masing-masing responden untuk mengajukan persetujuan melakukan penelitian.
3. Membuat kesepakatan waktu dan tempat untuk dilakukan penelitian
4. Menjelaskan kepada responden tujuan penelitian.

5. Memberikan kuesioner kepada responden untuk di isi oleh responden
6. Mengucapkan terimakasih kepada para responden karena telah erpartisipasi dalam penelitian ini.

Alur Penelitian



Skema 3.2 Alur peneliti

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan mengenai gambaran umum lokasi penelitian, hasil penelitian meliputi analisis univariat yang mendeskripsikan distribusi frekuensi karakteristik responden serta deskripsi pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di *Siloam Hospital* Balikpapan.

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum dan Tempat Penelitian

Siloam Hospital Balikpapan merupakan Rumah Sakit tipe B terbesar di Balikpapan yang mempunyai pasien dengan berbagai kasus penyakit kronis yang dirawat di ruangan *Inpatient Departement, Intensive Care Unit*, dan Hemodialisa. Penelitian ini dilakukan selama 2 minggu di *Siloam Hospital* dengan subjek penelitian ini adalah perawat pelaksana yang bekerja di ranah paliatif dengan penelitian ini dilakukan dengan membagikan 50 kuesioner dengan 20 pertanyaan. Jumlah kuesioner yang terkumpul sebanyak 50 kuesioner dan akan dianalisa untuk uji statistik hasil univariat.

2. Karakteristik Responden

Hasil penelitian ini akan mendeskripsikan gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di *Siloam Hospital* Balikpapan. Ini akan dibahas melalui hasil univariat data demografi meliputi empat frekuensi distribusi karakteristik responden, yaitu : usia, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja di Rumah Sakit. Hasil dijabarkan kedalam tabel serta penjelasannya.

4.1. Tabel Data Demografi Karakteristik Responden (n=50)

		F	(%)
Usia	20-25 Tahun	23	46
	26-30 Tahun	11	22
	31-35 Tahun	9	18
	36-40 Tahun	4	8
	41-50 Tahun	3	6
Jumlah		50	100
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	4
	Perempuan	48	96
Jumlah		50	100
Pendidikan	D-III Keperawatan	27	54
	S1 Ners	22	46
Jumlah		50	100
Lama Bekerja	1-5 tahun	39	78
	6->10 tahun	11	22
Jumlah		50	100

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.1 di peroleh gambaran bahwa dari 50 responden yang terlibat dalam penelitian ini mayoritas responden berumur antara 20-25 tahun yaitu 23 orang (46,0%) jenis kelamin mayoritas perempuan yaitu 48 orang (96,0%) dengan latar belakang pendidikan mayoritas adalah DIII yaitu 27 orang (54%) sedangkan masa kerja mayoritas antara 1-5 tahun yaitu 39 orang (78%).

3. Analisa Univariat

Variabel penelitian ini adalah untuk menggambarkan pengetahuan perawat mengenai perawatan paliatif dengan menyajikan hasil data-data mean, median, minimum, maksimum, serta standar deviasi dari setiap indikator pertanyaan pada kuesioner, yaitu : filosofi dan prinsip perawatan paliatif, manajemen nyeri dan gejala, perawatan psikososial dan spiritual. Hasil akan dibahas dalam tabel, sebagai berikut:

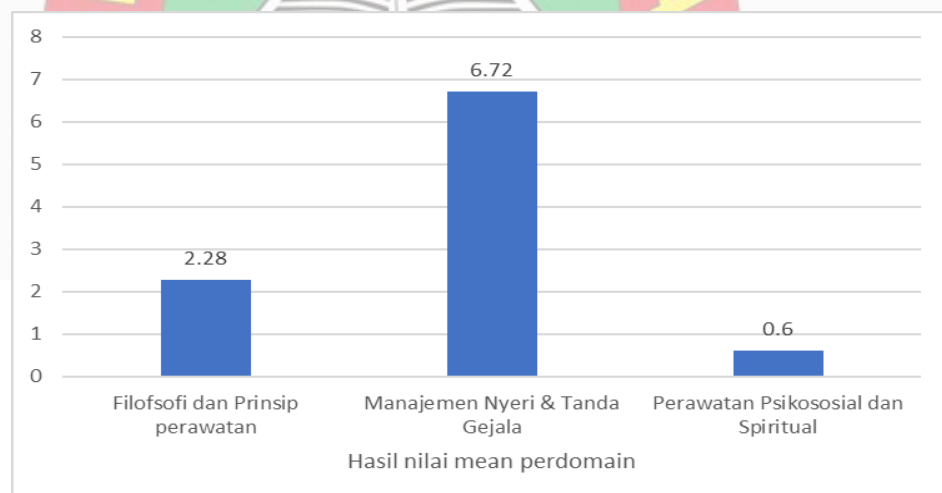
4.2 Tabel Data Pengetahuan Berdasarkan Subvariable Pertanyaan (n=50)

Subvariabel pertanyaan	Mean (M)	Median (Me)	Min	Max	St.Deviasi
Filosofi dan Prinsip Paliatif	2.28	2,00	0	4	0.882
Manajemen nyeri & tanda Gejala	6.72	7.00	3	10	1.629
Perawatan Psikososial & Spiritual	0.60	0.00	0	3	0.833
Total Score Pengetahuan	9.62	9.50	5	15	2.039

Data: Sumber Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa dari total keseluruhan skor pengetahuan responden dari setiap domain dengan 20 butir pertanyaan didapatkan hasil mean/nilai rata-rata 9.62 serta nilai median 9.50 dan jawaban minimum terendah 5 dan maksimum tertinggi 15 dari setiap domain yang dijawab pada kuesioner

mean`



Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa rata-rata nilai mean pada domain pertama setiap pertanyaan adalah 2.28 dan nilai st.deviasi 0.882, sedangkan pada domain kedua nilai mean adalah 6.72 sedangkan nilai mean pada domain ketiga 0,60.

B. Pembahasan

1. Subvariabel filosofi dan prinsip perawatan paliatif.

Dari tabel data diatas didapatkan hasil nilai rata-rata pada domain filosofi dan prinsip perawatan paliatif kepada setiap responden berjumlah 50 responden yang terdiri dari 20 pertanyaan mengenai pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif. Didapatkan jumlah hasil nilai interval pada domain yang pertama dimana setiap jawaban nilai rentang rerata 2,28 dengan interval 0-4.

Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan pengetahuan perawat pada domain pertama memiliki pengetahuan sedang, sehingga dalam memahami tentang filosofi dan prinsip perawatan paliatif dapat dijadikan sebagai tolak ukur perawat untuk meningkatkan pengetahuan paliatif sebagai pemberi pelayanan di Rumah Sakit. Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Agnis, 2018) yang menyatakan bahwa perawat memiliki pengetahuan yang kurang. Hal ini dapat disebabkan karena dalam kurikulum perawatan paliatif bukan hal yang difokuskan.

2. Subvariabel Manajemen Nyeri & Tanda Gejala

Berdasarkan pada Tabel 4.2 dapat dilihat bahwa pada variabel manajemen nyeri dan gejala diperoleh hasil interval terbanyak yang menjawab benar di kuesioner dengan item 20. Diperoleh hasil responden yang menjawab dari 20 pertanyaan dengan hasil minimal menjawab 3 dari 13 pertanyaan pada kuesioner dengan nilai rata-rata/mean 6.72, median 7.00 dengan st.deviasi 1.629, dapat disimpulkan adanya perbedaan pengetahuan perawat dari 50 responden namun perawat memiliki pengetahuan yang tinggi tentang manajemen dan gejala nyeri.

Hal ini dapat disebabkan karena dalam kurikulum perawatan paliatif bukan hal yang difokuskan. Selain itu perawat lebih fokus pada keluhan yang dikatakan pasien mengenai gejala yang tampak dan nyeri yang dirasakan, psikologis yang ia rasakan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Wulandari (2012) yang menyatakan bahwa

perawat lebih fokus pada kondisi fisik dimana hasil dipengaruhi oleh tingkatan pendidikan dan lama bekerja individu di Rumah Sakit. Sehingga dikatakan dari ketiga domain pada domain yang kedua menjadi mayoritas tertinggi pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif.

3. Variabel Perawatan Psikososial & Spiritual

Pada tabel 4.2 didapatkan data dari hasil pembagian kuesioner dengan item 20 pertanyaan didapatkan hasil responden menjawab maks 3 dan terendah 0 dan jumlah nilai rata-rata/mean 0,60 dan median 0,00 serta st.deviasi 0,83. Pada variabel ketiga ini didapatkan hasil terendah dari ketiga domain, bahwasannya pengetahuan individu tentang domain yang ketiga tidak memahami mengenai perawatan psikososial & spiritual yang tertuang dalam pertanyaan pada kuisisioner. Sehingga ini perlu lagi adanya pelatihan bagi setiap perawat yang bekerja di rana paliatif di Rumah Sakit.

Berdasarkan analisa dari ketiga domain pada penelitian gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di *Siloam Hosiptal* Balikpapan secara keseluruhan dapat dilihat bahwa perawat yang bekerja memiliki mayoritas tertinggi menjawab tentang perawatan paliatif terdapat pada domain kedua mengenai manajemen nyeri dan tanda gejala, dari 20 pertanyaan yang diberikan didalam kuisisioner ini menunjukkan bahwa dari ketiga domain responden lebih memahami tentang prinsip paliatif dan manajemen nyeri dibandingkan filosofi dan prinsip perawatan, sedangkan pada psikososial serta spiritual menjadi pengetahuan yang rendah.

Hal ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang berbeda oleh setiap individu dan lama bekerja responden dimana tingkat pendidikan dalam penelitian ini adalah D3 Keperawatan yaitu sebanyak 27 perawat (54%) dan S1 ners. Hal ini sesuai dengan penelitian Morsy (2014) perawat yang mendominasi memiliki pendidikan D3. Ini dapat disebabkan karena perawat yang diteliti sebagian besar merupakan perawat pelaksana. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh El-Nagar & Lawend (2013) dimana perawat yang diteliti mayoritas memiliki gelar sarjana. Dimana lama bekerja kurang dari 1-5 tahun Sesuai dengan penelitian ElNagar & Lawend (2013) yang menunjukkan 63,3% perawat bekerja 1-5 tahun, dan lebih dari 5-10 tahun.

Berbeda dengan penelitian Morsy (2014) yang menyatakan setengah dari sampel memiliki lama kerja lebih dari 10 tahun dalam merawat pasien paliatif., Lama kerja dapat memberikan pengaruh pada seorang perawat dalam pengetahuan dan memberikan perawatan paliatif. Hal ini sesuai dengan penelitian Iswanto & Purwanti (2008) semakin lama kerja seseorang maka pengalamannya akan semakin meningkat. Menurut Kemenkes (2015) kriteria perawat yang memberikan perawatan paliatif adalah perawat yang berpendidikan minimal Diploma 3 dan telah mengikuti pelatihan perawatan paliatif. adapun responden yang masih berusia kurang dari 25 tahun dalam penelitian ini dan usia tertinggi >35 tahun sehingga ini sejalan dengan penelitian Budiman & Riyanto (2013).

Yang mengungkapkan bahwa pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh pendidikan, informasi yang baik, dan pengalaman. Di tambah dengan penelitian Kassa (2014) bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang dalam penerimaan dan pengelolaan informasi yang memberikan perawatan paliatif. Peneliti menyimpulkan bahwa pendidikan yang baik dapat meningkatkan pengetahuan serta memberi segala arahan dalam mengambil dan mengelola informasi.

Hasil penelitian dari 50 responden menunjukkan adanya pengetahuan yang kurang mengetahui lingkup paliatif khususnya perawatan paliatif psikososial dan spiritual ini dikarenakan perawat tidak cukup pengetahuan atau pengadaan pelatihan. Sementara itu, Adriansen (2005) mengatakan bahwa pelatihan perawatan paliatif dapat memberikan kontribusi untuk meningkatkan pengetahuan dan

wawasan perawat. Pengetahuan adalah proses kegiatan mental seseorang yang ia kembangkan melalui berbagai proses belajar.

Penelitian ini menunjukkan bahwa perawat yang menjadi responden memiliki kurikulum yang berbeda-beda saat individu menjalani studi akademik. Sehingga tidak menjadi yang difokuskan dalam memberikan pelayanan, perawat lebih fokus pada tindakan secara objektif serta keluhan yang dirasakan oleh pasien saja, tetapi tidak mengkaji aspek psikologi pasien mengenai permasalahan yang dialami oleh pasien secara biopsikososial dan spritual. Sehingga ini menjadi sejalan dengan penelitian Wulandari(2012) yang menyatakan perawat hanya berfokus pada kondisi fisik pasien dibandingkan aspek psikologi serta spritual pada pasien. Ini dikarenakan tidak adanya alat atau pengetahuan yang mencukupi untuk mengkaji aspek psikologis pasien yang menghadapi kematian dalam penelitian ini juga masih banyak dari 50 responden yang sedang mengambil program pendidikan alih jenjang DIII Keperawatan ke S1.

Dari skor keseluruhan pengetahuan perawat dari tiga domain yang ada dalam pertanyaan dapat dipengaruhi oleh tingkat lama bekerja seseorang, ini memungkinkan bahwa tingkat lama bekerja akan membuat seseorang jauh lebih efektif dalam menangani dan dalam mengambil sebuah keputusan untuk memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan. Total skor keseluruhan pengetahuan perawat yang dijumlahkan didapat hasil nilai rata-rata/mean tertinggi 9,62 dan nilai terendah 9,52 hal ini menunjukkan adanya rentang pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif dari setiap domain yang dijawab dengan benar atau salah.





BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan kesimpulan penelitian dilakukan tentang pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di Rumah Sakit Tahun 2019, maka dapat diambil kesimpulan :

1. Karakteristik perawat di *Siloam Hospital* Balikpapan mayoritas responden berjenis kelamin perempuan, memiliki rentang usia lebih banyak berusia 20-25 tahun, hampir separuh memiliki pengalaman bekerja dalam pelayanan keperawatan 1-5 tahun dengan jabatan dalam tim mayoritas sebagai perawat pelaksana, dan responden dalam penelitian ini rata-rata belum pernah mengikuti seminar tentang perawatan paliatif.
2. Penelitian yang telah dilakukan terhadap 50 responden, didapatkan hasil responden seluruh pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif dengan skor rerata/mean 9,62 dan nilai median 9.5ss0. sedangkan pada domain pertama dengan skor rerata/mean 2,28, pada domain kedua adalah dengan skor rerata/mean 6,72 dan hasil pada domain ke tiga dengan skor rerata 0,60.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, saran yang dapat disampaikan :

1. Saran Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan perawatan paliatif dengan mengadakan seminar atau workshop.

2. Bagi Perawat

Berdasarkan hasil diharapkan perawat dapat mengakses segala informasi tentang perawatan paliatif dari berbagai sumber media dan diharapkan mengikuti pelatihan tentang perawatan paliatif



3. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Diharapkan peneliti selanjutnya dapat meneruskan penelitian ini dengan literatur yang terbaru dan pengembangan metode penelitian yang lain
- b. Diharapkan peneliti selanjutnya bisa membantu dalam meningkatkan pengetahuan perawat baik itu secara akademik atau tenaga kerja di Rumah Sakit

4. Bagi Rumah Sakit

Dengan adanya penelitian ini diharapkan bagi Rumah Sakit yang menyediakan pelayanan kesehatan dapat mengoptimalkan perawat yang bekerja dengan adanya pemberian pelatihan baik itu pendidikan dan pelatihan





DAFTAR PUSTAKA

- Agustini, A. (2014). *Promosi Kesehatan* (Vol. 1). Yogyakarta: Deepublish.
- Alamdani, B. L. M., & Nuraini, T. (2016). Stres Sedang dan Strategi Koping Adaptif yang dialami Pelaku Rawat Informal dalam Perawatan Paliatif. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19(1). Retrieved from <http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/429>
- Alfianika, N. (2016). Buku ajar Metode penelitian pengajaran bahasa Indonesia (1st ed., Vol. 1). Retrieved 2019, from <https://books.google.co.id/books?id=DH1kDQAAQBAJ&pg=PA97&dq=pengertianpopulasidansampelpenelitian&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwjE6uynpqPVAhUJu7wKHfg6BxoQ6AEILzAC#v=onepage&q=pengertian%20populasi%20dan%20sampel%20penelitian&f=false>
- Anita. (2016). Perawatan Paliatif dan Kualitas Hidup Penderita Kanker. *Jurnal Kesehatan*, 7(3), 508-513.
- Apriningsih, Widyastuti, P., & Fauziah, M. (Trans.). (2010). *Investigasi dan Pengendalian Wabah di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Baxter, S., Beckwith, S.K., Clark, D., Cleary, J., Falzon, D., Glaziou, P., et al. 2014. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. (S. R. Connor & M. C. Bermedo, Penyunt.) Worldwide Palliative Care Alliance.
- Bhisma, Murti. 2006. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Gadjah Mada Press.
- Breitbart, W. S., & Alici, Y. (2014). *Psychosocial Palliative Care*. New York: Oxford University Press
- Burns, N., & Grove, S. K. (2011). *Understanding nursing research* (5th ed.). Retrieved September, 2019, from <https://books.google.co.id/books?id=Y9T3QseoHiYC&pg=PA102&dq=examiningethicsinnursingresearch&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwi745Ctw6PVAhWGGJQKHR12BOIQ6AEIODAC#v=onepage&q=examining%20ethics%20in%20nursing%20research&f=false>
- Budiman & Riyanto A. (2013). *Kapita Selekta Kuisisioner Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Choi , S., Jung , Y., and Kim, B. (2011). *The Effect of an End-of-life Nursing Education Consortium Course on Nurses*. *Jurnal of Hospice and Palliative Nursing*. Agusut. Volume 13 Number

- Depkes RI (2006). Panduan Asuhan Keperawatan Paliatif di Rumah Sakit. Depkes RI 2006
- Dahlan S. (2014). *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta. Arkans
- Emanuel, L. L., & Librach, S. L. (2011). *Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies* (2nd ed.). Amerika: Saunders Elsevier.
- El-Nagar, S. & Lawend, J. (2013). Impact of Palliative Care Education on Nurses' Knowledge, Attitude and Experience Regarding Care of Chronically Ill Children. *Journal of Natural Sciences Research*, 3(11): 94-103
- Farastuti, D., & Windiastuti, E. (2016). Penanganan Nyeri pada Keganasan. *Sari Pediatri*, 7(3), 153. <https://doi.org/10.14238/sp7.3.2005.153-9>
- Ferrell, B. R., Coyle, N., & Paice, J. A. (Eds.). (2015). *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Fitria, C. N. (2010). Palliative Care pada Penderita Penyakit Terminal. *Gaster*, 7(1), 527–535.
- Gopal, K. S. & Arvhana, P. S. (2016). Awareness, Knowledge and Attitude about Palliative Care, in General, Population and Health Care Professionals in Tertiary Care Hospital. *Internationnal Journal of Scientific Study*, 3(10): 31- 35.
- Hamdi, A. S., & Bahrudin, E. (2014). Metode penelitian kuantitatif aplikasi dalam pendidikan (1st ed., Ser. 1). Retrieved September, 2019, from <https://books.google.co.id/books?id=nhwaCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=metodepenelitiankuantitatif&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwj49Ze71u7VAhXMRY8KHTWmByAQ6AEIJTAA#v=onepage&q=metode%20penelitian%20kuantitatif&f=false>
- Harnilawati. (2018). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga* (Vol. 2). Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. H. (Eds.). (2014). *Nanda International Nursing Diagnosis: Definition & Classification, 2015-2017* (10th ed.). Oxford: Wiley Blackwell.
- Ii, B. A. B., & Pustaka, T. (2012). *Nyeri Akut Pada...*, ERWIN HARYA WIRATMA, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2012.
- Irawan, E. (2013). Pengaruh Perawatan Paliatif Terhadap pasien Kanker Stadium Akhir: Literature Review. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 1(1). Fakultas Ilmu Keperawatan: Universitas BSI.

- Iswanto, S. & Purwanti, O. S. (2008). Hubungan Stress Kerja dengan Perilaku Medikasi di Ruang Al-Qomar dan Asy-Syam Rumah Sakit Islam Surakarta. *Berita Ilmu Keperawatan*, 1(2): 76-82 <http://journals.ums.ac.id/index.php/BIK/article/view/3740> diakses tanggal 07 Februari 2018
- K, F. S. (2016). Metodologi penelitian farmasi komunitas dan eksperimental (1st ed., Vol. 1). Retrieved September, 2019, from <https://books.google.co.id/books?id=Mj4MDgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>
- Kassa, H., Murugan, R., Zewdu, F., Hailu, M & Woldeyohannes, D. (2014). Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliative Care*, 13(6): 1-11.
- KEPMENKES RI (2009) Kebijakan Perawatan Paliatif. Kepmenkes RI No.812 tahun 2009
- KEMENKES. Kebijakan Perawatan Paliatif. 2009.
- Kristanti. (2014). *Perawatan Paliatif di Indonesia Belum Optimal*. 1–2. Retrieved from <https://ugm.ac.id/id/newsPdf/8759-perawatan.paliatif.di.indonesia.belum.optimal>
- Lapau, B. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan: Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis dan Disertasi* (1st ed.). Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Lapau, B. (2015). Metodologi penelitian kebidanan: Panduan penulisan protocol dan laporan hasil penelitian (1st ed.). Retrieved August, 2017, from <https://books.google.co.id/books?id=x9IDAAAQBAJ&pg=PA112&dq=tabulasidatadalampenelitian&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwir1vnL7e3VAhUEqI8KHfjtDEQQ6AEIODAD#v=onepage&q=tabulasi%20data%20dalam%20penelitian&f=false>

Lampiran 1

**KUESIONER PENELITIAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG
PERAWATAN PALIATIF**

Kode Responden

A. Data Responden

Inisial Responden :

Umur :

Unit Kerja :

Lama Bekerja :

B. Petunjuk Pengisian

Berilah tanda centang (✓) pada pilihan jawaban yang menurut anda benar!

No	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Perawatan paliatif hanya sesuai diberikan pada pasien yang mengalami penurunan atau kemunduran kondisi.		
2.	Morfin adalah standar yang digunakan untuk membandingkan efek analgesik dari golongan opioid lainnya.		
3.	Keparahan penyakit menentukan metode penatalaksanaan nyeri.		
4.	Terapi ajuvan (tambahan) penting dalam manajemen nyeri.		
5.	Anggota keluarga harus berada di samping pasien hingga pasien meninggal.		
6.	Selama hari-hari terakhir menjelang ajal rasa kantuk yang di alami pasien akibat ketidakseimbangan elektrolit dapat menurunkan kebutuhan obat sedative.		

7.	Ketergantungan obat merupakan salah satu masalah utama yang terjadi jika morfin digunakan dalam jangka Panjang untuk manajemen nyeri.		
8.	Pasien yang mendapatkan terapi opioid seharusnya juga diberikan tarapi saluran pencernaan.		
9.	Pemberian perawatan paliatif tidak memerlukan rasa empati.		
10.	Selama tahap akhir penyakit, obat yang menyebabkan depresi pernafasan tepat digunakan untuk penetalaksanaan dyspnea berat.		
11.	Pada umumnya laki-laki lebih cepat menghilangkan rasa duka daripada wanita.		
12.	Filosofi perawatan paliatif sesuai dengan prinsip terapi agresif.		
13.	Plasebo (obat kosong) dapat digunakan dalam penatalaksanaan beberapa jenis nyeri.		
14.	Kodein dosis tinggi lebih sering menyebabkan mual dan mutah daripada morfin.		
15.	Penderitaan dan nyeri fisik adalah hal yang sama.		
16.	Petidine (analgesik golongan opioid) bukan analgesik yang efektif untuk mengontrol nyeri kronis.		
17.	Kejenuhan tenaga kesehatan yang bekerja di unit paliatif disebabkan oleh akumulasi rasa kehilangan karena kematian pasien.		
18.	Manifestasi nyeri kronis berbeda dengan nyeri akut.		
19.	Rasa duka akibat kehilangan kerabat jauh lebih mudah diatasi daripada kehilangan kerabat dekat.		
20.	Ambang nyeri dapat diturunkan melalui rasa cemas atau Lelah.		

(Sumber: Hertanti,N.S.(2018)

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di_

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Peneliti : Romaida haloho

NIM : B1813613601

No. Hp : 0813 1778 1441

Judul Penelitian : Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif

Saya adalah mahasiswi Stikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk menganalisa Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Bapak/Ibu bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan memberikan kuesioner mengenai "Pengetahuan Perawat tentang Perawatan Paliatif". Kemudian responden akan mengisi lembar kuesioner sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu saat ini.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dan peneliti berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian. Apabila Bapak/Ibu ketika mengisi kuesioner merasa kesulitan dalam pengisian kuesioner, mohon memberitahu peneliti atau menghubungi nama-nama yang tertera di bawah, maka pengisian kuesioner akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu dan boleh memutuskan untuk menolak penelitian kapanpun dikehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu.

Jika ada suatu perihal yang ingin ditanyakan, mohon menghubungi nama-nama di bawah ini :

1. Ns. Wahyu Dewi, S. Kep, M.S
No. Hp : 081548538457
2. Ns. Siti Mukaromah, S.Kep,.M.Kep.Sp.Kep.Kom
No. Hp : 085235186628
3. Romaida Haloho
No. Hp : 081317781441

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Balikpapan, Oktober 2019

Peneliti

Romaida Haloho



**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : _____

Umur : _____

Alamat : _____

No. telp : _____

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif di Siloam Hospitals Balikpapan”.

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah:

1. Bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner.
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan oleh peneliti/.

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Balikpapan, 2019

Mengetahui
Peneliti

Yang membuat pernyataan

Romaida Haloho

Nama & Tanda tangan

Lampiran 3





**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

IZIN DIKTI NO: 129/D/C/2008

TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015

PERINGKAT B

Jl. Kadria Cening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp./Fax: (0541) 7272431

www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id



Nomor : 000 /STIKES-WHS/LT/2019
Lampiran : --
Perihal : Permohonan Izin Uji Validitas Data

2 Desember 2019

Kepada Yth.
Direktur RS. Restu Ibu Balikpapan
Cq. Diklit Rs. Restu Ibu Balikpapan
Di -

Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan rahmat dan hidayah- Nya kepada kita semua..Aminin..

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan uji validitas data di Puskesmas yang Bapak/Ibu pimpin. Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : ROMAIDA HALOHO
NIM : B1813613601
Semester : III
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif Di Siloam Hospitals Balikpapan**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.



Ns. Sumiati Sinaga, M.Kep
NIDN. 1117078201



Scanned with
CamScanner

Balikpapan, 07 Oktober 2019

No : 253/EXT/SI/SHBP/2019

Lamp : -

Perihal : Konfirmasi Permohonan Izin Studi Pendahuluan

Yth.:

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

Wakil Ketua I

Ns. Bumiati Sinaga, M.Kes

di Tempat

Dengan hormat,

Atas nama Siloam Hospital Balikpapan (SHBP), kami mengucapkan terima kasih atas kerja sama yang telah terjalin baik selama ini.

Menindaklanjuti surat dari STIKES WIYATA HUSADA Samarinda No 1899/STIKES-WH/SALT/2019 perihal Permohonan Izin Studi Pendahuluan, maka bersama ini kami sampaikan bahwa SHBP memberikan izin untuk melaksanakan kegiatan tersebut kepada mahasiswa atas nama Prismaida Haloho.

Studi Pendahuluan mahasiswa tersebut tidak diperkenankan untuk maksud/ tujuan lain (publikasi) selain untuk kebutuhan pendidikan, serta wajib mengikuti aturan yang berlaku di SHBP.

Demikian kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

Siloam Hospital Balikpapan


Dr. Danio Poluan, M.Kes
Hospital Director

Tembusan:

1. Nursing Division Head
2. Talent Management Department Head



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008

ITERAKREDITASIBAN-PT NO: 64/PSK/BAN-PT/Akred/PT/V/2015

PERINGKAT II

Jl. Kadine Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431

www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id



Nomor : 2819 /STIKES-WHS/LT/2019

02 Desember 2019

Lampiran : -

Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

Kepada Yth.
Direktur RS. Restu Ibu Balikpapan
Cq. Diklit Rs. Restu Ibu Balikpapan
di -

Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data di Tempat yang Bapak/ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : ROMAIDA HALOHO
NIM : B1813613601
Semester : III
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif Di Siloam Hospitals Balikpapan**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Kepala

Ns. Sumiati Sinaga, M.Kep
NIDN 1112078201



Rumah Sakit "RESTU IBU"

Jl. Jend. Achmed Yani No. 13 Balikpapan Kalimantan Timur Indonesia, 76111

Telp. (0542) 427342, 427343, 427344 (Hunting)

Direct No. (0542) 423110 (R.U.), 422706 (I/G/D), Fax. (0542) 441494, 417290

E-mail : restuibu@restuibu.co.id, Web Site : www.restuibu.co.id

Balikpapan, 20 Desember 2019

Nomor : 1331/02A/RSRI/XII/2019
Lamp : --
Perihal : **Jawaban Permohonan Uji Validitas Data**

Kepada,
Yth. Ns. Sumiati Sinaga, M.Kep
Wakil Ketua I Stikes Wiyata Husada
di-

Samarinda

Dengan hormat,

Menjawab surat permohonan uji validitas data yang telah kami terima nomor 2920/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 02 Desember 2019, maka dengan ini kami beritahukan bahwa pihak manajemen rumah sakit Restu Ibu secara prinsip telah menyetujui mahasiswa/i Stikes Wiyata Husada Samarinda di bawah ini :

No.	Nama	NIM	Judul
01.	Romaida Haloho	B1813613601	Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif Di Siloam Hospitals Balikpapan

Untuk menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan.

Demikian yang dapat disampaikan, semoga dapat diterima dengan baik. Atas perhatian serta kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Rumah Sakit RESTU IBU
RUMAH SAKIT
"RESTU IBU"
Jl. Jend. A. Yani No. 87
BALIKPAPAN
04
drg. B. Agus Wintma, M.Kes
Direktur

Tembusan :

1. Kabag. Kepegawaian
2. Kabid. Keperawatan
3. Arsip



Scanned with
CamScanner

KESELURUHAN DOMAIN

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
domain_filosofi	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%
domain_menejemen_nyeri	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%
domain_psikososial	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
domain_filosofi	Mean	2.28	.125	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.03	
		Upper Bound	2.53	
	5% Trimmed Mean	2.28		
	Median	2.00		
	Variance	.777		
	Std. Deviation	.882		
	Minimum	0		
	Maximum	4		
	Range	4		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	-.220	.337	
	Kurtosis	-.148	.662	
	domain_menejemen_nyeri	Mean	6.72	.230
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	6.26	
		Upper Bound	7.18	
5% Trimmed Mean		6.77		
Median		7.00		
Variance		2.655		
Std. Deviation		1.629		
Minimum		3		
Maximum		10		
Range		7		
Interquartile Range		2		
Skewness		-.352	.337	
Kurtosis		-.154	.662	

domain_psikososial	Mean		.60	.118
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.36	
		Upper Bound	.84	
	5% Trimmed Mean		.51	
	Median		.00	
	Variance		.694	
	Std. Deviation		.833	
	Minimum		0	
	Maximum		3	
	Range		3	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		1.324	.337
	Kurtosis		1.104	.662

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
domain_filosofi	.213	50	.000	.889	50	.000
domain_menejemen_nyeri	.228	50	.000	.933	50	.007
domain_psikososial	.344	50	.000	.723	50	.000

a. Lilliefors Significance Correction



Uji Normalitas Skor Pengetahuan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Skor_Pengetahuan	50	98.0%	1	2.0%	51	100.0%

Descriptives

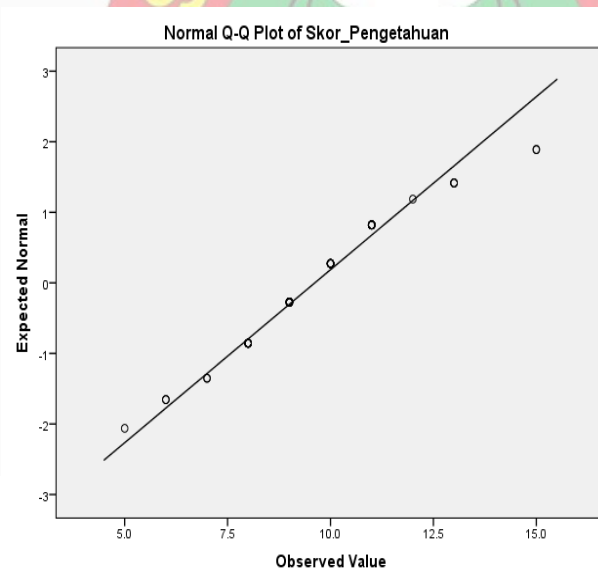
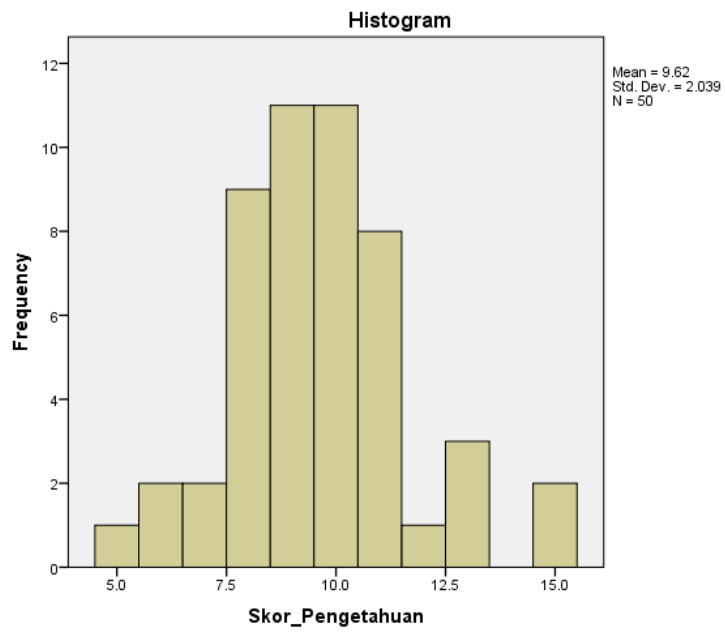
		Statistic	Std. Error
Skor_Pengetahuan	Mean	9.62	.288
n	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.04
		Upper Bound	10.20
		5% Trimmed Mean	9.57
	Median	9.50	
	Variance	4.159	
	Std. Deviation	2.039	
	Minimum	5	
	Maximum	15	
	Range	10	
	Interquartile Range	3	
	Skewness	.481	.337
	Kurtosis	.922	.662

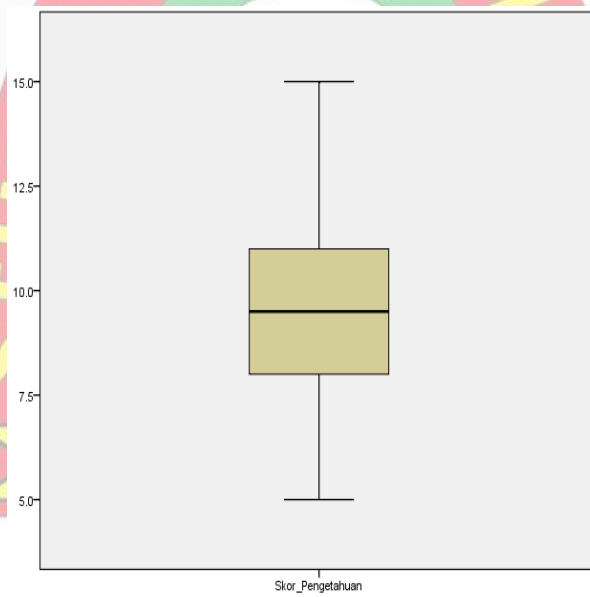
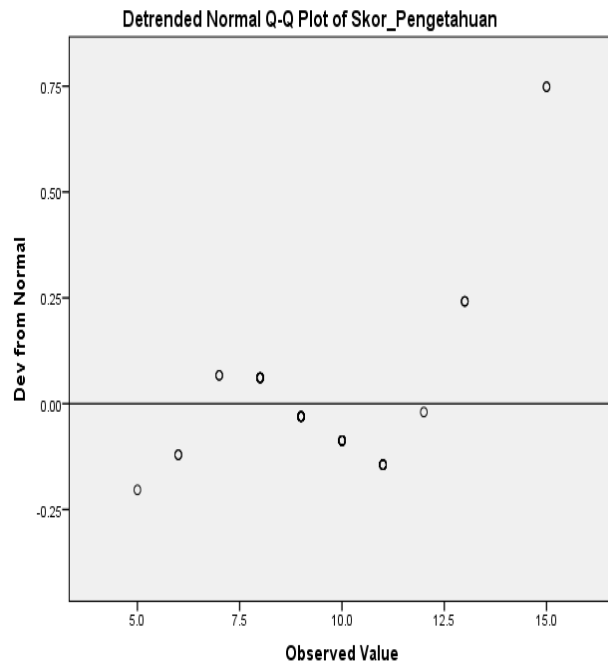
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor_Pengetahuan	.146	50	.009	.951	50	.037

a. Lilliefors Significance Correction

Skor_Pengetahuan





```
COMPUTE log_transform=LG10(Skor_Pengetahuan).  
EXECUTE.
```

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
log_transform	50	98.0%	1	2.0%	51	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
log_transform	Mean	.9735	.01325
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	.9469 1.0001
	5% Trimmed Mean	.9755	
	Median	.9771	
	Variance	.009	
	Std. Deviation	.09372	
	Minimum	.70	
	Maximum	1.18	
	Range	.48	
	Interquartile Range	.14	
	Skewness	-.367	.337
	Kurtosis	1.051	.662

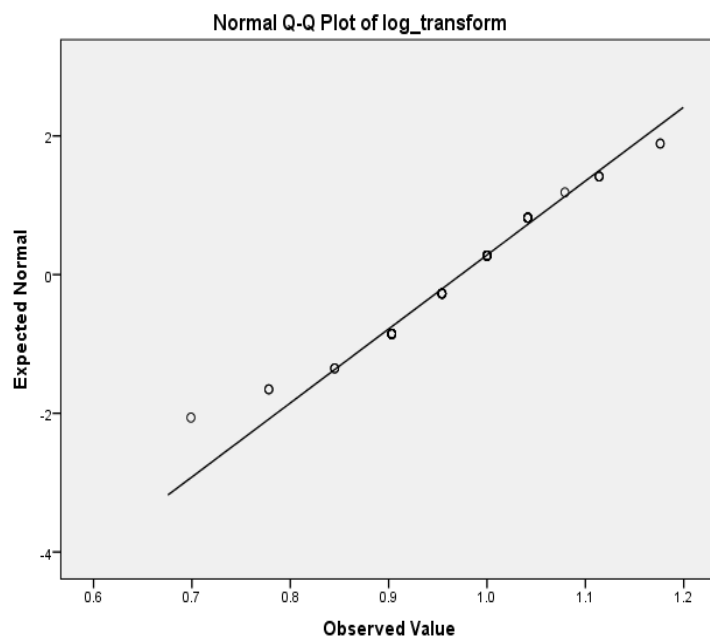
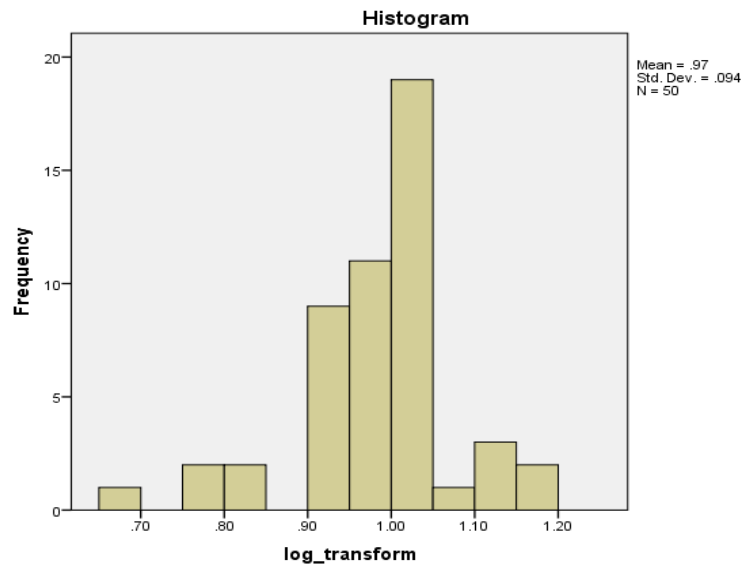
Tests of Normality

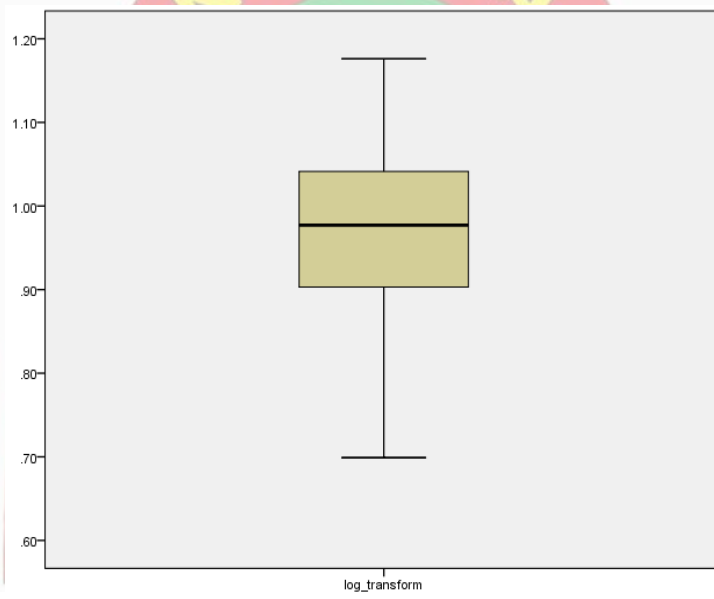
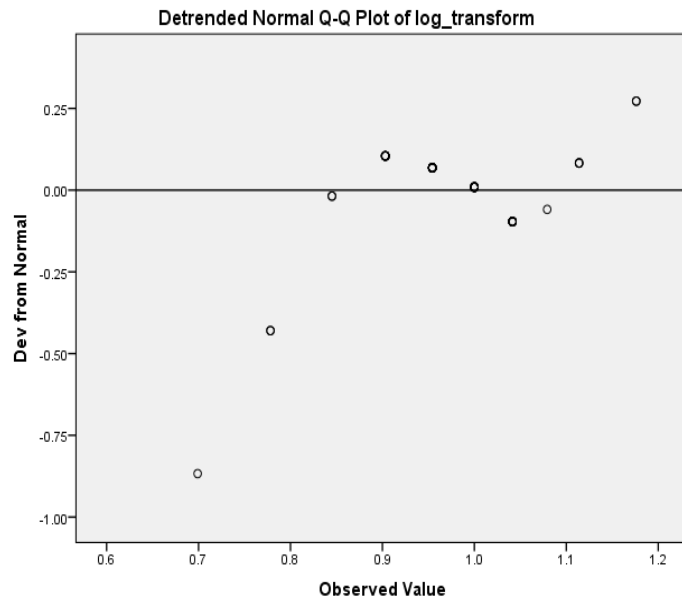
Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.

log_transform	.139	50	.017	.955	50	.056
---------------	------	----	------	------	----	------

a. Lilliefors Significance Correction

log_transform

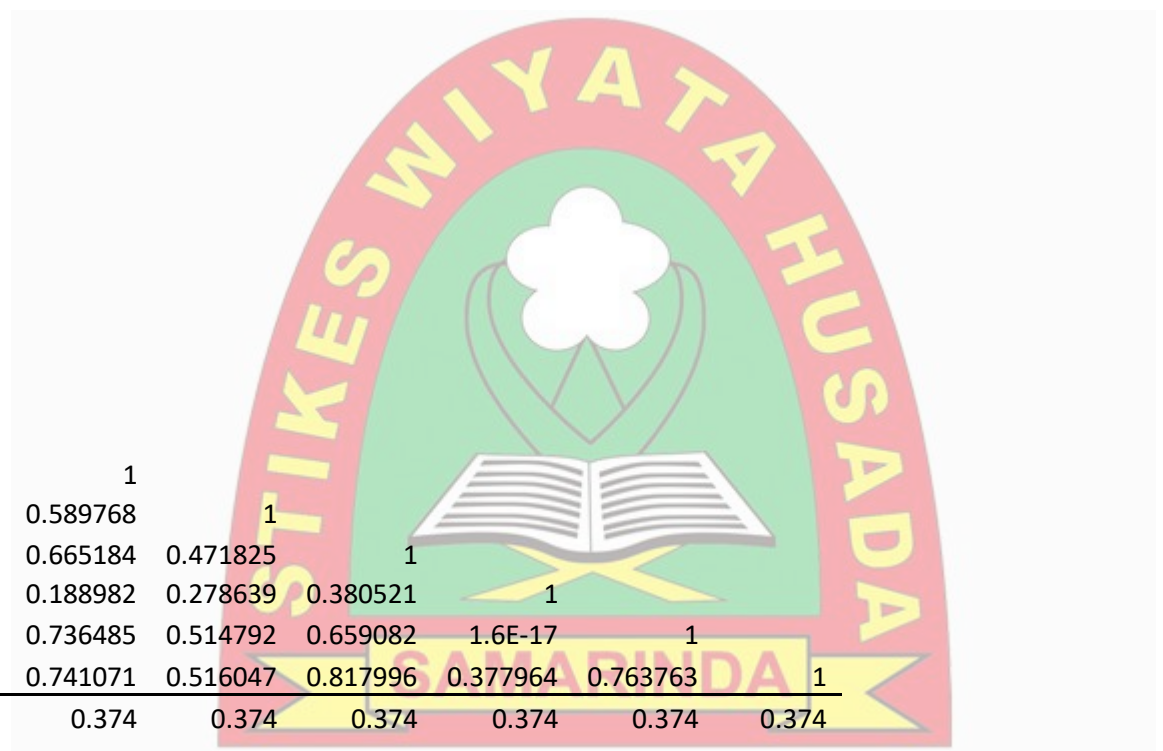




Column 13	Column 14	Column 15	Column 16	Column 17	Column 18	Column 19	Column 20
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

1							
0.511408	1						
0.800018	0.298807	1					
0.630867	0.599171	0.589768	1				
0.728507	0.330911	0.665184	0.471825	1			
0.09513	0.442719	0.188982	0.278639	0.380521	1		
0.9337	0.365148	0.736485	0.514792	0.659082	1.6E-17	1	
0.817996	0.41833	0.741071	0.516047	0.817996	0.377964	0.763763	1
0.374	0.374	0.374	0.374	0.374	0.374	0.374	0.374

VALID VALID VALID VALID VALID VALID VALID VALID



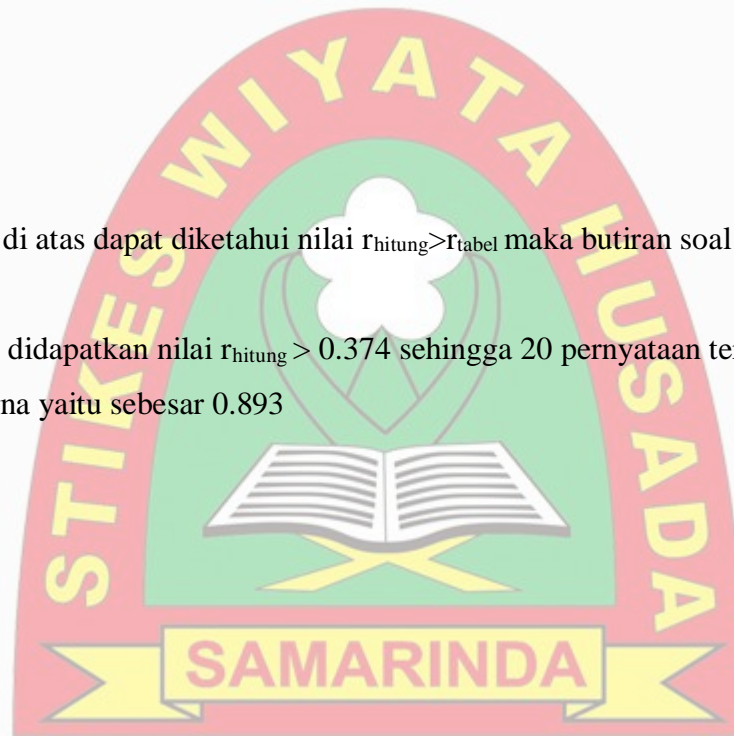
2. UJI REABILITAS

	Column 1	Column 2
Column 1	1	
Column 2	0.89356306	1
Rtabel	0.6	0.6

Kriteria REABEL REABEL

Pembahasan Hasil

1. Berdasarkan hasil uji validitas di atas dapat diketahui nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$ maka butir soal dinyatakan valid. Nilai r_{tabel} yang digunakan sebesar 0.374
2. Dari hasil perhitungan statistic didapatkan nilai $r_{hitung} > 0.374$ sehingga 20 pernyataan tersebut dinyatakan valid
3. Dengan nilai reabilitas sempurna yaitu sebesar 0.893



ABSTRAK

Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif Di *Siloam Hospital* Balikpapan

Romaida Haloho¹, Wahyu Dewi², Siti Mukaromah³

Latar belakang: Keperawatan paliatif merupakan pelayanan kesehatan yang manusiawi yang diberikan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang memiliki penyakit serius atau mengancam jiwa. Di Indonesia, masih jarang ditemukan perawatan paliatif karena lebih berfokus dengan tindakan kuratif dan kurangnya pemahaman perawat mengenai pentingnya perawatan paliatif. Masyarakat juga menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal. **Tujuan:** Untuk mengidentifikasi karakteristik responden dan skor pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di *Siloam Hospitals* Balikpapan. **Metode:** Jenis penelitian yang digunakan yaitu *descriptive quantitative* dengan teknik pengambilan sampling *Exhaustive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 50 orang. Analisa data menggunakan analisa univariat. **Hasil:** hasil analisa didapatkan pengetahuan mengenai manajemen nyeri dan gejala memiliki derajat yang tinggi dengan hasil 6.72, filosofi dan prinsip perawatan paliatif yang didapatkan adalah 2.28, dan perawatan psikososial dan spiritual dengan hasil yaitu 0.60. **Kesimpulan:** Perawat harus memiliki tanggung jawab yang baik dan keputusan untuk memberi rana perawatan pada pasien yang mendapatkan perawatan paliatif di rumah sakit.

Kata Kunci : Pengetahuan Perawat, Perawatan Paliatif, Rumah Sakit

¹⁻³Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Ilmu Tinggi Kesehatan Wiyata Husada



Pendahuluan

Keperawatan paliatif merupakan pelayanan kesehatan yang manusiawi yang diberikan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang memiliki penyakit serius atau mengancam jiwa seperti kanker. Keperawatan paliatif adalah pendekatan perawatan yang ditujukan kepada orang secara keseluruhan, bukan hanya penyakitnya. Tujuannya adalah untuk mencegah atau mengobati, sedini mungkin gejala dan efek samping penyakit dan pengobatannya, selain masalah psikologis, sosial, dan spritual yang terkait (National Cancer Institute, 2017). Menurut World Health Organizatioan (2016) penyakit-penyakit yang termasuk dalam perawatan paliatif seperti penyakit kardiovaskular dengan prevelensi 385%, kanker 34%, penyakit perpanasan kronis 10,3% HIV/AIDS 5,7%, diabetes 4,6% dan memerlukan perawatan paliatif sekitar 40-60%. Pada tahun 2011 terdapat 29 juta orang meninggal dikarenakan penyakit ang membutuhkan perawatan paliatif. Kebanyakan orang yang membutuhkan perawatan paliatif berada pada kelompok dewasa 60% dengan dengan usia lebih dari 60 tahun, dewasa (usia 15-59 tahun) 25% pada usia 0-14 tahun aitu 6% (Baxter, *et al*, 2014).

Perawatan paliatif seharusnya diberikan sejak awal diagnosa, namun banyak penyedia layanan kesehatan yang tidak mengetahui hal tersebut. Sebuah penelitian menyatakan sebanyak 62% perawatan paliatif tidak dibrikan pada awal ditegakkan diagnosa karena perawat tidak tahu mengenai intervensi dini perawatan paliatif (Gopal & Arvhana, 2016).

Masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Namun konsep baru perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan baik. Perawatan paliatif bersifat pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi berdasarkan falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya (Fitria 2010).

Perawatan paliatif berkelanjutan yang bermanfaat untuk meningkatkan kualitas hidup, mengurangi keluhan pasien, memberikan dukungan spiritual dan psikososial yang diberikan sejak mulai ditegakkannya diagnosa hingga akhir hayat. Dukungan persiapan akhir hayat, penatalaksanaan nyeri, pe-natalaksanaan keluhan fisik lain, dukungan psikologis, dukungan sosial, dukungan kultural dan spiritual merupakan perawatan paliatif yang dapat dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan/rawat rumah (Kemenkes, 2007)

Data kasus tiga bulan terakhir terhitung dari bulan Juni sampai Agustus 2019 pasien yang berobat ke *Siloam Hospital* Balikpapan dengan memiliki penyakit kronis sebanyak 1.629 kasus diantaranya penyakit Diabetes Melitus 49 orang (3%), Kanker 36 orang (2,2%), stroke 8 orang (0,4%), CHF (gagal jantung) 31 orang (1,9%), dan CKD dengan kategori rawat inap 69 orang (4,2%) dan rawat jalan 1146 orang (703%), penyakit paru obstruktif kronis 290 orang (17,8%), infeksi seperti

HIV/AIDS 0. Data di ambil pada tanggal 7-8 Oktober 2019 di ruang rekam medik *Siloam Hospital* Balikpapan Studi pendahuluan melalui wawancara pada tanggal 20 September 2019 dengan 10 perawat, 2 (20%) diantaranya perawat hanya menjelaskan pengertian perawatan paliatif adalah perawatan pasien terminal atau diambang ajal dan 2 (20%) orang yang menyatakan tidak tahu tentang perawatan paliatif dan tidak mengetahui dimana tempat perawatan paliatif, sedangkan 6 (60%) diantaranya tidak mengetahui sama sekali apa itu perawatan paliatif. Praktik di lapangan perawatan paliatif di *Siloam Hospital* Balikpapan juga belum menyentuh kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan Hal ini merupakan fenomena yang terjadi diruang rawat inap *Siloam Hospital* Balikpapan.

Berdasarkan hal tersebut menjadi sebuah fenomena yang perlu diteliti lebih lanjut karena belum pernah ada peneliti yang meneliti di *Siloam Hospital* Balikpapan mengenai gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif. Dengan demikian, peneliti perlu untuk mengetahui “Bagaimana Gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif”

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode diskriptif kuantitatif dengan tehnik pengambilan sampel *Exhaustive sampling* dengan melibatkan perawat yang bekerja di ruang rawat inap, *intensive care unit* dan hemodialisis berjumlah 50 responden. Instruman penelitian menggunakan

Paliative care Quiz for Nurses-Indonesian Version (PCQN-I).

Hasil Penelitian

Tabel 1.1 Data Demografik Karakteristik Responden (n=50)

		F	(%)
Usia	20-25 Tahun	23	46
	26-30 Tahun	11	22
	31-35 Tahun	9	18
	36-40 Tahun	4	8
	41-50 Tahun	3	6
Jumlah		50	100
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	4
	Perempuan	48	96
Jumlah		50	100
Pendidikan	D-III Keperawatan	27	54
	S1 Ners	22	46
	Jumlah	50	100
Lama Bekerja	1-5 tahun	39	78
	6->10 tahun	11	22
Jumlah		50	100

Sumber data primer 2019

Karakteristik responden didapatkan gambaran bahwa dari 50 responden yang terlibat dalam penelitian ini mayoritas responden berumur antara 20-25 tahun yaitu 23 orang (46,0%) jenis kelamin mayoritas perempuan yaitu 48 orang (96,0%) dengan latar belakang pendidikan mayoritas adalah DIII yaitu 27 orang (54%) sedangkan masa kerja mayoritas antara 1-5 tahun yaitu 39 orang (78%).

**Tabel 1.2 Data Pengetahuan Berdasarkan Subvariable
Pertanyaan (n=50)**

Subvariabel pertanyaan	Mean (M)	Median (Me)	Min	Max	St.Deviasi
Filosofi dan Prinsip Paliatif	2.28	2,00	0	4	0.882
Manajemen nyeri & tanda Gejala	6.72	7.00	3	10	1.629
Perawatan Psikososial & Spiritual	0.60	0.00	0	3	0.833
Total Score Pengetahuan	9.62	9.50	5	15	2.039

Skor pengetahuan responden dari setiap domain dengan 20 butir pertanyaan didapatkan hasil mean/nilai rata-rata 9.62 serta nilai median 9.50 dan jawaban minimum terendah 5 dan maksimum tertinggi 15 dari setiap domain yang dijawab pada kuesioner.

Pembahasan

A. Variabel filosofi dan prinsip perawatan paliatif.

Dari tabel data diatas didapatkan hasil nilai rata-rata pada domain filosofi dan prinsip perawatan paliatif kepada setiap responden berjumlah 50 responden yang terdiri dari 20 pertanyaan mengenai pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif. Didapatkan jumlah hasil nilai interval pada domain yang pertama dimana setiap jawaban nilai rentang rerata 2,28 dengan interval 0-4. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan pengetahuan perawat pada domain pertama memiliki pengetahuan sedang, sehingga dalam

memahami tentang filosofi dan prinsip perawatan paliatif dapat dijadikan sebagai tolak ukur perawat untuk meningkatkan pengetahuan paliatif sebagai pemberi pelayanan di Rumah Sakit. Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Agnis, 2018) yang menyatakan bahwa perawat memiliki pengetahuan yang kurang. Hal ini dapat disebabkan karena dalam kurikulum perawatan paliatif bukan hal yang difokuskan.

B. Variabel Manajemen Nyeri & Tanda Gejala

Berdasarkan pada Tabel 4.3 dapat dilihat bahwa pada variabel manajemen nyeri dan gejala diperoleh hasil interval terbanyak yang menjawab benar di kuesioner dengan item 20. Diperoleh hasil responden yang menjawab dari 20 pertanyaan dengan hasil minimal menjawab 3 dari 13 pertanyaan pada kuesioner dengan nilai rata-rata/mean 6.72, median 7.00 dengan st.deviasi 1.629, dapat disimpulkan adanya perbedaan pengetahuan perawat dari 50 responden namun perawat memiliki pengetahuan yang tinggi tentang manajemen dan gejala nyeri. Hal ini dapat disebabkan karena dalam kurikulum perawatan paliatif bukan hal yang difokuskan. Selain itu perawat lebih fokus pada keluhan yang dikatakan pasien mengenai gejala yang tampak dan nyeri yang dirasakan, psikologis yang ia rasakan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Wulandari (2012) yang

menyatakan bahwa perawat lebih fokus pada kondisi fisik dimana hasil dipengaruhi oleh tingkatan pendidikan dan lama bekerja individu di Rumah Sakit. Sehingga dikatakan dari ketiga domain pada domain yang kedua menjadi mayoritas tertinggi pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif.

C. Variabel Perawatan Psikososial & Spiritual

Pada tabel 4.2 didapatkan data dari hasil pembagian kuesioner dengan item 20 pertanyaan didapatkan hasil responden menjawab maks 3 dan terendah 0 dan jumlah nilai rata-rata/mean 0,60 dan median 0,00 serta st.deviasi 0,83. Pada variabel ketiga ini didapatkan hasil terendah dari ketiga domain dimana bahwasannya pengetahuan individu tentang domain yang ketiga tidak memahami mengenai perawatan psikososial & spiritual yang tertuang dalam pertanyaan pada kuisisioner. Sehingga ini perlu lagi adanya pelatihan bagi setiap perawat yang bekerja di rana paliatif di Rumah Sakit.

Berdasarkan analisa dari ketiga domain pada penelitian gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di *Siloam Hosiptal* Balikpapan secara keseluruhan dapat dilihat bahwa perawat yang bekerja memiliki mayoritas tertinggi menjawab tentang perawatan paliatif pada domain kedua mengenai manajemen nyeri dan tanda gejala dari 20 pertanyaan yang diberikan didalam kuisisioner ini menunjukkan bahwa dari ketiga domain responden lebih memahami tentang

prinsip paliatif dan manajemen nyeri dibandingkan filosofi dan prinsip perawatan, sedangkan pada psikososial serta spiritual menjadi pengetahuan yang rendah. Hal ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang berbeda oleh setiap individu dan lama bekerja responden dimana tingkat pendidikan dalam penelitian ini adalah D3 Keperawatan yaitu sebanyak 27 perawat (54%) dan S1 ners. Hal ini sesuai dengan penelitian Morsy (2014) perawat yang mendominasi memiliki pendidikan D3. Hal ini dapat disebabkan karena perawat yang diteliti sebagian besar merupakan perawat pelaksana. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh El-Nagar & Lawend (2013) dimana perawat yang diteliti mayoritas memiliki gelar sarjana. dimana lama bekerja kurang dari 1-5 tahun Sesuai dengan penelitian ElNagar & Lawend (2013) yang menunjukkan 63,3% perawat bekerja 1-5 tahun. dan lebih dari 5-10 tahun. Berbeda dengan penelitian Morsy (2014) yang menyatakan setengah dari sampel memiliki lama kerja lebih dari 10 tahun dalam merawat pasien paliatif., Lama kerja dapat memberikan pengaruh pada seorang perawat dalam pengetahuan dan memberikan perawatan paliatif. Hal ini sesuai dengan penelitian Iswanto & Purwanti (2008) semakin lama kerja seseorang maka pengalamannya akan semakin meningkat. Menurut Kemenkes RI (2015) kriteria perawat yang memberikan perawatan paliatif adalah perawat yang

berpendidikan minimal Diploma 3 dan telah mengikuti pelatihan perawatan paliatif. adapun responden yang masih berusia kurang dari 25 tahun dalam penelitian ini dan usia tertinggi >35 tahun sehingga ini sejalan dengan penelitian Budiman & Riyanto (2013) yang mengungkapkan bahwa pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh pendidikan, informasi yang baik, dan pengalaman. Di tambah dengan penelitian Kassa (2014) bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang dalam penerimaan dan pengelolaan informasi yang memberikan perawatan paliatif. Peneliti menyimpulkan bahwa pendidikan yang baik dapat meningkatkan pengetahuan serta memberi segala arahan dalam mengambil dan mengelola informasi.

Hasil penelitian dari 50 responden menunjukkan adanya pengetahuan yang kurang mengetahui lingkup paliatif khususnya perawatan paliatif psikososial dan spiritual ini dikarenakan perawat tidak cukup pengetahuan atau pengadaan pelatihan. Sementara itu, Adriansen (2005) mengatakan bahwa pelatihan perawatan paliatif dapat memberikan kontribusi untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasan perawat. Pengetahuan adalah proses kegiatan mental seseorang yang ia kembangkan melalui berbagai proses belajar. Hal ini penelitian menunjukkan bahwa perawat yang menjadi responden memiliki kurikulum yang berbeda-beda saat individu menjalani studi akademik.

Sehingga tidak menjadi yang difokuskan dalam memberikan pelayanan, perawat lebih fokus pada tindakan secara objektif serta keluhan yang dirasakan oleh pasien saja, tetapi tidak mengkaji aspek psikologi pasien mengenai permasalahan yang dialami oleh pasien secara biopsikososial dan spritual. Sehingga ini menjadi sejalan dengan penelitian Wulandari, (2012) yang menyatakan perawat hanya berfokus pada kondisi fisik pasien dibandingkan aspek psikologi serta spiritual pada pasien. Ini dikarenakan tidak adanya alat atau pengetahuan yang mencukupi untuk mengkaji aspek psikologis pasien yang menghadapi kematian dalam penelitian ini juga masih banyak dari 50

Keterbatasan Penelitian

Jumlah tenaga perawat pelaksana yang ada di Rumah Sakit belum ada yang mendapatkan pendidikan formal dan pelatihan secara aktif untuk meningkat pelayanan perawatan paliatif. serta masih sedikitnya penelitian yang membahas tingkat pengetahuan perawat menggunakan skala ukur interval.

Kesimpulan

Berdasarkan kesimpulan penelitian dilakukan tentang pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di Rumah Sakit Tahun 2019, maka dapat diambil kesimpulan:

1. Karakteristik perawat di *Siloam Hospital* Balikpapan mayoritas responden berjenis kelamin perempuan, memiliki rentang usia lebih banyak berusia 20-25 tahun, hampir separuh memiliki pengalaman bekerja dalam pelayanan keperawatan 1-5 tahun dengan jabatan dalam tim mayoritas sebagai perawat pelaksana, dan responden dalam penelitian ini rata-rata belum pernah mengikuti seminar tentang perawatan paliatif.
2. Penelitian yang telah dilakukan terhadap 50 responden, didapatkan hasil responden seluruh pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif dengan skor rerata/mean 9,62 dan nilai median 9,5ss0. sedangkan pada domain pertama dengan skor rerata/mean 2,28, pada domain kedua adalah dengan skor rerata/mean 6,72 dan hasil pada domain ke tiga dengan skor rerata 0,60.

Saran

Diharapkan institut pendidikan mampu meningkatkan pengetahuan paliatif dengan mengadakan seminar atau workshop. melalui pendidikan dan pelatihan agar mempunyai landasan dalam tolak ukur mengembangkan perawatan paliatif sehingga penelitian selanjutnya dapat mengembangkan metode penelitian dengan literatur terbaru dengan harapan pelayanan perawatan paliatif dapat dioptimalkan.

Daftar Pustaka

Agustini, A. (2014). *Promosi Kesehatan* (Vol. 1). Yogyakarta: Deepublish.

El-Nagar, S. & Lawend, J. (2013). Impact of Palliative Care Education on Nurses' Knowledge, Attitude and Experience Regarding Care of Chronically Ill Children. *Journal of Natural Sciences Research*, 3(11): 94-103

Morsy, W.Y.M, Elfeky H. A., & Mohammed, S.E. (2014). Nurses' Knowledge and Pratices about Palliative Care among Cancer Patient in a University Hospital-Egypt. *Advance in Life Science and Technology*, 24:100-130.

National Cancer Institute. (2017, October 20). Palliative Care in Cancer. Retrieved October, 2019, from <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>

Rasjidi, I (2010). *Perawatan Paliatif Supportif dan Bebas Nyeri Pada Kanker*. Jakarta: Sagung Seto

Baxter, S., Beckwith, S.K., Clark, D., Cleary, J., Falzon, D., Glaziou, P., et al. 2014. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. (S. R. Connor & M. C. Bermedo, Penyunt.) Worldwide Palliative Care Alliance.

KEPMENKES RI (2009) Kebijakan Perawatan Paliatif. Kepmenkes RI No.812 tahun 2009

Budiman & Riyanto A. (2013). *Kapita Selekta Kuisisioner Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika

Kassa, H., Murugan, R., Zewdu, F., Hailu, M & Woldeyohannes, D. (2014). Assesment of Knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Abba, Ethopia. *BMC Paliative Care*, 13 (6);1-11

Wulandari, Fitriana. (2012). Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif dengan Sikap terhadap Penatalaksanaan Pasien dalam Perawatan Paliatif di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta



Lampiran 7

