

**PENGALAMAN PERAWAT DALAM MEMBERIKAN PERAWATAN
AKHIR KEHIDUPAN PADA PASIEN KRITIS**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2021**

**PENGALAMAN PERAWAT DALAM MEMBERIKAN PERAWATAN
AKHIR KEHIDUPAN PADA PASIEN KRITIS**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana (S.Kep)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2021**

HALAMAN PENGESAHAN
PENGALAMAN PERAWAT DALAM MEMBERIKAN PERAWATAN
AKHIR KEHIDUPAN PADA PASIEN KRITIS

SKRIPSI

Disusun Oleh:

Ulfah Ayu Adilah
1706306301


Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 18 agustus 2021

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep. M.Kep
NIDN. 1124118301
2. Ns. Wahyu Dewi Sulistvarini, S.Kep., M.S
NIDN. 1102170288
3. Ns. Anisa A'in, S.Kep., M.Kep
NIK. 114104.90.14.057
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIDN. 1128058801

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
IKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIDN. 1128058801

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ulfah Ayu Adilah

NIM : 17.063.063.01

Program Studi : S1 – Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Perawatan
Akhir Kehidupan Pada Pasien Kritis

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

Samarinda, 18 Agustus 2021

Yang Membuat Pernyataan,



Ulfah Ayu Adilah

NIM : 17.063.063.01

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang mana atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **“Pengalaman Perawat Dalam Membeikan Perawatan Akhir Kehidupan Pada Pasien Kritis”** dalam rangka memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Dalam pembuatan tugas akhir ini, saya sangat menyadari bahwa saya tidak dapat melakukannya sendiri tanpa bantuan, bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Mujito Hadi, MD., MM selaku Ketua Yayasan ITKes Wiyata Husada Samarinda.
2. Assoc.Prof.Dr. Eka Ananta Sidharta CA, CFrA selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Dr. Martina Yulianti, Sp.PD. FISASIM., M.Kes (MARS) selaku Direktur RSUD Aji Mumammad Parikesit Tenggarong
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.
5. Ns. Annisa Ain, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
6. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
7. Ns. Chirsiyen Damanik, S.Kep., M.Kep selaku Penguji I saya yang telah menyediakan waktu tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini setelah ujian.
8. Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep, M.S selaku Penguji II saya yang telah menyediakan waktu tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini setelah ujian.

9. Kepada kedua orang tua Bapak Sugito dan Ibu Rukhayati, yang telah banyak memberikan motivasi, dukungan moral maupun materil yang tidak ternilai harganya serta doa dan kasih sayangnya selama ini kepada saya. Kepada saudara laki-laki saya Abdurrahman Husen yang selalu mendoakan dan memberi dukungan kepada saya.
10. Kepada seluruh Bapak dan Ibu dosen ITKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat bagi kehidupan peneliti serta seluruh staf pegawai yang telah banyak membantu.
11. Kepada teman-teman Prodi Keperawatan angkatan 2017 dan sahabat saya di ITKES Wiyata Husada Samarinda atas nama Risna, Ririn, Ria, Annisa, Rinda, Ika, Selfira, Rezky yang telah memberikan bantuan, dukungan dan saran serta kritik dalam penulisan tugas akhir ini.
12. Kepada semua pihak secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan tugas akhir ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masi jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan masukan yang konstruktif demi kesempurnanya. Akhir kata dengan mengucapkan banyak terima kasih, penulis berharap semoga Tuhan senantiasa membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam dunia keperawatan.

Samarinda, 18 Agustus 2021

Penulis

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ulfah Ayu Adilah
NIM : 17.063.063.01
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

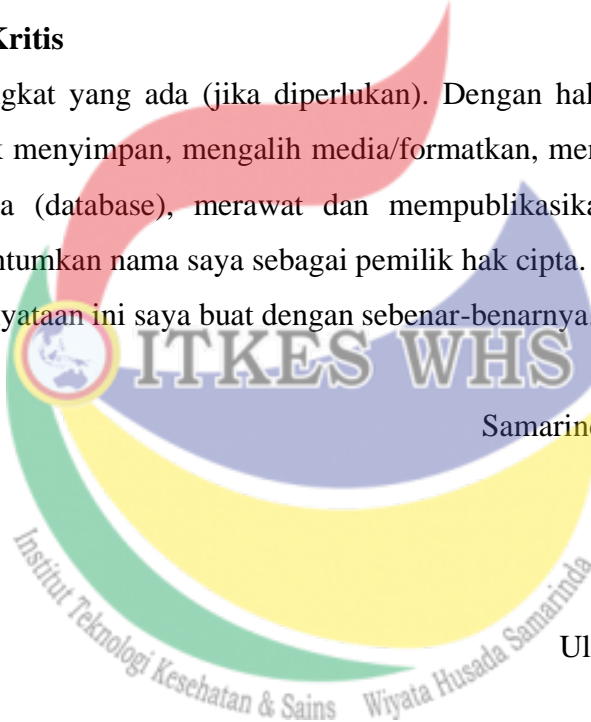
Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Perawatan Akhir Kehidupan Pada Pasien Kritis

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama mencantumkan nama saya sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 18 Agustus 2021



Ulfah Ayu Adilah

ABSTRAK

PENGALAMAN PERAWAT DALAM MEMBERIKAN PERAWATAN AKHIR KEHIDUPAN PADA PASIEN KRITIS

Ulfah Ayu Adilah¹, Annisa Ain², Kiki Hardiansyah Safitri³

¹Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

^{2,3}Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

Email : ayuu56783@gmail.com

Latar Belakang: Perawatan akhir kehidupan merupakan intervensi yang penting diberikan pada pasien dan keluarga mulai dari awal diagnosis penyakit terminal hingga akhir hidup pasien setelah meninggal. Fokus perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien sehingga mencapai kematian yang damai dan mendapatkan kebahagiaan sebelum kematiannya. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengalaman perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis. **Metode:** Penelitian ini dilakukan kepada perawat yang berdinasi di ruang *Intensive Care Unit*, menggunakan pendekatan fenomenologi dan teknik *purposive sampling* dengan kriteria perawat telah merawat pasien hingga meninggal minimal satu pasien, analisa data dengan teknik *Colaizzi* untuk mendapatkan tema. **Hasil:** Dari hasil wawancara dengan informan menghasilkan 3 tema: 1) Perawatan holistik sebelum kematian 2) Respon setelah kematian 3) Dukungan fase kehilangan dan berduka. **Kesimpulan:** Perawat dalam melaksanakan perawatan akhir kehidupan meliputi dengan memberikan perawatan holistik berupa kenyamanan pasien baik secara fisik maupun psikologis, serta memenuhi kebutuhan spiritual pasien selama proses perawatan hingga menuju akhir hayat. Setelah kematian pasien perawat membersihkan jenazah dan menyediakan fasilitas ruang jenazah. Respon emosional perawat dapat timbul saat pasien menghadapi ajal dan perawat sebagai support sistem keluarga setelah pasien meninggal dunia. **Saran:** Perawat dapat lebih memberikan dukungan kepada keluarga yang berduka.

Kata Kunci: Perawatan akhir kehidupan, pengalaman, *Intensive Care Unit*



ABSTRACT
EXPERIENCE OF A NURSE IN END-OF-LIFE CARE FOR CRITICAL PATIENTS

Ulfah Ayu Adilah¹, Annisa Ain², Kiki Hardiansyah Safitri³

¹ Student of Nursing Science Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

^{2,3} Lecturer of Nursing Science Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda Email :
ayuu56783@gmail.com

Background: From the initial diagnosis of a terminal illness until the conclusion of the patient's life after death, end-of-life care is a vital intervention provided to patients and their families. When delivering end-of-life care, the nurse's main goal is to meet the patient's requirements in order to ensure a peaceful death and happiness before death. **Objective:** The goal of this research is to find out how nurses handle end-of-life care for severely ill patients. **Methods:** This study was conducted on nurses who worked in the *Intensive Care Unit*, with a phenomenological approach and *purposive sampling* technique, with the criteria that nurses had treated patients until at least one of them died, and the data was analyzed using the *Colaizzi* technique to find a theme. **Results:** Three themes emerged from the findings of informant interviews: 1) Pre-death holistic care 2) Reaction to death 3) Support during the grief and loss process. **Conclusion:** Nurses' responsibilities in end-of-life care include providing holistic care in the form of physical and psychological comfort for patients, as well as addressing their spiritual requirements throughout the treatment process until death. The nurse cleans the body and provides mortuary services when the patient dies. When a patient is facing death, the nurse's emotional response may arise, as well as the nurse's role as a support for the family system after the patient has died. **Suggestion:** Nurses can help bereaved families by providing greater support.

Keywords: End of life care, Experience, Intensive Care Unit



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN PENGESAHAN	i
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PUBLIKASI	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat penelitian.....	7
E. Elaborasi	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Telaah Pustaka	13
1. Konsep Pasien Kritis	13
2. Konsep Pengalaman	17
3. Konsep Perawatan Akhir Kehidupan	18
4. Model Konsep Teori <i>Peaceful End of Life</i>	27
B. Kerangka Pikir Penelitian	30
BAB III METODELOGI PENELITIAN	31
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	31
B. Tempat dan Waktu Penelitian	33
C. Subjek Penelitian	33
D. Instrumen Penelitian	34
E. Teknik Pengumpulan Data	35
F. Prosedur Pengumpulan Data	38

G. Analisa Data	40
H. Keabsahan Data	42
I. Etika Penelitian	44
BAB IV HASIL PEMBAHASAN	46
A. Hasil	46
1. Gambaran Lokasi Penelitian	46
2. Gambaran Karakteristik Informan	47
3. Hasil Penelitian Berdasarkan Tema	48
4. Makna Hidup	58
B. Pembahasan	57
C. Keterbatasan Penelitian	66
BAB V PENUTUP	67
A. Kesimpulan	67
B. Saran	67
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategori Pasien Kritis

Tabel 2.2 Karakteristik Pasien Kritis Berdasarkan Observasi

Tabel 4.1 Karakteristik Informan Penelitian



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Keperawatan Ruland dan Moore

Skema 2.2 Kerangka pikir penelitian berdasarkan teori *Peaceful End Of Life* oleh Ruland dan Moore

Skema 4.1 Tema Pertama : Perawatan Holistik Sebelum Kematian

Skema 4.2 Tema Kedua : Respon Setelah Kematian

Skema 4.3 Tema Ketiga : Dukungan Fase Kehilangan dan Berduka

Skema 4.4 Makna Hidup



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman wawancara

Lampiran 2 Lembar Penjelasan Penelitian

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan

Lampiran 4 Surat Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

Lampiran 5 Surat Jawaban Permohonan Izin Studi Pendahuluan

Lampiran 6 Surat Jawaban Permohonan Izin Penelitian

Lampiran 7 Verbatim Penelitian

Lampiran 8 Dokumentasi

Lampiran 9 Rencana Kegiatan Penyusunan Tugas Akhir

Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pasien kritis adalah pasien yang dalam kondisi mengancam nyawa. Angka kematian dan kesakitan pasien kritis di ruang *ICU (Intensive Care Unit)* lebih tinggi. Pasien kritis sangat erat kaitannya dengan perawatan *intensive* dan pemantauan setiap tindakan yang diberikan pada pasien, membutuhkan rekam medis yang berkelanjutan dan berkesinambungan (Yulia dalam Rosida *et.al.*, 2019). Pasien dengan penyakit kritis adalah kondisi disfungsi organ akut hingga penyakit yang mendasari kegagalan organ yang dapat sulit disembuhkan. Pasien kritis merupakan pasien yang membutuhkan penanganan dan pemulihan yang cepat, jika terlambat penanganan pasien tersebut dapat masuk kedalam kondisi kritis kronis atau bahkan meninggal dunia pada fase kritis akut (Suwardianto, 2018).

Pasien kritis akan mengalami penurunan fungsi fisik, dimana ini akan berpengaruh pada kelemahan fungsi lain dan menurunkan kualitas hidup pasien kritis. Pasien kritis yang mengalami penurunan fungsi fisik karena disebabkan berbagai tindakan perawatan dan penyakit yang dideritanya. Penurunan fungsi fisik pada pasien kritis disebabkan oleh lamanya penggunaan ventilator mekanik, infeksi atau sepsis, delirium, penyakit jantung coroner, unstable angina, hipertensi, takikardi, faktor utama yaitu pengobatan jangka panjang dan mobilisasi yang minimal (Suwardianto & Sari, 2019).

Pasien yang perlu untuk dirawat di *ICU*, ada beberapa kriteria untuk pasien dengan kondisi yang parah. Pasien kritis, pasien yang tidak stabil memerlukan perawatan *intensive*, seperti bantuan ventilator. Pemberian obat vasoaktif intravena secara terus menerus, seperti gagal napas berat, syok septik. Pasien yang membutuhkan pemantauan *intensive* atau *non-invasive* dapat menghindari atau mengurangi komplikasi yang serius. Misalnya pada pasien yang menderita penyakit jantung, paru-paru, ginjal atau penyakit lainnya. Pasien yang membutuhkan pengobatan yang lebih berat untuk

mengontrol komplikasi akut, meskipun manfaat *ICU* tidak banyak. Seperti pada pasien tumor ganas matastatik, tamponade jantung, dan sumbatan jalan napas (Suwardianto & Astuti, 2020).

Prevalensi pasien kritis di *ICU* meningkat setiap tahun. *World Health Organization (WHO)* tahun 2016 melaporkan pada tahun 2016 jumlah kematian akibat penyakit kritis di dunia meningkat sebanyak 1,1 -7,4 juta jiwa dengan 9,8-24,6 pasien kritis mendapat perawatan per 100.000 penduduk. Jumlah pasien kritis yang semakin meningkat dengan berbagai masalah di *ICU* perlu untuk segera ditangani (Suwardianto, 2018). Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Brahmani, *et.al.*, 2019) di salah satu rumah sakit daerah Denpasar pada tahun 2015 terdapat sebanyak 24,8% pasien meninggal dan 75,2% keluar dalam kondisi hidup.

Perawatan paliatif merupakan dasar konsep perawatan akhir kehidupan dimana perawatan ini digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa dengan memberikan pereda rasa nyeri, mengurangi gejala, dukungan spiritual dan psikososial. Perawatan ini mulai diberikan dari awal diagnosis penyakit terminal hingga akhir hidup dan saat anggota keluarga merasa kehilangan pasien yang telah meninggal. Perawatan paliatif tidak hanya berfokus pada pasien kanker namun juga pada pasien kritis *non cancer*. Pasien diberikan perawatan akhir kehidupan agar dapat mencegah atau mengurangi penderitaan, memberikan pasien dan keluarga pertolongan hidup dengan kualitas terbaik terlepas dari stadium penyakit atau kebutuhan perawatan lainnya. Serta dapat mengoptimalkan pengambilan keputusan oleh keluarga pasien sehingga perawatan paliatif dapat diberikan bersamaan dengan perawatan kuratif (Campbell, Margaret dalam Satri *et.al.*, 2020).

Proses sekarat dapat melalui beberapa tahap menuju kematian. Saat mendapat perawatan yang baik, akan menjadi waktu yang damai untuk tubuh melepas kehidupan. Prosesnya berbeda-beda pada setiap pasien, meliputi : Penurunan kondisi fisik menjelang keamtian. Minggu-minggu terakhir kehidupan pasien mengalami kelelahan dan lebih banyak tidur. Hari-hari

terakhir kehidupan pernapasan menjadi lebih cepat atau lambat dan terjadi perubahan warna kulit beberapa pasien mengalami halusinasi. Jam-jam terakhir kehidupan pasien hilang kesadaran, pernapasan tidak teratur, suhu tubuh menurun. Ketika jantung dan pernapasan berhenti suhu tubuh semakin dingin pada kondisi ini pasien sudah tidak bernyawa lagi. Setelah kematian bagi keluarga yang di tinggalkan akan mengalami berbagai rasa emosional kesedihan atau kehilangan atas orang yang di cintai (Jang *et.al.*, 2019).

Peran perawat yang merawat pasien kritis dalam perkembangannya memiliki lingkup yang khusus dalam memberikan asuhan keperawatan kritis. Perawatan *intensive* pada pasien kritis merupakan bagian yang sangat diperlukan yang terdiri dari *before critical*, *active treatment*, manajemen penyakit kritis, *recovery* dan rehabilitasi. Peran penting perawat meliputi asuhan perawatan akhir kehidupan di *ICU*. Peran perawat dalam keperawatan kritis dapat berupa manajer ruang, pendidik perawat. Advokasi penyedia perawatan penting, pasien dan keluarga (Suwardianto & Sari, 2019).

Perawatan akhir kehidupan sangat melelahkan secara emosional dan mental, serta dapat mempengaruhi kesehatan perawat seperti menyebabkan kelelahan. Perlunya bagi perawat untuk mengontrol emosi selama memberikan perawatan akhir kehidupan. Sebelum memberikan perawatan diharapkan dapat mencapai kontrol emosi yang stabil agar proses perawatan berjalan lancar. Perawatan akhir kehidupan memberikan kepuasan tersendiri ketika seorang perawat berhasil menyelesaikan perawatan ini dengan baik hingga pasien meninggal, dimana perawat akan lebih merasa bersyukur atas nikmat kehidupan yang diberikan Tuhan. Harapan kedepannya perawat semakin profesional dalam melakukan perawatan akhir kehidupan agar semakin banyak pasien yang mencapai kematian yang damai yang mereka inginkan (Palareti *et.al.*, 2016).

Pentingnya dilakukan perawatan akhir kehidupan agar pasien merasa nyaman dengan rasa sakit berkurang dalam akhir kehidupannya. Pasien akan merasa senang diberikan kesempatan untuk menghabiskan sisa hidupnya dengan didampingi oleh keluarga. Perawatan akhir kehidupan memenuhi keinginan dan kebutuhan pasien, sehingga pasien dapat mencapai kematian

yang damai dan mendapatkan kebahagiaan sebelum kematiannya. Mempersiapkan keluarga yang ditinggalkan agar suatu saat jika pasien telah tiada keluarga sudah bisa menerima dengan lapang dada kepergian anggota keluarga mereka dan tidak ada rasa sesal karena mereka telah berusaha membahagiakan pasien sebelum kematian dengan semaksimal mungkin. Jika perawatan akhir kehidupan tidak dilakukan pasien tidak dapat mempersiapkan dan memenuhi segala keinginannya. Pasien akan merasa di akhir kehidupannya tidak merasa bahagia, merasa sedih karena didiagnosa hidup yang tidak bertahan lama, dan merasa kesepian karena berpisah dengan orang-orang yang dicintainya. Dampak bagi keluarga yang ditinggalkan terkadang keluarga akan histeris saat orang dicintainya meninggal karena tidak adanya persiapan menghadapi kematian yang akan dialami anggota keluarga sebelumnya. Keluarga akan sangat emosional karena merasa tidak memberikan yang terbaik pada pasien di akhir kehidupannya, baik dari tindakan perawatan maupun perhatian dari keluarga (Buness *et.al.*, 2020).

Pelaksanaan pemberian perawatan rutin di akhir kehidupan yang mencakup berbagai aspek, termasuk perawatan meliputi mandi dan perawatan diri dan membantu melakukan pergerakan tubuh pada pasien yang tidak sadar sebagai tindakan untuk mencegah terjadinya decubitus akibat tirah baring yang lama. Kebutuhan pasien dengan keluarga seperti kebutuhan mengganti seprai atau pakaian yang basah atau kotor. Perawatan yang direkomendasikan akan diterima oleh pasien dan di diskusikan dengan pihak keluarga, ini dilakukan setelah teridentifikasi perawatan apa saja yang dibutuhkan oleh pasien (Davies *et.al.*, 2016).

Perawatan akhir kehidupan ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Buness *et.al.*, 2020) yang memastikan bahwa kebutuhan standar dan kemampuan tersedia untuk memberikan perawatan yang sesuai dan holistik. Standar dan kemampuan perawat akhir kehidupan untuk dapat meningkatkan persiapan perawatan yang profesional di akhir kehidupan pasien. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh (Beckstrand *et.al.*, 2018) menyatakan bahwa hambatan umum perawatan akhir kehidupan termasuk

penolakan keluarga, konflik keluarga dengan pasien mengenai perawatan lanjutan, dan keluarga membawa dampak negatif pada pasien. Saat mengatasi pasien sekarat yang terbaik adalah merencanakan perawatan dengan keluarga untuk menyesuaikan pengobatan di *ICU* dan perawatan akhir kehidupan secara dini. Pada penelitian selanjutnya peneliti akan melihat bagaimana pengalaman para perawat yang merawat pasien kritis hingga meninggal dengan latar belakang pasien *non cancer* di ruang *Intensive*.

Ruland dan Moore mengatakan akhir kehidupan yang damai sebagai suatu kondisi akhir kehidupan yang dijalani dengan penuh kedamaian. Dengan memenuhi kriteria meliputi bebas nyeri, merasa nyaman, merasa bermartabat dan dihargai, merasakan kedamaian, dan berdekatan dengan orang yang berarti dalam hidup. Serta mendapat dukungan baik secara spiritual dan psikososial. Perawatan dimulai saat diagnosis hingga akhir hayat dan setelah pasien kritis meninggal memberikan dukungan pada keluarga yang ditinggalkan atau berduka. Keluarga sebagai penunjang bersama dengan perawat profesional dapat membantu pasien kritis dalam memiliki pengalaman yang menyenangkan dan bahagia menjelang kematian dan mencapai kematian yang damai di akhir kehidupannya (Rulanda & Moore dalam Napitupulu, 2014).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan pada Senin 14 Desember 2020 di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong. Terdapat 18 tenaga perawat di ruang *intensive* dan dapat menampung 6 pasien. Dari data tiga bulan terakhir terdapat 14 pasien keluar ruang dalam kondisi meninggal dan 61 pasien keluar dalam kondisi hidup. Diagnosa terbanyak pasien kritis meninggal dunia adalah *CKD (Chronic Kidney Disease)* dan penyakit jantung. Informasi yang didapat dari wawancara perawat yang merawat pasien kritis di ruang *intensive*. Pasien kritis dalam pemenuhan kebutuhannya dibantu oleh perawat dan keluarga dari fisik, psikososial, spiritual. Pasien ingin terus bersama dengan keluarga di akhir kehidupannya, lebih mendekatkan diri kepada Tuhan, dan ingin mengurangi rasa sakit menjelang kematian. Perawatan akhir kehidupan yang telah diberikan pada pasien menjelang kematian seperti kedatangan rohaniawan untuk mendoakan,

rohaniawan didatangkan berdasarkan permintaan dari pihak keluarga pasien. Serta mengizinkan keluarga maksimal 2 orang untuk masuk ke ruangan mendampingi pasien, setelah pandemi hanya satu orang keluarga yang diperbolehkan masuk. Adapun hambatan yang sering terjadi yaitu ketika pasien yang merasa sedih dan kesepian saat dibatasi bertemu dengan keluarga. Sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pulang pasien dan menghentikan perawatan untuk menghabiskan akhir hidup bersama keluarga dan menghemat pengeluaran biaya perawatan.

Berdasarkan fenomena yang ada pasien kritis di ruang *Intensive* membutuhkan perawatan diakhir kehidupannya baik dari fisik, psikososial dan spiritual. Pasien kritis dengan kondisi lemah dengan alat bantu penunjang kehidupan, pemenuhan kebutuhannya bergantung dari perawat dan keluarganya. Perawatan akhir kehidupan tidak hanya berfokus pada pasien kanker namun juga pada pasien kritis *non cancer*. Pada penelitian ini akan melihat bagaimana pengalaman perawat dalam memberikan pemenuhan kebutuhan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis hingga pasien tersebut meninggal di ruang *Intensive* dengan latar belakang pasien *non cancer*. Maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang “Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Perawatan Akhir Kehidupan Pada Pasien Kritis”.

B. Rumusan Masalah

Pasien kritis mengalami penurunan fungsi fisik yang berpengaruh pada kelemahan fungsi lain dan menurunkan kualitas hidup. Penurunan fungsi fisik disebabkan berbagai tindakan perawatan dan penyakit yang dideritanya. Perawat berperan melakukan tindakan keperawatan yang meliputi tindakan pengobatan dan asuhan perawatan akhir kehidupan di ruang *Intensive*. Perlunya memberikan perawatan akhir kehidupan untuk membantu pasien dalam mencapai akhir kehidupan yang damai dengan kondisi bebas rasa sakit, merasa nyaman, bermartabat, merasa damai, dan berdekatan dengan orang yang bermakna dalam beberapa bulan terakhir kehidupan. Tanggung jawab perawat dan keluarga untuk membantu pasien dalam mencapai

kematian yang damai, meningkatkan kualitas hidup pasien yang menjelang kematian. Diharapkan dengan adanya perawatan ini dapat membawa dampak bagi pasien dan keluarga dalam menghadapi kematian. Batasan perawatan akhir kehidupan yang ingin dilihat pada penelitian ini adalah sampai pasien meninggal di ruang *Intensive* atau hingga pasien keluar dari ruang *Intensive*. Sehingga pertanyaan penelitian ini mengeksplorasi bagaimana pengalaman perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis di ruang *Intensive*.

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan bertujuan untuk mengetahui pengalaman perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis Di Ruang Intensive RSUD Aji Muhhamad Parikesit Tenggarong

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis dan praktis.

1. Manfaat Teoritis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai pengalaman perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis di ruang *intensive* RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong. Sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan *palliative care* tentang perawatan diakhir kehidupan.
- b. Meningkatkan kemampuan peneliti dalam menganalisa pengalaman perawat dan kebutuhan pasien diakhir kehidupannya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Intansi Pendidikan

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan informasi, referensi, bahan bacaan khususnya pengalaman perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis di ruang *intensive* RSUD Aji Muhhamad Parikesit Tenggarong.

b. Bagi Tenaga Kesehatan

Memberikan informasi dan masukan mengenai perawatan diakhir kehidupan agar dapat membantu pasien dalam mencapai kematian yang berkualitas.

c. Bagi Rumah Sakit

Memberikan informasi mengenai meningkatkan kemampuan perawat dan kualitas perawatan diakhir kehidupan di rumah sakit khususnya di ruangan *intensive care unit (ICU)*.

E. Elaborasi

1. Penelitian oleh Bunes, et.al., (2020) meneliti “Persiapan Di Akhir Kehidupan Tinjauan Isi Tentang Standar dan Kualitas Perawatan Di Akhir Kehidupan Kanada untuk Saskatchewan”. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi standar dan kualitas tim profesional yang memberikan perawatan di akhir masa kehidupan. Penelitian ini menggunakan metode analisa tematik untuk meninjau standar, kemampuan, dan sumber daya Saskatchewan untuk menyediakan perawatan. Analisa tematik mengatur data menjadi deskriptif, beragam, dan mendetail tentang tema umum yang ditemukan. Peneliti melakukan pendekatan pada tim profesional yang berpengaruh di Saskatchewan yang sedang merawat pasien dengan penyakit yang membatasi hidup. Dalam beberapa bulan terakhir menentukan standar dan kemampuan perawatan akhir hidup di tiga provinsi. Kemudian pencarian data diperluas hingga mencakup asosiasi nasional dengan mengunjungi 22 sumber daya. Tim profesional yang terdaftar meliputi dokter, perawat, ahli patologi bicara dan bahasa, fisioterapis, apoteker, dan ahli gizi. Hasil penelitian dalam semua profesi kesehatan terdapat empat tema penting untuk memberikan perawatan akhir hidup secara umum: akses perawatan, praktik profesional, perawatan yang berpusat pada pasien, proses penyampaian perawatan (Bunes *et.al.*, 2020). Persamaan penelitian ini dengan penelitian terhadulu yaitu mengangkat pengalaman perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis dan sampel menggunakan

perawat. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu perbedaan jumlah sampel dan lokasi berbeda penelitian terdahulu dilakukan di universitas sedangkan penelitian ini dilakukan di rumah sakit.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Beckstrand, et.al., (2018) “Perawat Perawatan Kritis Laporan Kualitatif Pengalaman Dengan Perilaku Keluarga Sebagai Hambatan dalam Perawatan Di Akhir Kehidupan”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengalaman perawat dengan perilaku keluarga pasien yang sekarat dan mengidentifikasi kendala yang dialami perawat saat melakukan perawatan akhir kehidupan. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif dengan sampel 2000 anggota *America Association of Critical-Care Nursing*, setidaknya telah merawat 1 pasien hingga akhir hayat, survei secara acak berdasarkan letak geografisnya. Jawaban didapatkan melalui pertanyaan wawancara kualitatif dalam kuesioner analisis. Hasil penelitian ini 67 pengalaman hambatan akhir kehidupan seputar masalah perilaku keluarga. Pengalaman dibagi menjadi 8 tema. Tiga pengalaman kendala umum termasuk keluarga dalam penolakan, keluarga yang bertentangan dengan pasien dan perawatan lanjutan, keluarga yang mengarahkan perawatan berdampak negatif pada pasien. Dalam mengatasi hambatan akhir kehidupan, ada baiknya jika diadakan pertemuan keluarga untuk menyesuaikan tujuan pengobatan dan perawatan paliatif dini di *ICU* (Beckstrand et.al., 2018). Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu untuk mengetahui pengalaman tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis di *ICU*. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu jumlah responden dan penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan wawancara sedangkan penelitian terdahulu menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif menggunakan wawancara dan kuesioner.
3. Penelitian yang dilakukan oleh Lee, et.al., (2020) meneliti “Kesehatan dan Kesejahteraan di Tahun Akhir Sebelum Kematian : Asosiasi Dengan Kuliatas Hidup dan Perawatan Akhir kehidupan”. Tujuan penelitian ini

untuk memeriksa kesehatan dan kesejahteraan lansia di tahun terakhir kehidupan dapat memprediksi kualitas akhir kehidupan dan kualitas perawatan akhir kehidupan. Penelitian ini menggunakan metode studi *longitudinal* perwakilan nasional dari *Medicare benefi* dimulai pada tahun 2011, menggunakan data partisipan yang meninggal, selama periode penelitian pada tahun 2012-2015 lansia usia 65 tahun terdapat 1329 responden meninggal saat perawatan lanjutan. Melakukan analisis kategori untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan kesejahteraan, dan melihat hubungan antara kategori perawatan akhir kehidupan dan kualitas akhir kehidupan. Hasil penelitian ini terdapat empat kategori kelas ditentukan sehat/bahagia (20%), rapuh/bahagia (37%), gangguan kognitif/depresi ringan (27%) dan sangat gelisah/sangat tertekan (16%). Responden dengan suasana hati yang rendah menunjukkan kualitas akhir kehidupan yang buruk, sementara pasien kategori bahagia mengatakan kualitas hidup yang lebih baik. Manfaat menjaga kesehatan dan kesejahteraan biasanya diteruskan ke akhir kehidupan, pasien lansia yang mengalami kesulitan lebih banyak membutuhkan perhatian sama pentingnya dengan menentukan perawatan sebelumnya (Lee *et.al.*, 2020). Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu mengangkat perawatan akhir kehidupan pada pasien yang sudah meninggal. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu responden yang digunakan berbeda penelitian terdahulu dilakukan pada pasien secara langsung sebelum kematian sedangkan penelitian ini menggunakan responden perawat yang memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien yang sudah meninggal pada akhir masa hidupnya.

4. Penelitian yang dilakukan oleh Radjev, *et.al.*, (2020) meneliti “Penyediaan Layanan Kesehatan Di Persiapkan Dengan Baik dalam Memberikan Perawatan Akhir Kehidupan yang Optimal untuk Pasien Kritis: Studi *Cross-sectional* Di Rumah Sakit Perawatan Tersier Di Amerika Serikat”. Tujuan penelitian ini untuk mengevaluasi pengetahuan, sikap dan perilaku yang dipersiapkan pasien dan penyedia layanan dalam memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis

di *ICU* dan melaporkan pemberian perawatan akhir kehidupan yang optimal untuk pasien kritis di *ICU*. Penelitian ini menggunakan metode studi survei *cross-sectional* yang dilakukan di rumah sakit Universitas Kesehatan Northwell do Staten Island, New York. Pencarian literatur dilakukan di “*PubMed dan EndNote*”. Artikel yang dipilih dan ditinjau terkait dengan perawatan paliatif dan perawatan akhir kehidupan di *ICU*, yang berfokus pada pengalaman, kemampuan, dan pelatihan penyedia layanan kesehatan dalam perawatan akhir kehidupan. Pertanyaan survei dirancang peneliti berdasarkan tinjauan pustaka dan belum divalidasi sebelum pengumpulan data. 660 penyedia layanan kesehatan diundang untuk menyelesaikan survei melalui email untuk menilai kemampuan perawatan akhir kehidupan, dan 238 tanggapan telah diterima. Hasil penelitian ini ketika ditanya apakah mereka bersedia memberikan perawatan akhir kehidupan, sekitar 34% peserta tidak setuju atau netral. Sekitar 30% peserta setuju mereka siap memutuskan kapan akan merujuk pasien kerumah sakit. 51% peserta setuju yang menyampaikan informasi yang jelas dan akurat pada pasien dan keluarga. Hambatan paling umum dalam memberikan perawatan akhir kehidupan di *ICU* adalah keluarga yang tidak menerima prognosis pasien yang buruk (Rajdev *et.al.*, 2020). Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu untuk mengetahui pengalaman penyedia layanan perawatan akhir kehidupan pasien kritis di *ICU*. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu penelitian terdahulu menggunakan metode *cross-sectional* sedangkan penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan melakukan wawancara.

5. Penelitian yang dilakukan oleh Lewis, *et.al.*, (2018) meneliti “Pandangan Profesional Perawatan Kesehatan Tentang Perawatan Paliatif untuk Pasien Rawat Inap Di Tanzania: Sebuah Studi Kualitatif. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pendapat perawat dan tenaga medis profesional dalam memberikan perawatan paliatif dan perawatan akhir kehidupan untuk pasien rawat inap di Tanzania. Penelitian ini menggunakan metode diskusi kelompok fokus dilakukan pada sampel

target dari profesi kesehatan yang bekerja dibangsal medis dan pediatri. Kode transkrip menggunakan metode tema. Hasil penelitian ini setelah melalui tujuh diskusi kelompok fokus dan satu wawancara semi-terstruktur, total 32 petugas kesehatan di wawancara. Empat tema utama diidentifikasi. Pertama, ahli kesehatan sangat yakin bahwa faktor yang penting bagi kelangsungan hidup dan kematian seseorang yang hidupnya terbatas dalam diagnosis. Tujuannya untuk mencapai status penerimaan akhir. Topik kedua melibatkan mengidentifikasi “hambatan” dalam penyediaan perawatan paliatif di rumah sakit (Lewis *et.al.*, 2018). Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu menggunakan metode penelitian kualitatif dengan melakukan wawancara kepada perawat. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu penelitian terdahulu melakukan penelitian di ruang rawat inap sedangkan penelitian ini dilakukan di ruang *ICU*.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Pasien Kritis

a. Definisi Pasien Kritis

Pasien kritis adalah pasien yang dalam kondisi mengancam nyawa. Angka kematian dan kesakitan pasien kritis di ruang *ICU* (*Intensive Care Unit*) lebih tinggi. Pasien kritis sangat erat kaitannya dengan perawatan *intensive* dan pemantauan setiap tindakan yang diberikan pada pasien, membutuhkan rekam medis yang berkelanjutan dan berkesinambungan (Yulia Rosida *et.al.*, 2019). Pasien kritis merujuk pada pasien yang mengalami perubahan patofisiologis dengan intensitas efek fisiologis satu organ atau mempengaruhi organ lain, sehingga menjadi kondisi kritis yang dapat menyebabkan kematian (Musliha dalam Mardiono, 2018).

Pasien dengan penyakit kritis adalah kondisi disfungsi organ akut hingga penyakit yang mendasari hingga ke fisiologis buruk dengan cepat kegagalan organ yang dapat disembuhkan. Pasien kritis merupakan pasien yang membutuhkan penanganan dan pemulihan segera, jika terlambat penanganan pasien tersebut dapat masuk kedalam kondisi kritis kronis atau bahkan meninggal dunia pada fase kritis akut, pasien kritis kronis adalah pasien yang dapat dievaluasi dengan lamanya waktu penggunaan *ventilator* dan *trakeostomi*. Pasien kritis adalah pasien dengan kondisi mengancam, tidak stabil dan kompleks, dan perlu diobservasi secara penuh dan perlu diperhatikan dalam proses perawatan (Suwardianto, 2018).

b. Kategori Pasien Kritis

Kategori pasien kritis menurut *National Standards for Adult Critical Care Services, Joint Faculty of Intensive Care Medicine of Ireland (JFICMI)* dan *The Intensive Care Society (ICIS)* sebagai berikut (Suwardianto, 2018):

Tabel 2.1: Kategori Pasien Kritis

Perawatan	Level	Keterangan
Perawatan Akut	0	Pasien dirawat di ruang dengan manajemen klinik
	1	Tingkatan lebih tinggi perlu observasi misal ruang <i>Post Anesthesia Care Unit (PACU)</i>
Perawatan Kritis	2	Pasien kritis dengan mengalami kerusakan atau kegagalan fungsi salah satu organ utama
	3	Pasien kritis dengan mengalami kerusakan atau kegagalan fungsi dua atau lebih organ utama
	3S	Tingkatan pelayanan regional/ nasional rujukan

Sumber : Heru Suwardianto, 2018

Kriteria level 0 dan 1 menggambarkan bahwa pasien mengidap penyakit akut dan tidak perlu dirawat di unit perawatan *intensive*, namun jika terjadi keparahan maka perlu ditangani oleh tim perawatan kritis. Standar level 2 menggambarkan bahwa pasien membutuhkan lingkungan terbaik, dan peran perawatan *intensive* sangat diperlukan. Pada level 2, frekuensi pemantauan pasien mengalami peningkatan, dan mungkin sama dengan situasi pada pasien level 1 yang dapat dirawat inap atau di ruang *PACU* dan memiliki sumber daya perawat yang dapat mengamati pasien, pada level 2 juga dapat terjadi *Ventilasi non-invasif kompleks (NIV)*, misalnya proses *wening* pada level perawatan pasien 1 atau lebih tinggi dari level *NIV*, yaitu *Invasive Mechanical Ventilation* sebagai fokus pengobatan dan perawatan karena kegagalan organ (Suwardianto, 2018).

Kondisi lain yang dapat diklasifikasikan sebagai level 2 antara lain pasien dengan ketidakstabilan hemodinamik, kongesti ginjal, neuroterapi, kerusakan dermatologis, dan *hepatic support*. Standar level 3 menjelaskan dalam kasus dimana pasien mengalami dua atau lebih kegagalan organ atau pasien yang dirawat dengan

menggunakan *invasive mechanical ventilatory treatment*. Standar level 3s dapat digambarkan sebagai pasien yang berada pada level kritis dimana kondisi ini harus mendapat layanan medis ditingkat nasional dan regional, seperti *Extra Corporeal Life Support (ECMO/ECLS)*. menurut pendapat dasar British “*Journal of Hospital Medicine*”, identifikasi pasien kritis adalah sebagai berikut berikut (Suwardianto, 2018):

Tabel 2.2: Karakteristik pasien kritis berdasarkan observasi

Kategori pasien	Keterangan
Tidak Kritis	<ul style="list-style-type: none"> - Tampilan umum Normal - Neurologi Waspada kooperatif - Respirasi Pola napas normal, RR >8 - <20 kali/menit - Cardiovaskula HR 60-100 kali/menit SBP >90 mmHg Urine <0,5 ml/kg/hari
Berpotensi Kritis	<ul style="list-style-type: none"> - Tampilan umum Berkeringat, pucat, cemas atau gelisah - Neurologi Agitasi, bingung, mata membuka saat dipanggil - Respirasi Menggunakan otot pernapasan, RR <8 kali/menit, RR 20-30 kali/menit. - Cardiovaskula HR >100 kali/menit SBP <90 mmHg Urine Output < 0,5 ml/kg/hari
Kritis	<ul style="list-style-type: none"> - Tampilan umum Tampak keabu-abuan, kulit kebiruan - Neurologi Tidak merespon atau hanya membuka mata dengan rangsangan nyeri - Respirasi Silent chest, RR <8 - >30 kali/menit, sesak napas - Cardiovaskula HR <50 kali/menit HR >150 kali/menit SBP <60 mmHg Anuria

Keterangan: HR : Heart Rate, RR : Respiratory Rate, SBP : Sytolic Blood Pressure, UO : Urinary Output

Sumber: Heru Suwardianto, 2018

c. Perawatan *Intensive Care Unit*

Intensive Care Unit (ICU) merupakan lingkungan yang kompleks dan penuh tekanan yang berkaitan dengan morbiditas fisik, mental, dan fungsional yang signifikan tidak hanya untuk pasien tetapi juga untuk keluarga (Wintermann dalam Imardiani *et.al.*, 2020). *Intensive care Unit (ICU)* adalah bagian dari rumah sakit dengan personel dan peralatan khusus. Pasien yang dirawat diruangan ini adalah mereka yang membutuhkan tindakan medis segera, dan tim perawatan *intensive* terus memantau dan mengelola fungsi sistem organ manusia secara terorganisir (Kemenkes RI dalam Yusuf & Rahman, 2019).

ICU adalah unit perawatan yang menangani penyakit berat dan pasien kritis yang mengancam jiwa melibatkan tenaga professional dalam proses perawatannya dan dilengkapi peralatan khusus yang lengkap (Rezki *et.al.*, 2017). Pasien yang menerima perawatan *ICU* berada dalam kondisi kritis yang mengancam kehidupan. Perawatan bertujuan untuk mengurangi morbiditas dan mencegah kematian, tetapi keparahan kondisi pasien menyebabkan kematian pada beberapa pasien sakit parah dengan kondisi kritis (Brahmani, *et.al.*, 2019).

Pasien yang membutuhkan perawatan *intensive* mereka yang membutuhkan obat dan peralatan penunjang kehidupan untuk menjaga kestabilan hemodinamik, gangguan jalan napas atau gangguan pernapasan dan gagal ginjal. Perawatan *intensive* biasanya untuk pasien yang memiliki penyakit yang berpotensi dapat disembuhkan. Ada peluang besar untuk bertahan hidup, karena penyakit serius hampir mendekati “kematian”, sulit untuk memprediksi intervensi yang akan diberikan tetapi. Namun ada beberapa pasien dengan penyakit terminal dengan kondisi kritis yang dirawat di ruang *intensive* (Musliha dalam Mardiono, 2018).

2. Konsep Pengalaman

a. Definisi Pengalaman

Pengalaman merupakan hal-hal yang pernah dialami, dijalani atau dirasakan baik terdahulu maupun yang baru-baru ini terjadi. Pengalaman juga dapat diartikan sebagai ingatan peristiwa yang telah terjadi, ingatan yang digunakan untuk menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu. Pengalaman adalah peristiwa yang ditangkap oleh panca indera dan disimpan dalam memori. Ketika peristiwa baru saja terjadi atau berlangsung lama, pengalaman bisa didapatkan atau diperoleh. Pengalaman yang terjadi dapat digunakan oleh siapa saja dan dijadikan pedoman dan pembelajaran dalam kehidupan manusia (Notoatmojo dalam Wulandari, 2019).

Menurut penelitian yang dilakukan Faridhotun Dwi Ayuningsih menyebutkan bahwa ada enam jenis pengalaman yaitu lucu, aneh, mengasyikkan, menyentuh, menyakitkan dan memalukan. Menulis pengalaman adalah salah satu bentuk karangan narasi. Narasi adalah suatu bentuk tulisan yang dirancang untuk membuat, menceritakan, dan mengaitkan tindakan-tindakan aktivitas manusia dalam urutan kronologis dalam kurun waktu tertentu (Wulandari, 2019).

b. Faktor yang mempengaruhi pengalaman

Setiap orang akan memiliki pengalaman yang berbeda walaupun melihat objek yang sama, hal ini dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang, faktor peserta atau pihak yang berpengalaman, objek yang dipersepsikan atau faktor sasaran dan faktor lingkung. Pengalaman itu terus berlanjut. Usia, tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan alam, pekerjaan, karakter dan pengalaman hidup juga sangat tergantung pada pengalaman masing-masing orang (Notoatmojo dalam Wulandari, 2019) .

3. Konsep Perawatan Akhir Kehidupan

a. Kematian yang Baik (*Good Death*)

Kematian yang baik adalah kematian dengan cara dan kondisi kematian sesuai dengan keinginan dan tujuan pasien. Kematian yang baik bersifat pribadi dan sangat dipengaruhi oleh hubungan sosial, budaya, agama, dan faktor sejarah. Kematian yang baik adalah peristiwa khusus bagi seseorang, rencana yang lebih luas yang dapat memenuhi berbagai prioritas, bukan hanya ketika meninggal tetapi dalam tahun terakhir kehidupan (Smith *et.al.*, 2019).

Dalam mempersiapkan akhir kehidupan untuk mencapai kematian diperlukan (Gafaar *et.al.*, 2020): Meliputi pertama kesehatan religius dan spiritual, pentingnya menjaga hubungan yang baik dengan Tuhan untuk mencapai kematian yang baik, dan pentingnya tokoh agama untuk memberikan dukungan pada pasien yang sekarat dan keluarga dengan cara berdoa, sering mengunjungi, memberikan nasehat dan mengurangi ketakutan. Kedua kesehatan keluarga dan interpersonal, hubungan keluarga dan masyarakat yang positif sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup seperti meminta maaf, memaafkan orang lain, mengungkapkan beban yang dirasakan, dan menjaga hubungan baik dengan kerabat adalah tindakan dasar dari “kematian yang baik” (Gafaar *et.al.*, 2020).

Selanjutnya tahap ketiga penanganan duka dan kesehatan emosional, kesiapan mental, sebagai karakteristik kematian yang baik dan menerima kematian dengan tidak takut, memiliki penuh harapan, dan kedamaian batin merupakan bentuk ekspresi yang berkaitan dengan kualitas hidup yang baik. Pandangan ini menunjukkan bahwa orang umumnya percaya pada akhirat dan terkait kehidupan setelah kematian dapat mengurangi rasa takut dan khawatir tentang akhir dari sebuah kematian. Tahap ke empat waktu yang optimal, lamanya penyakit dan proses kematian memiliki peran penting dalam pandangan kualitas hidup, karena mempengaruhi kemampuan atau kesempatan seseorang untuk bersiap menghadapi

akhir hayat. Pandangan terhadap orang sering berfikir bahwa kematian yang baik bergantung pada mereka yang cukup waktu untuk mempersiapkan diri dan keluarganya (Gafaar *et.al.*, 2020).

Kemudian tahap ke lima sedikit penderitaan dan beban, pertimbangan pentingnya karakteristik perjalanan penyakit, lingkungan kematian, dan konsekuensi pada pasien, keluarga, dan komunitas. Seperti tidak merasa nyeri dan kematian saat tidur, dikaitkan dengan kematian yang baik. Maka tidak akan merasa bahwa mereka telah membebani keluarga atau pengasuh mereka dengan kematian yang baik. Tahap ke enam persiapan kualitas perawatan oleh pengasuh formal, kualitas kematian yang baik digambarkan sebagai kematian yang terjadi setelah upaya tindakan medis yang sesuai dan memadai telah dicoba. Perawatan medis yang memadai mencakup ketersediaan perawatan medis yang berkualitas baik, kemampuan pasien untuk mendapatkan perawatan tersebut (tidak dibatasi oleh lokasi dan keuangan). Terakhir tahap ke tujuh persiapan kualitas perawatan oleh pengasuh informal, kualitas hidup yang positif terkait dengan perawatan dan kenyamanan oleh orang yang dicintai, terutama di tahap akhir kehidupannya (Gafaar *et.al.*, 2020).

b. Definisi Perawatan Akhir Kehidupan

Perawatan paliatif merupakan dasar dari konsep perawatan akhir kehidupan, perawatan ini digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa dengan memberikan pereda nyeri, pereda gejala, serta dukungan mental dan psikososial. Perawatan ini dimulai dari diagnosis awal penyakit terminal hingga akhir hayat, dan anggota keluarga yang merasa kehilangan pasien yang sudah meninggal. Perawatan ini diberikan untuk mencegah atau mengurangi rasa sakit, serta memberikan dukungan hidup berkualitas pada pasien dan keluarganya. Hal tersebut dapat mengoptimalkan pengambilan keputusan keluarga pasien, sehingga perawatan paliatif dan

pengobatan kuratif dapat diberikan dalam waktu bersamaan (Campbell, Margaret L dalam Shatri *et.al.*, 2020).

Pendekatan multidisiplin menurut WHO merupakan peningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak) dan keluarganya yang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa. Ini dapat mencegah dan mengurangi rasa sakit melalui identifikasi dini, penilaian yang benar, dan pengobatan rasa sakit dan masalah lain (baik fisik, psikologi atau spiritual) (Rajdev *et.al.*, 2020). Rencana perawatan untuk pasien yang memiliki penyakit terminal yang tidak bisa lagi sembuh dalam enam bulan terakhir kehidupan (Rajdev *et.al.*, 2020).

Perawatan akhir kehidupan adalah istilah yang banyak digunakan untuk menggambarkan dukungan dan perawatan medis menjelang kematian. Jangka waktu ini dapat bervariasi dari beberapa hari hingga berapa minggu hingga beberapa bulan. Penting bagi perawat memberikan perawatan kepada pasien yang sekarat, diskusikan tujuan perawatan dengan pasien dan anggota keluarganya, dan tentukan kapan tindakan akan di lakukan yang dapat membahayakan kualitas hidup pasien dan memiliki pengetahuan serta keterampilan yang cukup untuk memberikan perawatan di area paliatif. Perawatan paliatif di dasarkan pada kebutuhan pasien dan dapat diberikan bersamaan dengan perawatan kuratif guna meningkatkan kualitas hidup pasien (Rajdev *et.al.*, 2020).

Pasien yang menunjukkan penurunan fungsi dan harapan hidup tidak lebih dari enam bulan. Di bawah perawatan rumah sakit, fokusnya adalah memaksimalkan kenyamanan dan kualitas hidup. Metode perawatan yang dapat membantu semua orang dengan penyakit lanjut, progresif dan tidak dapat disembuhkan untuk bertahan hidup semaksimal mungkin hingga meninggal dunia. Perawatan akhir kehidupan dapat mencakup perawatan paliatif, suportif, dan *hospis* untuk pasien dan keluarganya pada tahap akhir

kehidupan pasien, biasanya dalam beberapa minggu terakhir hingga beberapa bulan kehidupan. Ini termasuk mengelola rasa sakit dan gejala lainnya, dan memberikan dukungan fisik, emosional, sosial, dan spiritual (Rajdev *et.al.*, 2020).

c. Dying Process

Proses yang bertahap ketika saat pasien sekarat menuju kematian. Saat pasien menerima perawatan yang baik, akan menjadi waktu yang damai untuk dimana tubuh melepaskan kehidupan. Proses yang terjadi berbeda-beda pada tiap pasien, meliputi: Pertama kondisi fisik menjelang kematian. Pada pasien yang sekarat sistem tubuh mulai berkerja lebih lambat, detak jantung melambat, kekuatan semakin melemah, dan peredaran darah keseluruhan tubuh melambat. Mengakibatkan otak dan organ lain menerima sedikit oksigen dari yang mereka butuhkan, sehingga tidak berfungsi dengan baik. Ketika otak kekurangan oksigen cara berfikir dan respon pasien yang sekarat akan menurun. Kedua pada minggu-minggu terakhir kehidupan sebelum kematian. Pasien yang sekarat akan merasa lelah, lebih sering ingin tidur untuk waktu yang lebih lama, berbicara lebih sedikit atau ingin lebih banyak berbicara, penurunan nafsu makan karena sistem pencernaan yang melambat, dan penurunan berat badan. Ketiga pada hari-hari terakhir sebelum kematian. Pasien menjelang kematian pernapasan menjadi lambat untuk sementara waktu lalu berubah menjadi lebih cepat, terjadi penumpukan cairan di paru-paru, perubahan warna kulit pucat karena sirkulasi darah menurun. Terjadi pada beberapa pasien mengalami pemulihan energi dalam 24 jam sebelum meninggal dapat duduk dan berbicara secara normal dalam waktu singkat. Serta tidak masuknya oksigen ke otak mengakibatkan beberapa pasien berhalusinasi berbicara sendiri atau bahkan tidak sadarkan diri (Jang *et.al.*, 2019).

Ke empat pada jam-jam sebelum kematian. Pasien mulai hilang kesadaran lebih banyak tertidur, pernapasan tidak teratur dan suhu tubuh menurun. Kebanyakan pasien tenang saat ini beberapa

mungkin gelisah terutama saat sulit bernapas. Saat pada waktunya detak jantung akan berhenti dan berhenti bernapas dalam beberapa menit otak akan tidak berfungsi sepenuhnya, suhu tubuh semakin dingin. Pada saat ini pasien sudah tidak bernyawa lagi. Ke lima setelah kematian. Bagi keluarga yang ditinggalkan akan merasakan berbagai macam emosi, mulai rasa kesedihan atas kehilangan orang tercinta hingga perasaan ikhlas karena rasa sakit yang dialami pasien telah berakhir. Keluarga berada didekat pasien untuk melepaskan rasa emosional selama yang mereka butuhkan, jika kematian terjadi di rumah sakit maka mereka akan memfasilitasi mengenai langkah selanjutnya (Jang *et.al.*, 2019).

d. Faktor Perawatan Akhir Kehidupan

Teridentifikasi berhubungan dengan perawatan akhir kehidupan (Fearon *et.al.*, 2019): Meliputi yang pertama penyakit yang mengancam jiwa, atau penyakit yang membatasi hidup. Dalam kondisi saat ini pasien membutuhkan pemahaman tentang takdirnya, dan hanya Tuhan yang mengetahuinya. Pemahaman tentang hanya Tuhan yang dapat menentukan tanggal, tempat dan cara kematian seseorang. Faktor yang ke dua komunikasi, keterampilan komunikasi yang baik dianggap sebagai kunci untuk memberikan perawatan yang berkualitas. Dalam penyampaian berita buruk seperti informasi saat pasien mendekati akhir hayat. Ke tiga ada kematian yang baik, berhubungan dengan pencapaian harapan-harapan pasien di akhir kehidupannya, dengan perasaan menerima dengan lapang dada, penuh kesabaran, dan keyakinan. Selanjutnya ke empat ada peran profesional kesehatan, mengatasi atau meredakan gejala saat menuju kematian seperti nyeri yang dirasakan pasien. Agar tidak menjadi penghalang kelancaran menuju kematian yang baik. Terakhir ada peran keluarga dan komunitas, tanggung jawab keluarga untuk memastikan martabat dan kebersihan pasien yang sedang menjelang ajal. Saat menjelang akhir kehidupan keluarga

atau komunitas dapat membantu memberi dukungan untuk lebih dekat kepada tuhan dengan berdoa sesuai dengan keyakinannya.

e. Hambatan Perawatan Akhir Kehidupan

Sering kali perawat yang merawat pasien sekarat dan keluarga yang berduka mendapat banyak tantangan atau hambatan selama melakukan perawatan. Hambatan di klasifikasikan sebagai masalah pengetahuan atau sikap, dan masalah yang disebabkan oleh kurangnya sumber daya (Lewis *et.al.*, 2018). Meliputi kurangnya pengetahuan tentang siapa yang harus menerima perawatan paliatif dan kapan. Kebutuhan perawatan akhir kehidupan pasien di kategorikan berdasarkan diagnosis. Selanjutnya kurangnya sumber daya yang cukup untuk memberikan perawatan akhir kehidupan. Sumber daya termasuk ruang yang sesuai, waktu perawatan, tim perawatan profesional. Setelah itu ketidakjelasan tentang siapa yang akan menyampaikan kabar buruk kelompok profesional mengidentifikasi siapa yang menurut mereka paling baik dalam melakukan manajemen penyampaian. Kemudian keputusan untuk melakukan perawatan akhir kehidupan, sering kali keluarga membawa pulang pasien. Setelah mereka diperkirakan akan meninggal dalam kurun waktu yang tidak lama lagi untuk mengurangi beban biaya dan menikmati hari-hari di akhir kehidupan bersama keluarga (Lewis *et.al.*, 2018).

f. Kebutuhan Perawatan Akhir Kehidupan

Perawatan akhir kehidupan memungkinkan pasien dan keluarga untuk diidentifikasi kepuasan pada tahap akhir kehidupan dan selama masa berduka, diperlukan dukungan dan perawatan paliatif. Ini termasuk penanganan nyeri dan gejala lain serta dukungan psikologis, sosial, sprirtual, dan praktis. Perawatan di *ICU* berpotensi untuk sangat mengurangi beban dan kesulitan pasien yang menghadapi akhir kehidupan, dan memiliki kemampuan untuk memberikan dukungan seperti kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual pada pasien dan keluarga (Sarafi *et.al.*, 2020).

Persepsi tentang berbagai bidang kualitas hidup dan kualitas perawatan akhir kehidupan dapat membantu menentukan kebutuhan akhir kehidupan yang unik. Kategori sehat dan bahagia mengatakan kualitas hidup paling tinggi menjelang kematian, yang didukung dengan status fungsional yang lebih baik yaitu kewaspadaan dan mobilitas dibulan akhir kehidupan. Hal ini juga di dukung dengan penurunan tingkat gejala akhir kehidupan yang tidak di inginkan seperti nyeri, sulit bernapas, dan kecemasan atau kesedihan (Lee *et.al.*, 2020).

Kualitas perawatan akhir kehidupan di rumah sakit dapat diukur menggunakan indikator: yaitu keputusan perawatan akhir kehidupan dengan informasi yang cukup dari pasien atau keluarganya. Setelah itu tidak ada perawatan atau pengobatan yang di inginkan pasien atau keluarga. Selanjutnya pemberian informasi tentang kondisi pasien kepada keluarga. Kemudian satu petugas kesehatan atau tim yang bertanggung jawab dalam menjalankan perawatan (Lee *et.al.*, 2020).

g. Peran Perawat dalam Memberikan Perawatan Akhir Kehidupan

Peran perawat kritis sangat penting dalam memberikan perawatan akhir hidup (*End Of Life*) pada pasien yang kritis. Perawat ruang *intensive* mengalami dilema antara memberikan perawatan medis aktif (untuk menyelamatkan nyawa pasien) dan memberikan perawatan akhir hidup pada pasien kritis. Memberikan perawatan kuratif dan perawatan akhir kehidupan secara bersamaan terdapat tantangan, dan perawat menghadapi kendala dalam berkerja di *ICU* dalam upaya memberikan perawatan akhir kehidupan yang berkualitas. Hambatan yang paling umum adalah berkaitan dengan perilaku keluarga, pasien, perawat (Beckstrand *et.al.*, 2018).

Peran perawat *ICU* di akhir kehidupan berkaitan dengan pemberian informasi dan perhatian pada pasien, keluarga dan lingkungan. Hambatan persepsi terdiri dari perilaku keluarga yang memberhentikan perawatan pada pasien, keluarga yang tidak

memahami metode atau istilah pengobatan, dan keluarga dengan prognosis buruk. Hambatan lain termasuk keluarga yang meminta tindakan penyelamatan nyawa meskipun pasien menginginkan perawatan lanjutan, perawat menghadapi keluarga yang marah atau berkelahi mengenai penggunaan dukungan hidup, dan dokter yang terlalu optimis mengenai kelangsung hidup pasien (Beckstrand *et.al.*, 2018).

Peran perawat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa dengan memberikan pereda nyeri, pereda gejala, serta dukungan mental dan psikososial. Perawatan ini diberikan untuk mencegah atau mengurangi rasa sakit, serta memberikan dukungan hidup berkualitas pada pasien dan keluarganya. Hal tersebut dapat mengoptimalkan pengambilan keputusan keluarga pasien, sehingga perawatan paliatif dan pengobatan kuratif dapat diberikan dalam waktu bersamaan (Campbell, Margaret L dalam Shatri *et.al.*, 2020).

Pendekatan multidisiplin menurut WHO merupakan peningkatan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa. Ini dapat mencegah dan mengurangi rasa sakit melalui identifikasi dini, penilaian yang benar, dan pengobatan rasa sakit dan masalah lain (baik fisik, psikologi atau spiritual) (Rajdev *et.al.*, 2020).

Karakteristik penilaian perawatan akhir kehidupan mencakup informasi latar belakang, kebutuhan sosial, kesejahteraan psikologis, dan kesejahteraan spiritual. Pertama informasi latar belakang meliputi informasi identitas pasien, bahasa yang digunakan, informasi mengenai penyakit dan kondisinya, alergi, mengidentifikasi mengonsumsi alkohol dan merokok, hingga pengobatan yang sedang dijalani pasien. Selanjutnya kesejahteraan fisik meliputi mengidentifikasi efek samping pengobatan, penurunan fungsi fisik (kelelahan, kelemahan, keseimbangan), melakukan manajemen gejala dan nyeri, mengidentifikasi gangguan pola tidur, edema,

pernapasan, kesehatan mulut, kebutuhan gizi (makan dan minum), mual muntah dan menelan, perubahan suhu tubuh, dan perkemihan (National Health Service dalam Shatri *et.al.*, 2020).

Setelah itu kesejahteraan sosial meliputi tempat tinggal, akses pergerakan selama beraktivitas, perawatan pribadi, kebutuhan beristirahat, merencanakan perawatan masa depan, dan berhubungan baik dengan keluarga (anak atau cucu). Kemudian kesejahteraan psikologis meliputi mengidentifikasi kebutuhan psikologis, peyediaan informasi yang efektif, komunikasi penuh kasih, mengidentifikasi masalah emosional, suasana hati, kecemasan, penyesuaian terhadap penyakit, dan kekuatan dalam menghadapinya. Terakhir kesejahteraan spiritual meliputi iman, kepercayaan, agama, spiritualitas, dukungan pribadi, kekuatan batin, mengidentifikasi keyakinan pada Tuhan, kekhawatiran terkait kesejahteraan spiritual, kebutuhan spiritual, pembatasan budaya atau kepercayaan pada perawatan (diet, obat, dan lain-lain), dan tujuan akhir hidup yang ingin dicapai (National Health Service dalam Shatri *et.al.*, 2020).

Saat memberikan perawatan akhir kehidupan akan melelahkan secara emosional dan psikologis, dan dapat mempengaruhi kesehatan perawat, seperti menyebabkan kelelahan. Perawat dituntut untuk mengontrol emosi selama memberikan perawatan akhir kehidupan diruang *intensive*. Diharapkan perawat dapat mencapai kendali emosi yang stabil sebelum memberikan perawatan. Sehingga perawatan dapat berjalan dengan lancar. Penggunaan strategi koping, seperti meningkatkan selera humor dengan rekan kerja, untuk mengurangi tekanan dan stress dalam proses memberikan perawatan akhir kehidupan (Palareti *et.al.*, 2016).

Setelah memberikan perawatan akhir kehidupan, perawat akan lebih merasa bersyukur atas situasi kesehatan yang sedang mereka nikmati saat ini. Serta berterimakasih kepada Tuhan atas kehidupan mereka sendiri dan pasien. Jika perawatan akhir kehidupan yang diberikan sangat bermanfaat bagi akhir hayat pasien, maka perawat

akan memiliki rasa kepuasan tersendiri atas perawatan yang berhasil diberikan dan memahami bahwa perawatan akhir kehidupan adalah cara terbaik bagi pasien untuk menghadapi akhir hayat (Palareti *et.al.*, 2016).

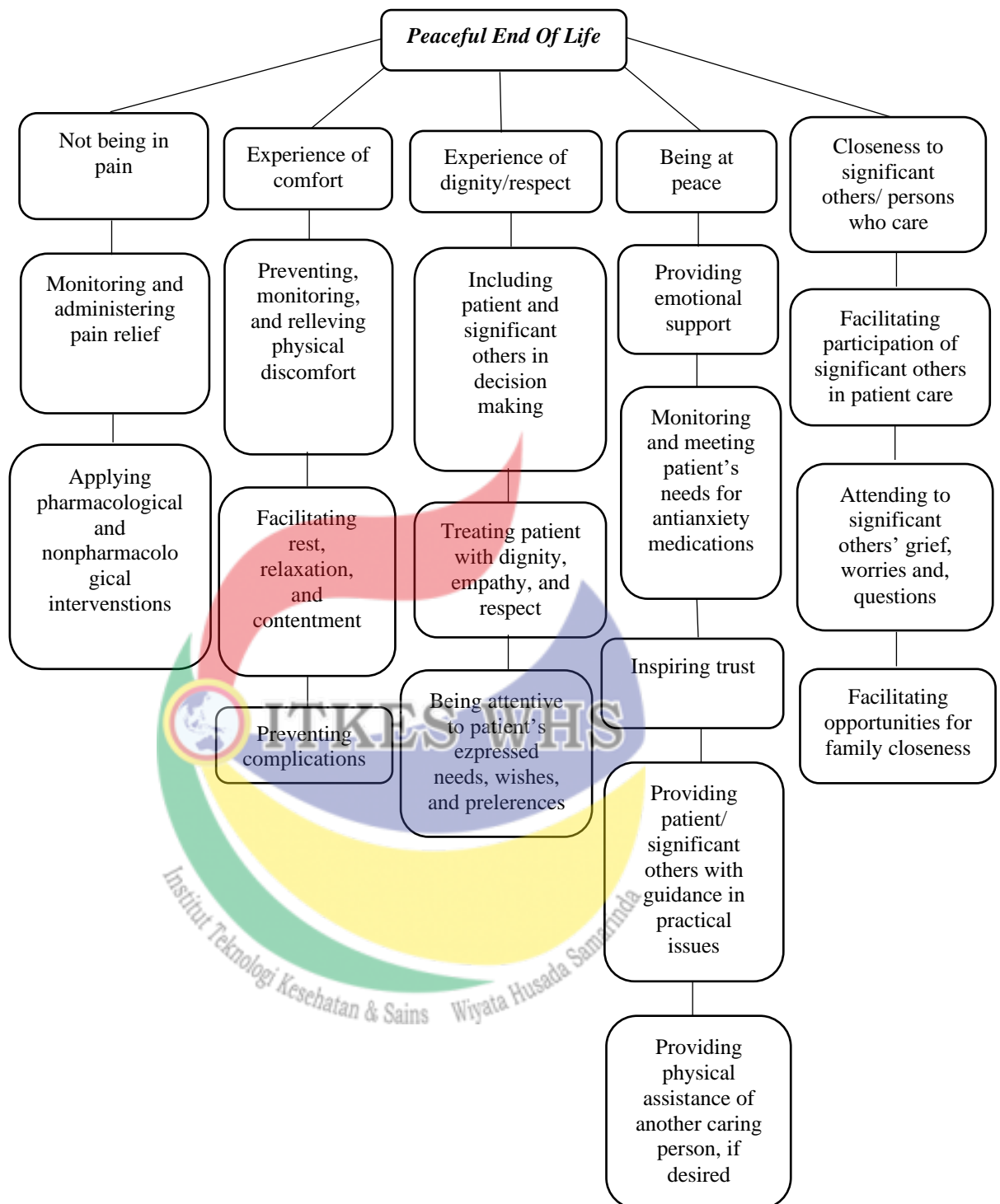
4. Teori Keperawatan

Teori *Peacefull End Of Life* (akhir kehidupan yang damai) di kemukakan oleh Ruland dan Moore pada tahun 1998. Teori ini memberikan informasi untuk kerangka tindakan perawatan bagi pasien *paliative*. Ruland dan Moore mengartikan teori tersebut sebagai suatu kondisi akhir dari kehidupan yang dijalani dengan penuh kedamaian. Dengan memenuhi kriteria yaitu, bebas nyeri, merasa nyaman, merasa bermartabat dan di hargai, merasakan kedamaian, dan berdekatan dengan orang yang berarti dalam hidup. Selain berorientasi pada keputusan pasien, teori ini juga menekankan pentingnya keterlibatan peran aktif keluarga dalam perawatan yang berkelanjutan (Napitupulu, 2014).

Teori ini dapat diterapkan pada klien kuratif pada stadium pertama dan kedua sampai klien dengan penyakit yang sudah tidak respon terhadap pengobatan kuratif dan menerima perawatan komperhensif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dengan cara meredakan nyeri dan gejala lainnya. Serta memberikan dukungan spiritual dan psikososial. Perawatan di mulai saat diagnosis dipastikan sampai akhir hayat dan memberikan dukungan bagi keluarga yang di tinggalkan atau berduka. Teori Ruland dan Moore dapat diterapkan pada pasien *palliative* untuk terbebas dari rasa nyeri, merasa nyaman, merasa dihargai, merasa damai, dan bahkan dapat berhubungan dekat dengan orang yang berarti dalam hidupnya. Jika kematian harus terjadi, klien dapat meninggal dengan damai. Selain itu, teori ini melatarbelakangi struktur bagaimana keluarga sebagai penunjang bersama dengan perawat professional dapat membantu klien memiliki pengalaman yang menyenangkan di akhir kehidupannya (Napitupulu, 2014).

Ruland dan Moore mengidentifikasi lima pernyataan dalam perkembangan *Peaceful end of life* (Alligood & Tomey, 2010) yaitu:

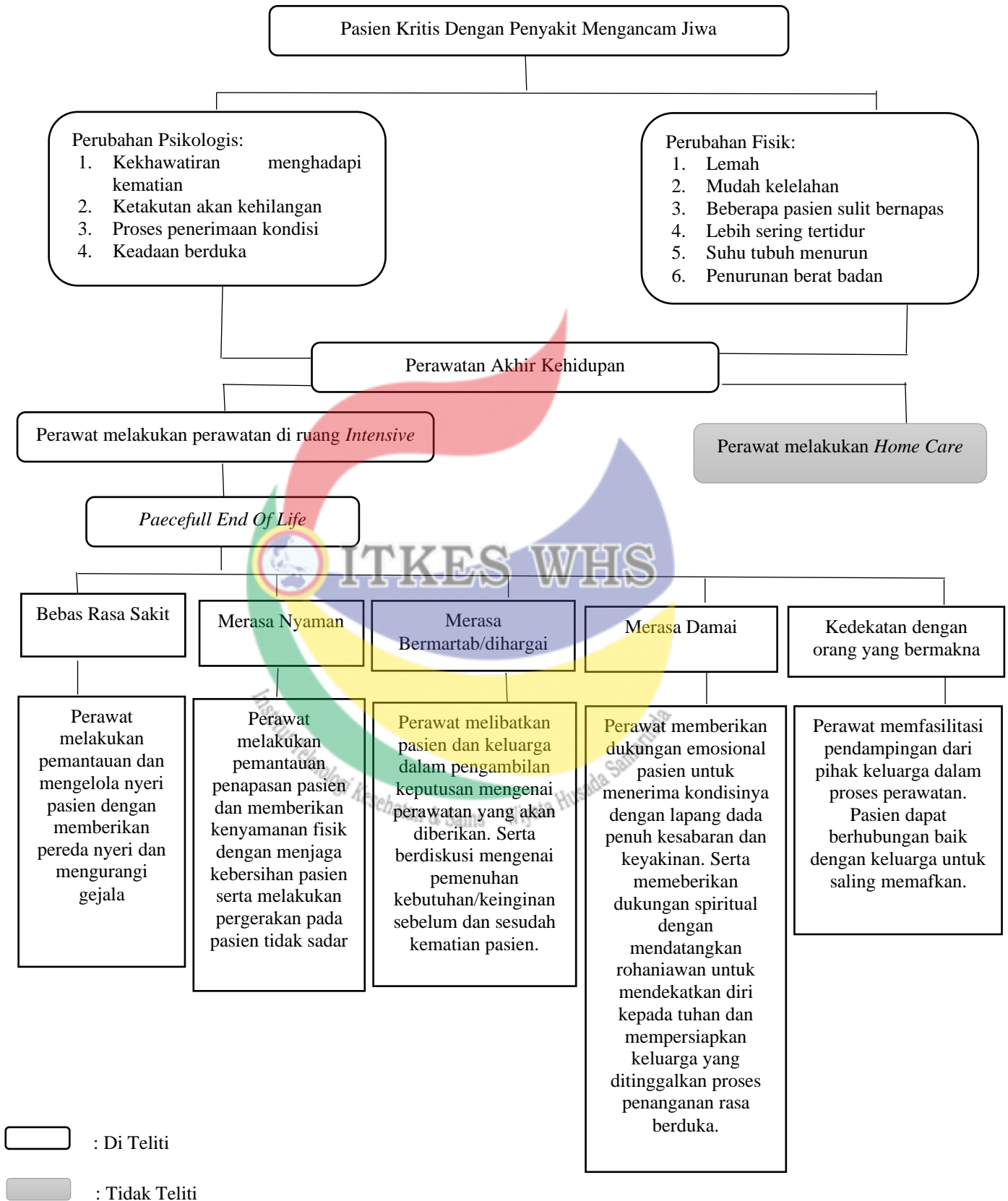
- 1) Mengkaji, mengobservasi dan mengintervensi sensasi nyeri yang dirasakan oleh klien dengan mengutamakan tindakan nonfarmakologi untuk mengoptimalkan pengalaman hidup tanpa disertai rasa nyeri.
- 2) Mencegah, memantau dan memberikan kenyamanan fisik, membantu klien untuk dapat beristirahat, mengajarkan teknik relaksasi serta mencegah komplikasi yang berkontribusi pada peningkatan pengalaman rasa nyaman.
- 3) Melibatkan klien dan orang terdekat dalam proses pengambilan keputusan, memperlakukan klien secara bermartabat, berempati dan bersikap terbuka terhadap pemenuhan kebutuhan klien, sehingga klien merasa selalu dihargai dan dihormati.
- 4) Mendukung perasaan emosi klien, membantu klien akan pemenuhan kebutuhan spiritual sesuai keyakinannya sehingga klien akan terus merasakan kedamaian sampai menjelang kematiannya.
- 5) Mefasilitasi keterlibatan orang-orang terdekat dalam pelayanan keperawatan klien. Dalam hal ini keluarga memiliki peran ganda, yaitu sebagai pelaku *caregiver*, dan yang kedua adalah sebagai objek perawatan. Perawat membantu keluarga dalam proses penerimaan rasa berduka, kekhawatiran, dan memberi kesempatan pada keluarga untuk mengalami kedekatan klien. Kelima konsep tersebut dapat berkontribusi pada akhir kehidupan yang penuh kedamaian (Napitupulu, 2014).



Skema 2.1 Kerangka Teori Keperawatan *Peaceful End Of Life* oleh Ruland dan Moore
Sumber: Ruland dan Moore 1998

B. Kerangka Pikir

Skema 2.2 Kerangka Pikir Penelitian Menurut Teori *Peaceful End Of Life* oleh Ruland dan Moore



Sumber: Ruland dan Moore 1998., Bunes, 2020., Beckstrand, 2020., Radjev, 2020., Lee, 2020., Lewis, 2018.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini membahas tentang pengalaman perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi. Metode ini di pilih agar pengalam informan lebih terungkap, yang dapat menggambarkan dengan jelas pengalaman perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang berfokus pada gambaran dan pemahaman fenomena di dunia sosial dari persepsi individu yang berpengalaman didunia sosial. Penelitian kualitatif dalam keperawatan akan lebih fokus pada pengalaman terkait kesehatan pribadi pasien atau perawat, proses sosial atau aspek budaya (Sugiyono, 2016).

2. Rancangan Penelitian

Penelitian menggunakan pendekatan fenomenologi. Pendekatan fenomenologi merupakan metode yang mempelajari makna kehidupan dalam pengalaman hidup. Tujuan penelitian fenomenologi merupakan untuk memahami makna dari pengalaman hidup yang dialami oleh informan dan menjelaskan sudut pandang filosofi yang menjadi dasar dari fenomena tersebut. Berdasarkan penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa penelitian deskriptif kualitatif merupakan rangkaian kegiatan untuk mendapatkan data yang apa adanya tanpa perlu menekankan pada makna hasil dalam beberapa hal (Sugiyono, 2016).

Pendekatan yang dilakukan peneliti dalam menggunakan pendekatan fenomenologi terdiri dari:

- a. *Bracketing*, yaitu proses menyimpan berbagai pendapat dan pengetahuan yang dimiliki seorang peneliti tentang fenomena yang diteliti. Tujuannya yaitu untuk mendapat data atau informasi yang nyata atau alami, dan bersumber dari cerita atau ungkapan

langsung dari para partisipan tentang pengalamannya dan tidak dipengaruhi oleh berbagai pendapat, pengetahuan, serta keyakinan peneliti.

- b. *Intuisi*, yaitu peneliti secara utuh mengenali dan memahami fenomena yang diteliti. Langkah awal memulai intuisi adalah menggali pengalaman informan atas fenomena yang diteliti melalui pengamatan langsung, wawancara, dan menuliskan *intuisi* selama proses pengumpulan data dan informasi. Dalam melakukan *intuisi* peneliti tidak diperbolehkan mengkritik, mengevaluasi, berpendapat, atau hal lain yang membuat tidak fokus pada data informasi yang di informasikan oleh partisipan.
- c. *Analisis*, peneliti mengidentifikasi dan menganalisis data temuan. Kegiatan analisis dibagi menjadi beberapa tahapan, yaitu mengumpulkan dan menganalisis data atau informasi tentang fenomena yang diteliti, dan membaca semua data atau fenomena yang terkumpul melalui tahapan berikut, membaca ulang fenomena dan pemilihan kata kunci (proses pengkodean) untuk mengidentifikasi banyak makna kata kunci yang ditentukan (proses *klasifikasi*), mengklasifikasikan beberapa makna yang teridentifikasi dalam tema (proses tematik), menulis pola hubungan antara tema-tema tersebut dalam narasi sementara, mengembalikan narasi partisipan untuk di *validasi* dan konfirmasi, dan mendeskripsikan data hasil validasi dan menuliskannya dalam bentuk narasi akhir hasil penelitian yang akan disampaikan.
- d. *Deskripsi* dan *interpretasi*, yaitu tindakan akhir serta pengumpulan dan analisis data. Peneliti menuliskan *interpretasi* atau *deskripsi* dalam bentuk hasil temuan dan pembahasan fenomena yang diteliti untuk menyampaikan hasil penelitian kepada pembaca dengan memberikan gambaran tertulis secara lengkap mengenai fenomena yang diteliti. Kemudian membandingkan hasil penelitian dengan penelitian yang sebelumnya dan mengkaji kritik berdasarkan urutan hubungan topik terkait akibat kejadian tersebut.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian dilaksanakan di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

2. Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan April – Mei 2021

C. Subjek Penelitian

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan *Purposive Sampling*. *Purposive Sampling* merupakan penentuan partisipan berdasarkan kriteria tertentu. Jumlah informan dapat di akhiri berdasarkan informasi yang di dapatkan mencapai saturasi (kejenuhan informasi). Saturasi data yaitu ketika jawaban informan hanya menyampaikan hal-hal yang itu saja pada topik yang diambil serta mempunyai makna hidup yang sama antar informan. Subjek penelitian ini adalah perawat ICU RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong yang berjumlah 18 orang. Cara pengambilan sampel dengan teknik ini dilakukan secara menetapkan terlebih dahulu kriteria informan yang telah ditetapkan sebelumnya (Nursalam, 2020).

Kriteria sampel dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kriteria yaitu :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan syarat seseorang bisa masuk dalam penelitian.

Kriteria inklusi bagi partisipan dalam penelitian ini adalah :

- 1) Perawat yang merawat pasien di Ruang *intensive*
- 2) Perawat yang memberikan perawatan setidaknya satu pasien hingga meninggal.
- 3) Bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Perawat yang sedang cuti / tidak ada pada saat rentang pengambilan data

Pada saat dilakukan studi pendahuluan di rumah sakit perawat ruang *intensive* berjumlah 18 orang yang akan dijadikan informan, dua orang perawat dilakukan wawancara saat studi pendahuluan. Saat penelitian berlangsung terdapat dua orang perawat yang sedang cuti, tiga orang perawat

mengundurkan diri dikarenakan belum ada satu bulan bergabung di ruang *intensive*, dan dua perawat tidak merespon saat dihubungi oleh peneliti. Sehingga penelitian ini menggunakan 8 informan dari seluruh jumlah perawat di ruang *intensive*.

D. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, alat atau instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Oleh karena itu peneliti sebagai instrumen juga harus divalidasi sejauh mana penelitian kualitatif mampu melakukan penelitian sebelum masuk ke lapangan. Validasi pada peneliti sebagai instrumen melalui evaluasi diri meliputi validasi pemahaman metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan dibidang penelitian, dan kesiapan peneliti untuk mempersiapkan memasuki objek penelitian dalam aspek akademik dan logistik. Peneliti kualitatif adalah *human instrumen* yang berperan dalam menentukan prioritas penelitian, memilih narasumber sebagai sumber data, mengumpulkan data, menganalisa data, menginterpretasikan data, dan menarik kesimpulan berdasarkan temuan (Sugiyono, 2016).

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama penelitian adalah untuk memperoleh data. Jika kurang memahami teknik pengumpulan data maka peneliti tidak akan dapat memperoleh data yang memenuhi standar (Sugiyono, 2016). dalam penelitian ini, peneliti menggunakan 4 pertanyaan pokok wawancara mendalam dengan sistem wawancara terbuka semiterstruktur. Wawancara standar merupakan kombinasi wawancara terpimpin dan tidak terpimpin yang beberapa inti pokok pertanyaan yang diajukan, yaitu *iterview* membuat garis pokok pembicaraan, tetapi dalam pelaksanaan *interview* mengajukan pertanyaan secara bebas, pokok-pokok pertanyaan dirumuskan tidak perlu dipertanyaan secara berurutan dan pemilihan kata-kata juga tidak baku tetapi dimodifikasi pada saat wawancara berdasarkan situasi. Bertujuan untuk menemukan masalah atau fenomena yang lebih terbuka, dimana informan diminta untuk menyampaikan pengalaman mereka.

Peneliti sebagai instrument dengan ciri-ciri sebagai berikut:

1. Peneliti adalah alat yang peka terhadap respon semua rangsangan di lingkungan, harus memperkirakan apakah rangsangan tersebut bermakna atau tidak untuk penelitian.
2. Sebagai alat, peneliti dapat beradaptasi dengan semua aspek situasi dan mengumpulkan berbagai data sekaligus.
3. Sikap situasi merupakan makna keseluruhan kecuali manusia, tidak ada alat berupa teks atau kuesioner yang dapat menangkap keseluruhan situasi.
4. Situasi yang melibatkan interaksi manusia tidak dapat dipahami hanya dengan pengetahuan. Untuk memahaminya, diperlukan sering merasakan dan mempelajari secara mendalam berdasarkan pengetahuan.
5. Peneliti dapat segera menganalisis data yang diperoleh. Peneliti bisa menafsirkan, segera menghasilkan hipotesis, menentukan arah pengamatan, dan menguji hipotesis yang muncul.
6. Hanya manusia yang merupakan instrumen dapat menarik kesimpulan berdasarkan data yang dikumpulkan kapan saja dan segera menggunakannya sebagai umpan balik untuk konfirmasi, perubahan, perbaikan, atau perlakuan.

Peneliti harus melengkapi diri dengan:

- a. Aplikasi *Video Call Whatshapp* melalui Laptop.
- b. Aplikasi *OBS Studi* yang berfungsi untuk merekam *Audiovisual* hasil wawancara antara peneliti dan informan
- c. Daftar pertanyaan untuk memandu wawancara dilapangan.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Wawancara

- a. Peran Peneliti Sebagai Pewawancara

Peneliti yang melakukan kegiatan wawancara akan berperan dalam melakukan kegiatan wawancara. Peneliti memiliki peran penting yang harus dilakukan agar wawancara berhasil. Peran

peneliti sebagai berikut (Sugiyono, 2020): (1) Menjaga kesadaran diri untuk mencoba melakukan wawancara berjalan lancar. (2) Memperhatikan tanggapan partisipan terhadap pertanyaan. (3) Jenis umpan balik yang sesuai untuk mempertahankan jalannya komunikasi dua arah yang terjadi selama wawancara.

b. Naskah Wawancara atau Pedoman Wawancara

Wawancara merupakan suatu teknik pengumpulan data, dengan cara berinteraksi, mengajukan pertanyaan dan memberikan kesempatan kepada partisipan untuk menjawab secara lisan, kemudian dicatat atau direkam. Wawancara mendalam (*indepth interview*) merupakan suatu proses memperoleh informasi untuk tujuan penelitian melalui tanya jawab langsung antara pewawancara dan partisipan (Kelana dalam Sugiyono, 2020).

Wawancara dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui pengalaman perawat yang memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis *in intensive care unit*.

Instrumen pertanyaan dalam wawancara penelitian ini meliputi:

1. Bagaimana pengetahuan bapak/ibu mengenai perawatan akhir kehidupan ?
2. Bagaimana pengalaman bapak/ibu dalam memberikan perawatan akhir kehidupan?
3. Apa yang bapak/ibu lakukan setelah pasien meninggal ?
4. Bagaimana pemahaman bapak/ibu setelah memberikan perawatan akhir kehidupan dan harapan kedepannya mengenai perawatan akhir kehidupan ?

c. Lama, Waktu, Tempat, Jarak wawancara

Sebaiknya waktu wawancara tidak lebih dari satu jam. Waktu wawancara tergantung ketersediaan waktu informan. Peneliti harus melakukan kontrak waktu dengan informan agar tidak mengganggu waktu informan dalam proses wawancara. Jika dalam waktu maksimal semua data belum didapatkan, maka wawancara dapat dilakukan sekali lagi. Beberapa wawancara singkat akan lebih efektif

dari pada wawancara panjang, ketika tujuan penelitian telah tercapai, pertemuan wawancara berakhir (Sugiyono, 2020).

Wawancara dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara terbuka semi terstruktur yang menggunakan 4 pertanyaan inti, masing-masing pertanyaan memiliki probing. Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan wawancara adalah 30-40 menit. Tempat yang ideal untuk melakukan wawancara adalah ruangan yang tenang, nyaman dan tidak ramai yang dapat menjaga privasi informan, sehingga informan dapat berbagi pengalamannya secara terbuka, atau wawancara dapat dilakukan ditempat yang sesuai dengan persetujuan informan dan peneliti. Ketika data sudah jenuh yaitu ketika jawaban partisipan satu sama lain memiliki makna hidup yang sama, maka kegiatan wawancara akan berakhir.

Pada penelitian ini delapan informan yang digunakan dalam pengumpulan data atau wawancara dilakukan dengan melalui *video call whatsapp* dengan beberapa alasan, yaitu karena penelitian ini dilakukan saat masa pandemi Covid19 agar mengurangi kontak untuk bertemu langsung. Sehingga wawancara pada penelitian ini dilakukan secara online dan dilaksanakan saat perawat sedang tidak berdinas, agar informan lebih fokus dalam menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh peneliti.

2. Observasi

Observasi merupakan suatu teknik pengumpulan data yang secara langsung atau tidak langsung mengamati objek yang diteliti untuk memperoleh data yang harus dikumpulkan dalam penelitian. Saat di lapangan peneliti membuat catatan lapangan, yaitu dokumen tertulis yang diperoleh peneliti dari observasi. Berisi berbagai reaksi subjektif, termasuk bentuk-bentuk yang peneliti lihat, dengar, dan rasakan selama proses pengumpulan data, serta berbagai penjelasan tentang proses sosial yang ditemukan oleh peneliti selama proses pengumpulan data. Catatan lapangan disusun setelah observasi dan wawancara dengan subjek

penelitian. Hal ini untuk memudahkan penyusunan laporan, karena peneliti dapat dengan mudah melupakan hasil yang diperoleh. Oleh karena itu catatan lapangan dapat dijadikan sebagai inti penelitian kualitatif, karena teori harus didukung oleh data dan bahan yang ada dalam ingatan. Begitu pula ketika membuat laporan penelitian, semua konten harus didukung oleh data yang ada di lapangan. Catatan lapangan harus deskriptif, menyajikan siapa yang hadir, pengaturan lingkungan fisik, dan interaksi sosial dari kegiatan yang berlangsung (Alfiyanti & Rahwati dalam Sugiyono, 2016).

Perhatikan saat membuat catatan observasi:

- a. Deskripsi objek yang diteliti
- b. Deskripsi perilaku subjek penelitian
- c. Interpretasi sementara dari penelitian pada kejadian yang diamati
- d. Eksplorasi bagaimana perasaan dan penghayatan peneliti tentang kejadian yang diamati

F. Prosedur Pengumpulan Data

1. Tahap Persiapan

Pada tahap ini peneliti datang ke ruang *intensive* RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong untuk menemui perseptor ruangan. Kemudian peneliti dan perseptor ruangan berdiskusi terkait proses pengambilan data yang akan dilakukan. Setelah berdiskusi peneliti dan perseptor sepakat untuk melakukan pengumpulan data penelitian berupa wawancara dilakukan secara online melalui *video call whatsapp*. Perseptor memberikan nomer *whatsapp* perawat yang akan menjadi calon informan dalam penelitian ini kepada peneliti. Wawancara dilakukan saat perawat sedang tidak berdinas agar informan dapat lebih fokus dalam menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh peneliti.

Pengumpulan data dimulai saat peneliti menghubungi informan dengan melalui *chat whatsapp* untuk menjalin hubungan saling percaya. Selain itu peneliti menjelaskan terkait penelitian yang akan dilakukan dan tujuan, meminta informan untuk bersedia berpartisipasi dalam penelitian

ini. Selanjutnya peneliti melakukan kontrak waktu dan mengirimkan file PDF *informed consent* melalui *chat whatsapp* kepada informan.

2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti mulai melakukan proses wawancara mendalam dengan melalui tiga tahap, yaitu:

a. Tahap orientasi

Pada tahap ini peneliti membutuhkan informan untuk siap menciptakan suasana yang nyaman, kemudian peneliti menyiapkan aplikasi perekam dan alat tulis untuk membuat catatan. Setelah itu peneliti menghubungi informan untuk dilakukan wawancara dengan *video call whatsapp*. Wawancara menggunakan teknik wawancara terbuka semi-terstruktur, yaitu dengan 4 pertanyaan inti digunakan, dan setiap pertanyaan inti memiliki probing. Waktu wawancara 30-40 menit. Tempat wawancara dilakukan saat perawat sedang tidak berdinas atau sedang berada dirumah sebaiknya berada di ruangan yang tenang dan nyaman serta tidak ramai sehingga informan dapat berbagi pengalamannya secara terbuka. Ketika data sudah jenuh yaitu ketika jawaban informan memiliki makna hidup yang sama maka kegiatan wawancara akan berakhir.

b. Tahap kerja

Wawancara terbuka semi terstruktur memberikan kebebasan dan fleksibilitas yang lebih besar. Selama wawancara, peneliti juga membuat catatan lapangan yang dilakukan dalam bentuk observasi termasuk reaksi subjektif dari ekspresi wajah yang ditunjukkan saat informan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan peneliti yang dilakukan peneliti. Setelah selesai wawancara, hasil wawancara akan dibuat dalam bentuk transkrip dan di analisis.

c. Tahap terminasi

Setelah pertanyaan selesai di ajukan, peneliti mengucapkan terimakasih atas informasi dan ketersediaan informan dalam penelitian ini.

G. Analisa Data

Analisa data dalam penelitian ini didasarkan pada pendekatan fenomenologi dengan menggunakan proses koding yang sistematis. Berikut adalah langkah-langkah umum dari proses analisa data fenomenologi (Alfiyanti & Rahwati dalam Sugiyono, 2016):

1. *Coding*

Coding merupakan upaya untuk mengklasifikasikan jawaban dari informan menurut jenis setiap jawaban dengan menggunakan tanda kode tertentu. Tujuan *coding* adalah untuk mempermudah analisis data dan mempercepat *input* data.

2. Membuat Tema atau Kategori

Tema atau kategori merupakan hasil akhir dari proses *coding*, hasil klasifikasi data, dan hasil analisis dari data yang melalui proses *coding*. Penyusunan tema atau kategori merupakan tahap akhir dari penggalian data yang dihasilkan. Dalam proses pembuatan tema atau kategori peneliti diharuskan membuat memo.

Analisis tematik adalah prinsip pengkodean informasi yang dapat menghasilkan daftar tema, model atau indikator tema yang kompleks, kualifikasi yang biasanya terkait dengan tema, atau kombinasi dari hal-hal yang telah disebutkan. Tema-tema ini dapat menjelaskan fenomena yang diteliti, dan tema dapat diidentifikasi pada tingkat ekspresi, yaitu dapat dilihat secara langsung. Tema juga dapat ditemukan pada potensi, tema tidak terlihat jelas, tetapi potensial atau di bayangkan. Tema tersebut dapat bersumber dari informasi asli, atau dari teori atau penelitian sebelumnya.

Proses analisis tematik, yaitu informasi diurutkan berdasarkan nomor tema. Dalam hal ini, tema mengacu pada ide dan tema yang diperoleh dalam analisis materi dan menghasilkan lebih dari satu kelompok data. Gunakan kata yang berbeda mendeskripsikan tema yang sama, dalam konteks berbeda, atau dideskripsikan oleh orang berbeda.

Tahapan dalam analisis data Colaizzi sebagai berikut (Morissan, 2019):

- a. Mendiskripsikan fenomena dalam penelitian, peneliti mencoba memperbanyak informasi melalui penelitian studi literatur, sehingga dapat memahami fenomena yang menggambarkan konsep penelitiannya.
- b. Mengumpulkan deskripsi fenomena melalui pendapat atau pertanyaan partisipan. Dalam penelitian ini peneliti melakukan wawancara dan menuliskannya dalam bentuk naskah transkrip untuk dapat medeskripsikan gambaran konsep penelitian.
- c. Membaca semua deskripsi fenomena yang sudah disampaikan oleh seluruh partisipan.
- d. Membaca kembali transkrip hasil wawancara dan mengutip pertanyaan-pertanyaan yang bermakna dari seluruh partisipan. Setelah memahami pengalaman partisipan peneliti membaca kembali transkrip hasil wawancara, dan memilih pertanyaan penting sesuai dengan tujuan khusus penelitian, dan memilih kata kunci pada pertanyaan yang dipilih dengan cara memberikan garis penanda.
- e. Menjelaskan makna yang terkandung dalam pertanyaan penting. Peneliti membaca kembali kata kunci yang telah diidentifikasi tersebut dan mencoba menemukan esensi atau makna kunci tersebut untuk membentuk kategori.
- f. Mengorganisir kumpulan makna dalam kelompok tema. Peneliti membaca kategori yang ada, membandingkan dan mencari kemiripan antar kategori tersebut, dan akhirnya mengklasifikasikan kategori yang mirip sebagai sub tema.
- g. Menuliskan deskripsi yang lengkap. Peneliti memilah tema yang ditemukan selama analisis data dan menuliskannya untuk di deskripsikan dalam bentuk hasil penelitian.
- h. Menemui partisipan untuk memverifikasi deskripsi hasil analisis. Peneliti kembali kepada partisipan dan membacakan kisi-kisi hasil analisis tematik. Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah gambaran tema yang diperoleh sebagai hasil penelitian sesuai dengan situasi yang dialami oleh partisipan.

- i. Memasukkan data dari hasil validasi ke dalam deskripsi hasil analisis. Peneliti menganalisis ulang data yang diperoleh selama proses validasi untuk menambahkan partisipan ke deskripsi akhir yang mendalam dari laporan penelitian sehingga pembaca dapat memahami pengalaman partisipan.

H. Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, pengujian validitas data dalam penelitian kualitatif meliputi pengujian *kredibility* (validitas internal), *transferability* (validitas eksternal), *dependability* (reliabilitas), dan *confirmability* (objektivitas) (Sugiyono, 2020):

1. Uji Kredibility

Uji kredibility merupakan berbagai aktivitas yang dapat meningkatkan kepercayaan pada apa yang ditemukan. Dalam penelitian ini peneliti mencatat hasil wawancara dan menyimak hasil wawancara tersebut berulang kali. Hasil rekaman tersebut menjadi keabsahan data yang diteliti, bukan dirancang oleh peneliti dan memperoleh keyakinan pada keabsahan data peneliti. Kepercayaan pada data dalam hasil penelitian kualitatif dicapai dengan memperluas ruang lingkup pengamatan, meningkatkan ketekunan dalam penelitian yang disukai oleh rekan sejawat, menganalisis kasus negatif, dan memeriksa anggota.

a. Perpanjang Pengamatan

Para peneliti dengan cermat memeriksa apakah data yang diberikan sejauh ini benar. Apabila selama ini data yang diperoleh setelah dicek kembali ke sumber data asli atau sumber data lainnya tidak benar maka peneliti luas dan mendalam untuk mendapatkan data yang dipastikan benar.

b. Meningkatkan Ketekunan

Meningkatkan ketekunan berarti melakukan pengamatan lebih cermat dan terus-menerus, sehingga kepastiaan dan urutan kejadian dapat terekam pasti dan sistematis.

c. Analisis Kasus Negatif

Kasus negatif mengacu pada kasus yang tidak sesuai atau berada dari hasil penelitian sampai batas tertentu. Melakukan analisis kasus negatif berarti peneliti mencari data yang berbeda atau bahkan bertentangan dengan data yang ditemukan.

d. Menggunakan Bahan Refrensi

Adanya pendukung untuk membuktikan adanya data yang ditemukan peneliti (misalnya data hasil wawancara) perlu didukung dengan catatan wawancara. Data atau gambar situasi yang berhubungan dengan interaksi manusia perlu didukung oleh foto.

e. Mengadakan *Member chek*

Member check adalah proses pengecekan data yang diperoleh peneliti dari penyedia data. Tujuan pemeriksaan dari ini untuk mengetahui seberapa cocok data yang diberikan oleh penyedia data.

2. *Uji Transferability*

Pengujian *transferability* merupakan validitas eksternal dalam penelitian kualitatif. Validitas eksternal menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi dimana sampel tersebut diambil. Peneliti dalam membuat laporan harus memberikan uraian yang rinci, jelas sistematis dan dapat dipercaya.

3. *Uji Dependability*

Uji dependability disebut juga reabilitas merupakan proses penelitian data dan menjamin dari waktu ke waktu. Dalam hal ini peneliti melakukan *auditing* (pemeriksaan) dengan melibatkan orang-orang yang berkompeten dibidangnya. Dalam penelitian ini peneliti dan pembimbing penelitian melakukan kegiatan *auditing* (pemeriksaan).

4. *Uji Konfirmability*

Uji *konfirmability* merupakan uji objektivitas hasil penelitian. Penelitian ini telah disepakati oleh banyak orang. Hasil penelitian di uji dan dikaitkan dengan proses yang dilakukan peneliti. Dalam sebuah penelitian jangan sampai tidak ada prosesnya, tetapi ada hasil. Peneliti

harus mendapat persetujuan dari informan dan menyertakan surat-surat yang telah diperoleh.

I. Etika Penelitian

Etika dalam penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka etika dalam penelitian sangat penting dalam penelitian ini, oleh karena itu aspek etika penelitian harus diperhatikan karena manusia menikmati hak asasi manusia dalam kegiatan penelitian.

1. *Informed Consent*

Ini merupakan sebuah cara untuk mencapai persetujuan antara peneliti dan informan dengan memberikan *informed consent* kepada. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi informan. Tujuan dari *informed consent* adalah agar partisipan memahami maksud dan tujuan penelitian dan memahami dampaknya. Jika informan bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan bersedia untuk direkam dan jika partisipan tidak bersedia peneliti harus menghormati hak mereka.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Dalam penelitian keperawatan ini merupakan kode etik yaitu nama narasumber tidak diberikan atau dicantumkan pada formulir penelitian, dan hanya ditulis inisial/kode pada formulir pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Mejamin kerahasiaan hasil penelitian termasuk informasi dan isu lainnya merupakan etika dalam penelitian. Peneliti menjamin bahwa semua penyedia informasi yang telah dikumpulkan bersifat rahasia, dan hanya kumpulan data tertentu saja yang dilaporkan dalam hasil penelitian.

4. *Beneficience* (manfaat)

Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat sebelum memulai pengambilan data untuk penelitian. Peneliti melakukan yang terbaik

untuk melakukan kegiatan penelitian berupa wawancara, namun dalam ini peneliti juga menekankan bahwa partisipan harus memberitau peneliti apakah merasa tidak aman dan tidak nyaman selama proses penelitian, agar tidak menimbulkan kelelahan, dan penelitian akan dihentikan.

5. *Non-malefience* (tidak merugikan)

Non-malefience merupakan suatu prinsip dimana peneliti tidak boleh melakukan perbuatan atau berperilaku yang dapat membahayakan dan berisiko bagi informan. Prinsip menghindari terjadinya kerugian atau prinsip moral yang melarang tindakan yang membahayakan informan. Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya secara fisik dan psikologis pada informan (Irwan, 2017).



BAB IV

HASIL PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti untuk menjawab penelitian “Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Perawatan akhir kehidupan Pada Pasien Kritis”. Hasil penelitian ini dibagi menjadi empat bagian yaitu bagian pertama menceritakan secara singkat tentang gambaran lokasi penelitian, bagian kedua mengenai karakteristik informan, bagian ketiga membahas mengenai tema-tema yang di dapatkan pada penelitian ini, serta bagian ke empat menjelaskan mengenai makna hidup menurut pandangan informan.

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit Tenggarong terletak di Jalan Ratu Agung No. 1, Teluk Dalam, Tenggarong Seberang, Kabupaten Kutai Kartanegara, Kalimantan Timur. Memiliki luas lahan keseluruhan sebesar 7 (tujuh) hektar, bangunan rumah sakit terdiri dari 6 (enam) gedung untuk keperluan pelayanan, yaitu 5 gedung penunjang dan 1 gedung perkantoran, jenis layanan yang di RSUD Aji Muhammad Parikesit terdapat 16 layanan dan poliklinik dengan masing-masing klinik yaitu Pelayanan Maternitas, Pelayanan Bedah Sentral, Pelayanan *Intensive*, Pelayanan Parikesit Mother Care (PMC), Pelayanan Hemodialisa, Pelayanan Kemoterapi, Pelayanan Farmasi, Pelayanan Rawat Inap, Pelayanan Ambulan Jemput, Pelayanan Laundry Umum, Pelayanan Admisi Rawat Jalan. Serta dilengkapi dengan Poliklinik Spesialis Lainnya terdiri dari Klinik Onkologi, Klinik Jantung, Klinik Paru, Klinik THT, Klinik Mata, Klinik Kulit dan Kelamin, Klinik Bedah Plastik, Klinik Orthopedi, klinik Saraf , Klinik Jiwa, Klinik Bedah Anak. Poliklinik Penunjang Medik terdiri Klinik Anastesi, Klinik Rehabilitasi Medik, Klinik Gizi, Poliklinik Obsgin, Klinik Saraf, Klinik Paru, Klinik Jantung, Klinik Anak, Klinik Bedah Mulut, Klinik Kulit dan Kelamin, Rehabilitasi Medik.

Pelayanan *Intensive* merupakan salah satu layanan yang ada di RSUD Aji Muhammad Parikesit, diresmikan dan dibuka sejak 16 September 2017.

Kapasitas ruangan *Intensive* untuk satu ruangan dapat menampung 6 brangkar untuk 6 pasien. Perawat yang berkerja pada ruang *Intensive* berjumlah 18 orang, yang di bagi menjadi bekerja dengan 3 shift yaitu pagi, sore, dan malam. Pada tanggal terdapat 14 Desember 2020 jumlah pasien dari data tiga bulan terakhir 14 pasien keluar ruang dalam kondisi meninggal dan 61 pasien keluar dalam kondisi hidup. Diagnosa terbanyak pasien kritis yang meninggal dunia di ruang *intensive* adalah *CKD (Chronic Kidney Disease)* dan penyakit jantung.

2. Gambaran Karakteristik Informan

Informan pada penelitian ini berjumlah 8 orang, yang kemudian di sebut sebagai informan merupakan perawat *Intensive* yang memberikan perawatan hingga pasien meninggal. Karakteristik informan dalam penelitian terdapat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik Informan Penelitian

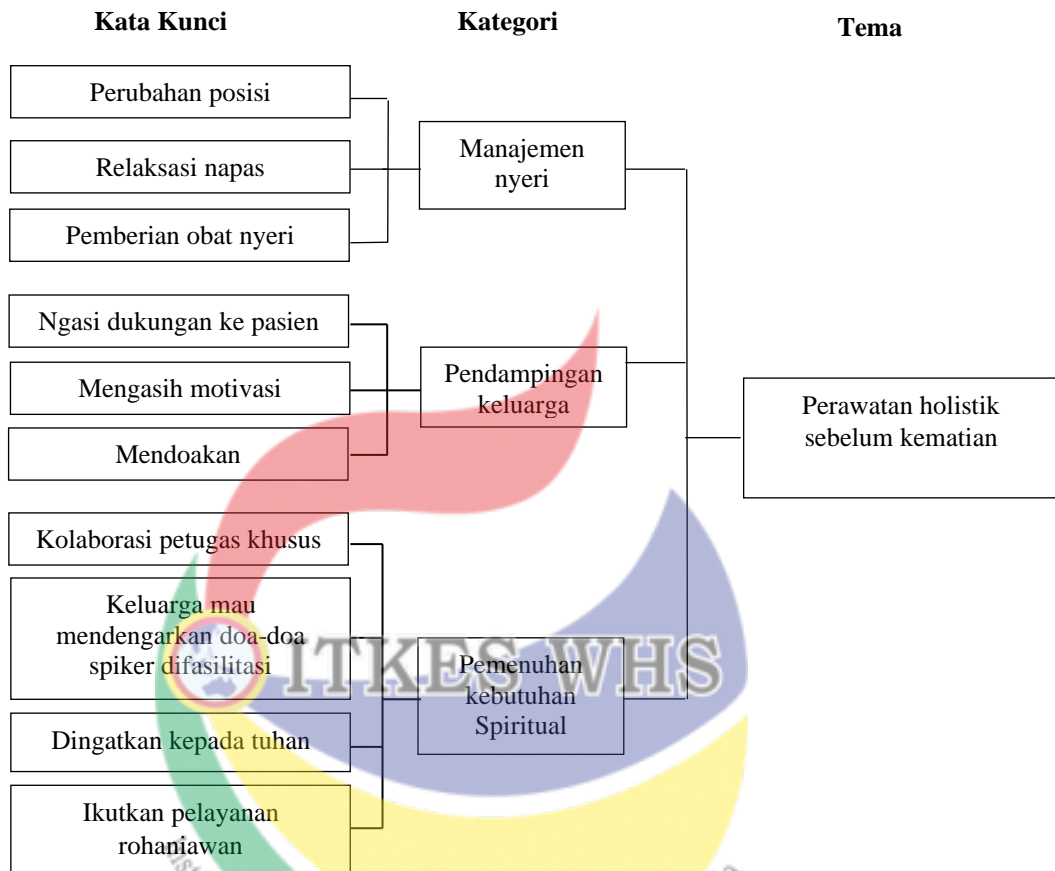
No	Kode Informan	Usia (tahun)	Lama Bekerja Di ICU	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir
1	<i>I₁</i>	31	5 tahun	Perempuan	D3 Keperawatan
2	<i>I₂</i>	32	6 tahun	Perempuan	D3 Keperawatan
3	<i>I₃</i>	37	5 tahun	Perempuan	D3 Keperawatan
4	<i>I₄</i>	37	4 tahun	Perempuan	D3 Keperawatan
5	<i>I₅</i>	38	5 tahun	Perempuan	D3 Keperawatan
6	<i>I₆</i>	34	2 tahun	Laki-laki	S1 Ners
7	<i>I₇</i>	28	1 tahun	Perempuan	S1 Keperawatan
8	<i>I₈</i>	35	10 tahun	Perempuan	S1 Ners

Informan yang digunakan dalam penelitian ini merupakan seorang perawat ruang *intensive* dengan berbagai latar belakang yang berbeda-beda dari usia 28-38 tahun, pengalaman berkerja diruang *intensive* 1-10 tahun dan pendidikan terakhir yang ditempuh para informan Diploma tiga keparawatan hingga Strata satu Keperawatan Profesi Ners. Latar belakang yang berbeda-beda pada setiap informan digunakan bertujuan untuk mengembang informasi yang didapat saat pengumpulan data. Agar data yang didapatkan /saat pengumpulan data lebih beragam dari setiap informasi yang disampaikan oleh para informan.

3. Hasil Penelitian Berdasarkan Tema

Penelitian akan menggambarkan keseluruhan tema yang termasuk berdasarkan jawaban informan dari pertanyaan yang telah disampaikan sesuai dengan tujuan penelitian, dan didapatkan tiga tema.

a. Tema pertama : Perawatan Holistik Sebelum Kematian



Skema 4.1 Perawatann Holistik Sebelum Kematian

Tema menggambarkan perawatan holistik yang perawat berikan sebelum kematian pasien berupa kenyamanan menjelang akhir kehidupan baik kenyamana fisik, psikososial dan spiritual. Perawat berusaha mengurangi nyeri pada pasien, memastikan pasien dapat menghabiskan waktu bersama keluarga diakhir kehidupan, serta pemenuhan spiritual pasien agar pasien merasa dekat dengan Tuhan dan merasa tenang. Didapatkan dari 3 kategori yaitu manajemen nyeri, pendampingan keluarga dan pemenuhan kebutuhan spiritual.

1) Kategori Pertama : manajemen nyeri

Hasil dari wawancara dari tiga informan didapatkan hasil bahwa perawat mengurangi rasa nyeri pada pasien sadar mau tidak sadar dengan menggunakan nonfarmakologis dan farmakologis, ketiga informan perawat *intensive* berusia diatas 30 tahun dengan pendidikan terakhir Diploma 3 Keperawatan. Informan dua menyampaikan pada pasien tidak sadar dilakukan perubahan posisi dan kompres, sedangkan pasien sadar dilakukan relaksasi napas, serta pemberian obat disesuaikan dari dokter penanggung jawab pasien. Informan empat menyampaikan pasien sadar dilakukan relaksasi napas dalam sedangkan pasien penurunan kesadaran diberikan kompres dan mengatur posisi, serta obat nyeri dari dokter. Informan lima menyampaikan pasien sadar melakukan Tarik napas dalam sedangkan pasien tidak sadar terpasang alat diberikan obat anastesi. Berikut jawaban dari informan, yaitu :

“Untuk pasien tidak sadar kita melakukan perubahan posisi memberikan posisi yang lebih nyaman atau dikasi kompres, kalo sadar bisa kita relaksasi napas. Obat disesuaikan dari DPJP.. (12 line, 58-67)”

“Untuk sadar tu teknik rileksasi napas dalam atau dengan cara membayangkan hal-hal yang bisa mengurangi rasa nyerinya. Kalo pasien kesadaran.. bisa kita kasi kompres atur posisinya gimana anaknya. Disini rata-rata pasien tidak sadar biasanya cenderung ke struk, itu obat anti nyerinya di kasi PCT paracetamol.. kalo pasien yang sadar pasien post op ada analgetiknya kaya Cetorolax atau tamadol atau morfin. Obat nyeri itu diberikan dari dokter mba.. (14 line, 60-84)”

“Kalo sadar.. kami motivasi lebih ke nonfarmakologi suru tarik napas dalam atau perubahan posisi, tapi kalo sudah sampe yang triak-triak artinya skalanya lebih dari 5, kami konsul ke dokter DPJP untuk tindakan selanjutnya. Pasien tidak sadar terpasang alat.. kasi obat anastesi, pada pasien struk pasti dapat obat nyeri kek paracetamol kalo dari syaraf. Nyata dari dokter. (15 line, 69-84)”

2) Kategori Kedua : pendampingan keluarga

Hasil dari wawancara empat informan didapatkan hasil bahwa pada perawatan akhir kehidupan keluarga pasien diperbolehkan mendampingi pasien di akhir hayatnya, keempat informan perawat *intensive* berusia diatas 30 tahun. Informan dua menyampaikan keluarga mendampingi dan mendoakan pasien. Informan lima menyampaikan saat kondisi pasien menurun keluarga segera dihubungi untuk mendampingi dan menzikirkan. Informan enam menyampaikan keluarga mendampingi serta memberikan dukungan terhadap pasien. Informan delapan menyampaikan saat keluarga ingin memperdengarkan doa-doa untuk

pasien informan memfasilitasi dan memberikan kesempatan pada keluarga untuk memberikan motivasi pada pasien. Berikut jawaban dari informan, yaitu:

“Keluarga hanya mendampingi terus mendoakan, untuk perawatan lainnya dilakukan oleh perawat ICU.. (I2 line, 82-84)”

“Mesti terlibat pasien kritis sebentar-sebentar harus dilibatkan kondisi pasien menurun cepat kami telpon keluarganya.. Boleh, kalo sudah menjelang kematian keluarga dilibatkan pasti kami telpon suru damping, kalo DNR kami suru keluarga bantu zikirkan.. (I5 line, 110-119)”

“Jadi melibatkan keluarga itu dalam hal terminal seperti mendoakan kemudian sambil ngasi dukungan sama support ke pasien.. (I6 line, 162-165)”

“Kalo keluarga ke pingin mendoakan atau mengasih motivasi kami kasi kesempatan disamping pasien dan membacakan doa membicarakan hal-hal yang baik, karna pasien nda sadar sebenarnya mendengar dan merasa cuma nda bisa berbicara.. (I8 line, 152-165)”

3) Kategori Ketiga : pemenuhan kebutuhan spiritual

Hasil wawancara dari enam informan didapatkan informasi bahwa pada perawatan akhir kehidupan melakukan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dengan memberikan pelayanan rohaniawan baik rohaniawan dari rumah sakit atau keluarga membawa sendiri rohaniawan dari luar untuk mendoakan dan membimbing pasien agar lebih mendekatkan diri pada Tuhan di akhir kehidupannya, keenam informan perawat *intensive*. Informan satu menyampaikan memberikan pelayanan rohani untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Informan dua menyampaikan dengan melakukan kolaborasi petugas khusus pelayanan rohaniawan. Informan tiga menyampaikan ada fasilitas untuk keluarga saat ingin mendengarkan doa-doa pada pasien. Informan lima menyampaikan dengan mengingatkan pasien pada Tuhan. Informan enam menyampaikan menawarkan pelayanan rohani tim khusus yang bisa dipanggil. Informan tujuh menyampaikan pelayanan kerohanian dapat dari rumah sakit atau keluarga membawa sendiri. Berikut jawaban dari informan, yaitu:

“Pelayanan rohani kalo untuk spiritual.. kalo rohaniawan yang dirumah sakit itu ada pas hari kerja aja, kalo misalnya hari kerja dari keluarga maunya dari rumah sakit bisa, kecuali kaya sore malam atau hari libur kami sarankan dari keluarga untuk mencari rohaniawannya.. (I1 line, 79-91)”

“Kita kolaborasi ada petugas khusus untuk pelayanan kerohanian, tapi kalo keluarga membawa ustad atau pendeta sendiri itu diperbolehkan, nanti dicatat dibuku pelayanan kerohanian.. (I2 line, 70-79)”

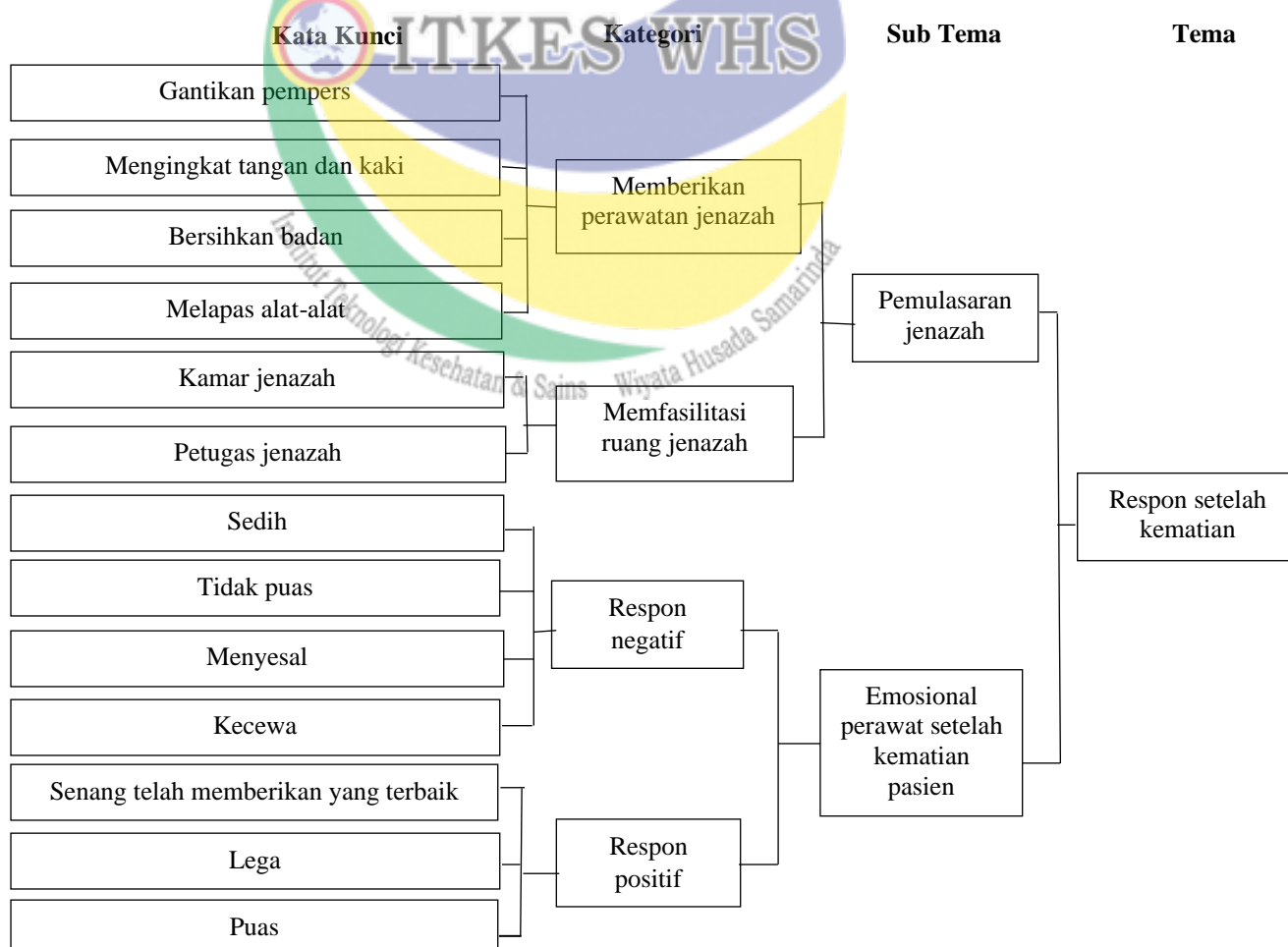
“Kita memfasilitasi ini ada keluarga mau mendengarkan doa-doa untuk pasiennya memasang spiker kita fasilitasi, terus kita ikutkan pelayanan kerohanian.. dari rumah sakit memfasilitasi, kalo keluarga mau membawa sendiri juga bisa, tapi harus dapat ijin dulu.. (I3 line, 95-105)”

“Kita ingatkan dizikirkan kalo islam, kalo kristen ku bilangi ke pasien buat ingat pada tuhan yesus.. Setiap pasien baru masuk ruang ICU kami kasi inform consent dulu sebelumnya bahwa kami disini menyediakan rohianiawan untuk agama islam ada ustadnya agama kristen ada pendeta, tapi kalo memang keluarga mau bawa sendiri bisa tapi harus lapor dulu dengan petugas.. (I5 line, 95-107)”

“Jadi dari sini bisa menawarkan pelayanan rohani ada agama islam hindu budha kemudian kristen, kita bisa memanggil ada tim-timnya sudah mba disini, kalo dari keluarga ga perlu mereka mau mendoakan sendiri kami persilahkan. Boleh, ada SOP nanti juga dicatat dibuku tamu rohianiawan yang didatangkan keluarga itu siapa.. (I6 line, 142-159)”

“Dari awal pasien di ICU kami fasilitasi keluarga ada pelayanan kerohanian, pelayanan kerohanian bisa dari rumah sakit atau keluarga membawa tokoh agama sendiri, cuma kalo dari rumah sakit memang harus sabar nda bisa sewaktu-waktu karna menyesuaikan jam dinas petugas yang dirumah sakit.. (I7 line, 82-88)”

b. Tema Kedua : Respon Setelah Kematian



Skema 4.2 Respon Setelah Kematian

Tema menggambarkan respon perawat setelah kematian pasien, pemulasaran atau perawatan jenazah diberikan pada pasien dengan membersihkan dan melepaskan alat yang terpasang pada pasien serta memfasilitasi ruang jenazah sebagai tempat untuk keluarga menghabiskan waktu bersama pasien sebelum dipulangkan kerumah. Kematian pasien mengakibatkan respon emosional perawat dari positif hingga negatif saat mereka melihat pasien meninggal. Didapatkan dari 2 subtema yaitu perawatan berduka dan emosional perawat setelah kematian pasien.

Subtema 1 : Pemulasaran jenazah didapatkan 2 kategori, yaitu :

1) Kategori Pertama : membersihkan dan merapikan pasien

Hasil dari wawancara empat informan didapatkan informasi bahwa setelah pasien meninggal akan dibersihkan dan dirapikan sebelum dibawa ke ruang jenazah atau sebelum dibawa pulang ke rumah dengan keluarga, keempat informan perawat *intensive* berusia diatas 30 tahun. Informan satu menyampaikan perawatan jenazah dirapikan digantikan pampers, diikat kaki serta tangan, melepas alat-alat yang terpasang setelah itu ditutup. Informan dua menyampaikan setelah pasien meninggal dilakukan perawatan jenazah dan melepas infus serta peralatan yang terpasang. Informan empat menyampaikan perawatan jenazah mengikat dan merapikan pasien serta melepas infus sebelumnya meminta ijin terlebih dahulu pada keluarga pasien. Informan delapan menyampaikan setelah pasien meninggal ketika keluarga sudah ikhlas alat-alat yang terpasang dilepas kemudian dibersihkan badan dan wajah pasien setelah itu ditutup kain. Berikut jawaban dari informan, yaitu :

“Perawatan jenazah diikat.. kalo kami dirapikan gantikan pampers, lepasi alat-alat yang terpasang dibantu ikat tangan sama kaki baru di tutup.. (I1 line, 129-133)”

“Perawatan jenazah, dilepasin infus terus peralatan yang terpasang.. (I2 line, 118-119)”

“Perawatan jenazah mengikat pasien, kita lepas infus sebelumnya kita melakukan kita minta ijin dulu sama keluarganya, kami akan melepas alat-alat inkubasi pada pasien, kalo keluarganya sudah bilang iya boleh, baru kita lakukan.. (I4 line, 143-151)”

“Perawatan jenazah setelah didoai keluarga, kami minta ijin bolehkah alat-alatnya dilepas apakah keluarga sudah ikhlas, kalo keluarga sudah ikhlas kami lepasi alat-alatnya bersihkan badannya pempresnya mukanya baru kami kafani pake kain.. (I8 line, 210-218)”

2) Kategori Kedua : memfasilitasi ruang jenazah

Hasil wawancara dari tiga informan didapatkan informasi bahwa setelah membersihkan dan melepas alat pasien akan dibawa keruang jenazah untuk selanjutnya akan dibawa pulang keluarga pasien ke rumah, ketiga informan perawat *intensive* berusia diatas 30 tahun. Informan satu menyampaikan saat pasien dikatakan meninggal pasien akan dibawa ke kamar jenazah. Informan enam menyampaikan pasien yang telah meninggal akan dibawa oleh petugas jenazah dan keluarga akan diarahkan keruang ruang jenazah. Informan delapan menyampaikan pasien yang sudah meninggal akan dibawa ke ruang jenazah. Berikut jawaban dari informan, yaitu :

“Jadi kalo sudah dinyatakan meninggal, langsung dibawa ke kamar jenazah.. (I3 line, 149-152)”

“Pasien yang meninggal langsung diambil sama petugas jenazah dan keluarga pasien langsung diarahkan kesana, disana sudah ada tempat yang disiapkan untuk keluarga pasien berkumpul berdoa bisa sambil disholatkan disitu.. (I6 line, 228-232)”

“Di ICU pasien sudah meninggal langsung dibawa ke ruang jenazah.. (I8 line, 254-260)”

Subtema 2 : Emosional Perawat Setelah Kematian Pasien didapatkan 2 kategori, yaitu :

1) Kategori Pertama : respon negatif

Hasil wawancara tujuh informan didapatkan informasi bahwa perawat merasa sedih tidak puas menyesal kecewa ketika merasa belum puas dalam memberikan perawatan setelah pasien meninggal seharusnya bisa memberikan perawatan yang lebih, keempat informan perawat *intensive* berusia diatas 30 tahun. Informan satu menyampaikan sedih saat pasien meninggal diusia yang masih muda. Informan tiga menyampaikan merasa tidak puas saat tidak dapat memenuhi kewajiban sebagai petugas perawat. Informan empat menyampaikan merasa sedih saat pasien yang mejemput ajal secara tiba-tiba. Informan lima menyampaikan merasa sedih saat keluarga kebingungan dalam membimbing pasien yang sakaratul maut. Informan enam menyampaikan merasa menyesal seandainya bisa memberikan yang lebih untuk pasien. Informan tujuh menyampaikan merasa kecewa seharusnya bisa memberikan perawatan

yang lebih. Informan delapan menyampaikan merasa sedih saat memberikan perawatan yang menurutnya kurang maksimal. Berikut jawaban dari informan, yaitu :

“Sedih, apa lagi kalo pasiennya itu usia yang masi muda rata-rata pasien yang kebidanan, maksudnya kaya yang usia muda baru melahirkan tapi memang kondisi penyakitnya berat.. (I1 line, 177-181)”

“Sedih namanya kita manusia juga mba ya, namanya kita ga tau ajal kapan tiba-tiba dijemput, ada pasien tiba-tiba sesak sekalinya kita ga tau sesaknya itu sudah ajal yang mau menjemput, nah terus meinggal, kita ga tau baru aja ada sedetik kita datang situ, ternyata pasiennya dah lewat gitu.. (I4 line, 204-210)”

“Perasaan ku sedih, apa lagi kalo keluarganya mungkin bingung kali, ayo dibantu zikirkan diam aja keluarganya, kalo aku sedih nda bisa ngasih maksimal betul dukungan spiritual ke pasien yang sakaratul maut.. (I5 line, 204-209)”

“Kalo kami selama ini ada sedih, pasti namanya kita bekerja pengennya memberikan yang maksimal.. (I8 line, 292-295)”

“Ya ada perasaan tidak puas artinya kita tidak bisa memenuhi kewajiban sebagai petugas sebagai perawat.. (I3 line, 187-190)”

“Terpikir-pikir, kadang menyesal seandainya tadi gini-gini, kadang ada begitu, cuma nda sering.. (I6 line, 261-263)”

“Pasti ada rasa kecewaan, dimana kita harusnya bisa memberikan perawatan yang lebih dari itu.. (I7 line, 162-163)”

2) Kategori Kedua : respon positif

Hasil wawancara enam informan didapatkan informasi bahwa perawat masih merasakan kesedihan walaupun sudah memberikan perawatan sampai pasien meninggal disisi lain perawat juga merasa lega dan puas karena sudah memberikan yang terbaik untuk pasien, keenam informan perawat *intensive*. Informan dua menyampaikan tetap merasa sedih walaupun sudah memberikan perawatan. Informan tiga menyampaikan merasa sedih yang sudah dilaksanakan pasien berakhir dengan kematian. Informan empat menyampaikan tetap sedih karena perawat berharap pasien dapat membaik. Informan enam menyampaikan merasa lega pasien mendapatkan hak yang seharusnya didapatkan sampai pasien meninggal. Informan tujuh sedih tapi itu sudah takdir dan sudah memberikan yang terbaik. Informan delapan menyampaikan merasa puas dari awal komitmen dalam bekerja secara totalitas. Berikut jawaban informan, yaitu :

“Tetap masi ada sedihnya, maksudnya walaupun kita kasi.. sudah merasa maksimal tapi pasien juga akhirnya meninggal, ya tetap ada sedihnya tapi juga senang maksudnya kita sudah kasi yang maksimal tapi memang kondisinya tidak baik.. (I2 line, 245-249)”

“Perasaan kita sedih ya, yang kita laksanakan berikan kalo pasiennya berakhir dengan kematian.. kalo pasien meninggal namanya kita manusia apa lagi kalo liat kita punya keluarga.. seumuran keluarga kaya orang tua ku pasti ada rasa sedih walaupun kita sudah maksimal perawtannya.. (I3 line, 250-262)”

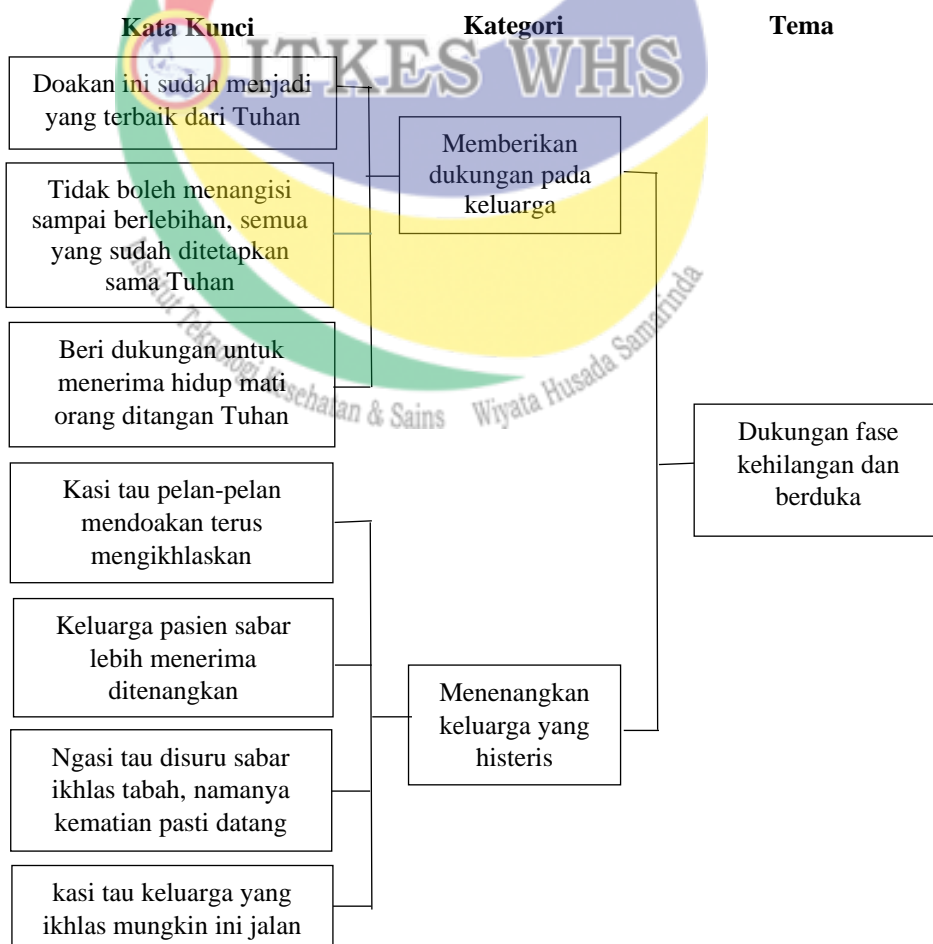
“Tetap sedih mba namanya kita berharap pasien kedepannya lebih baik lagi kondisinya, sudah diberikan perawatan semaksimal mungkin yang kita punya tapi allah berkata lain.. (I4 line, 246-255)”

“Berati itu sudah takdirnya karna kita sudah maksimal dalam memberikan perawatannya.. berati memang sudah memang waktunya untuk di jemput. Ya ada sedih juga masi.. (I7 line, 203-208)”

“Lega jadi pasien mendapatkan hak yang seharusnya didapatkan dari kita, namun takdir berkata lain.. (I6 line, 321-322)”

“Perasaan kami puas memang dari awal berkomitmen kita bekerja itu harus totalitas, jadi ketika sudah kita lakukan semaksimal mungkin tapi hasilnya nda makksimal, kita sudah lega puas karna apa yang kita kerjakan sesuai dengan niat dan sudah sesuai dengan prosedur.. (I8 line, 371-376)”

c. Tema Ketiga : Dukungan Fase Kehilangan dan Berduka



Skema 4.3 Dukungan Fase Kehilangan dan Berduka

Tema menggambarkan dukungan yang perawat berikan pada keluarga yang berduka karena kematian pasien. Dukungan yang diberikan berupa rasa empati atas kematian pasien mengingatkan kembali pada keluarga yang ditinggal bahwa apa yang terjadi adalah kehendak Tuhan agar keluarga ikhlas melepas kepergian pasien. Perawat juga ikut dalam menangani keluarga yang histeris saat kematian pasien dimana keluarga berusaha menenangkan dan memberikan dukungan untuk memperbanyak berdoa. Didapatkan dari 2 kategori yaitu, memberikan dukungan pada keluarga dan menangani keluarga yang histeris.

1) Kategori Pertama : memberikan dukungan pada keluarga

Hasil wawancara dari tiga informan didapatkan informan bahwa perawat memberikan dukungan pada keluarga pasien yang sedang berduka dengan ikut berbela sungkawa setelah pasien meninggal, ketiga informan perawat *intensive* berusia diatas 30 tahun. Informan dua menyampaikan keluarga lebih mengikhhlaskan agar pasien tenang doakan ini sudah menjadi yang terbaik dari Tuhan. Informan tiga menyampaikan memberikan semangat perbanyak berdoa semoga pasien yang meninggal diberikan kelancaran. Informan lima menyampaikan agar keluarga lebih menerima hidup dan mati seseorang ditangan Tuhan. Berikut jawaban dari informan, yaitu :

“Saya kasi tau bahwa pasien sudah meninggal keluarga mohon diikhhlaskan, supaya pasien juga lebih tenang kita doakan ini sudah jadi yang terbaik dari tuhan, kita juga sudah berusaha, keputusan tetap tuhan yang menentukan.. (I2 line, 166-169)”

“Dukungan memberikan semangat terus banyak-banyak berdoa semoga yang meninggal ini diberikan kelancaran jalannya diikhhlaskan kuatkan hatinya.. (I3 line, 173-178)”

“Ku beri dukungan untuk menerima, jadi dukungannya memberi supprot keluarga lebih menerima dan memang aku kasi tau hidup mati orang ditangan tuhan.. (I5 line, 184-189)”

2) Kategori Kedua : menenangkan keluarga yang histeris

Hasil wawancara dari empat informan didapatkan informasi bahwa setelah pasien meninggal terdapat beberapa keluarga yang histeris setelah pasien meninggal sehingga perawat memberikan dukungan pada keluarga pasien yang sedang berduka, keempat informan berusia perawat *intensive* diatas 30 tahun. Informan dua menyampaikan memberikan dukungan

keluarga untuk mendoakan dan mengikhhlaskan pasien. Informan lima menyampaikan menenangkan keluarga pasien untuk lebih sabar. Informan enam menyampaikan untuk sabar, ikhlas, tabah setiap kematian pasti akan datang. Informan delapan menyapaikan untuk ikhlas ini sudah menjadi jalan yang terbaik bagi pasien. Berikut jawaban informan, yaitu :

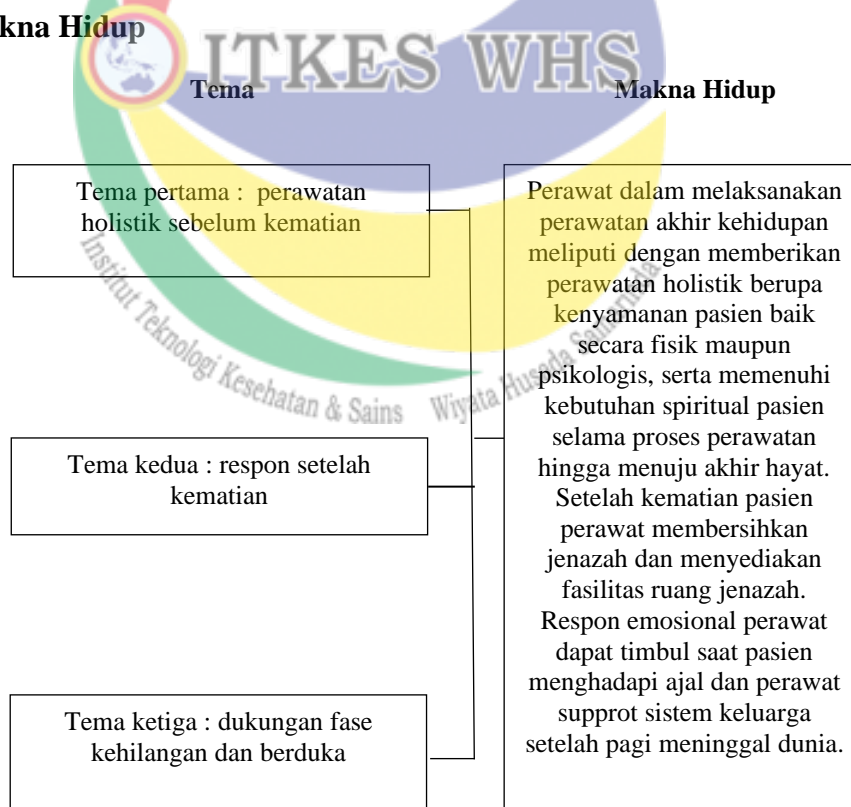
“Kita suru duduk dulu jauhkan dari pasien yang meninggal tersebut, baru kita kasi tau pelan-pelan suru mendoakan terus mengikhhlaskan, supaya pasiennya lebih tenang.. (12 line, 129-132)”

“Kami tenangkan keluarga pasien suru sabar menerima lebih di tenangkan.. (15 line, 165-166)”

“Kita kerja sama dengan keluarga yang lain, sambil dikasi tau kalo keluarga deket tau sifat dan karakter masing-masing yang bisa menenangkan keluarganya, ngasi tau disuru sabar ikhlas tabah, namanya kematian pasti datang disetiap manusia, jadi kita tabah menjalaninya dan sabar suru mendoakan.. (16 line, 216-222)”

“Keluarga yang lebih tenang kita suru masuk nenangkan keluarga yang histeris, kami kasi tau keluarga yang ikhlas mungkin ini jalan yang terbaik kasian juga kalo keluarganya terpasang alat seperti ini kesakitan kita ga tau.. (18 line, 237-251)”

4. Makna Hidup



Skema 4.4 Makna Hidup

B. Pembahasan

Perawatan akhir kehidupan digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa dengan memberikan pereda nyeri, pereda gejala, serta dukungan mental dan psikososial. Perawatan ini dimulai dari diagnosis awal penyakit terminal hingga akhir hayat, dan anggota keluarga yang merasa kehilangan pasien yang sudah meninggal. Perawatan ini diberikan untuk mencegah atau mengurangi rasa sakit, serta memberikan dukungan hidup berkualitas pada pasien dan keluarganya dapat mengoptimalkan pengambilan keputusan keluarga pasien, sehingga perawatan paliatif dan pengobatan kuratif dapat diberikan dalam waktu bersamaan (Campbell, Margaret L dalam Shatri *et.al.*, 2020).

Setelah dilakukannya wawancara penelitian pada perawat *intensive* yang merawat pasien hingga pasien tersebut meninggal, peneliti memperoleh tiga tema yang dapat menggambarkan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian ini. Berikut ini merupakan uraian berdasarkan tema-tema yang telah didapatkan :

1. Tema Pertama : Perawatan Holistik Sebelum Kematian

Perawat memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarganya berupa asuhan langsung sesuai standar dan kemampuan yang terstandar. Diharapkan perawat dapat lebih mengetahui status kesehatan pasien dan keluarganya. serta mampu mengidentifikasi, mengevaluasi, memberikan dan mengelola asuhan perawatan akhir kehidupan (Asmadi dalam Leuna, 2018). Perawatan akhir kehidupan membutuhkan perawat yang kompeten dibidangnya, karena hal ini memungkinkan pasien untuk mengatasi beban rasa sakit dan gejala yang mengganggu dan mengalami kesejahteraan spiritual yang maksimal. Kondisi kritis yang dialami pasien, pada beberapa pasien mengalami tekanan spiritual dan berusaha berdamai dengan kenyataan. Kondisi pasien saat ini mengalami penurunan fungsi tubuh, gelisah, lebih sering mengantuk, kurang komunikatif, koma, dan pada akhirnya meninggal (D'Antonio & Curtis dalam Sisilia *et.al.*, 2021) .

Tim perawatan yang berbasis dirumah sakit untuk membantu pasien dan keluarganya melalui proses kematian, baik melalui manajemen aktif gejala, menetapkan nilai-nilai dan keinginan dalam perjalanan penyakitnya atau psikoedukasi pada akhir kehidupan. strategi perawatan berkualitas tinggi yang berkelanjutan untuk pasien sekarat dan keluarga termasuk mengembangkan dan mengimplementasikan pendekatan standar perawatan akhir kehidupan untuk pasien yang diperkirakan akan meninggal dalam beberapa jam sampai hari. Rangkaian praktik pengukuran nyaman di akhir kehidupan di rumah sakit meliputi: Pertama ada manajemen farmakologi gejala paling sering terjadi pada akhir kehidupan seperti nyeri, dyspnea, gelisah, sekresi jalan napas, demam, dan kejang. Setelah itu pengkajian nyaman pasien menjelang kematian setiap 2 jam. Selanjutnya pendidikan pasien dan keluarga pasien yang menjelang kematian melibatkan tim interdisiplin termasuk pekerja sosial (Rohaniawan) pemenuhan spiritual untuk mendukung kebutuhan psikologis, emosional dan spiritual pasien dan keluarga di hari-hari terakhir kehidupan (Lau *et.al.*, 2018).

Hasil perawatan akhir kehidupan dapat mencakup keadaan kesehatan yang dirasakan, kualitas hidup selama menjelang akhir hayat, dan kesesuaian perawatan yang diberikan dengan standar yang ada. Diharapkan bahwa keberhasilan penerapan perawatan akhir kehidupan yang lebih baik. Beberapa pendekatan sebagai sarana untuk meningkatkan proses dan hasil perawatan akhir kehidupan meliputi perencanaan perawatan lanjutan, pertemuan dengan keluarga pasien, dan pengambilan keputusan terkait perawatan akhir kehidupan yang akan diberikan (Waller *et.al.*, 2017). Kriteria evaluasi subjektif dari perawatan akhir kehidupan meliputi ketersediaan standar prosedur operasional untuk perawatan akhir kehidupan, proporsi perawat terhadap pasien lebih tinggi, antisipasi penanganan kematian oleh perawat, ditujukan pada pasien yang bertanggung jawab untuk membuat pengambilan keputusan untuk tidak melakukan resusitasi atau keputusan pembatasan pengobatan dalam catatan pasien, kontrol rasa nyeri, informasi yang memadai, informasi

kepada keluarga saat pasien menjelang kematian, kehadiran keluarga atau teman di hari-hari terakhir kehidupan (Gusmano *et.al.*, 2021).

Kematian yang damai adalah kematian yang terjadi dirumah atau dirumah sakit dengan dukungan perawatan yang maksimal dan dikelilingi oleh keluarga. Kematian dengan cara dan kondisi yang sesuai dengan keinginan dan tujuan pasien. Kematian yang bersifat pribadi dipengaruhi oleh hubungan sosial, budaya, agama, dan faktor sejarah. Kematian merupakan peristiwa khusus bagi seseorang dengan rencana yang lebih luas sebagai prioritas, bukan hanya ketika meninggal tetapi juga dalam tahun terakhir kehidupan (Smith *et.al.*, 2019). Menurut Rulan dan Moore kematian yang damai merupakan suatu kondisi akhir kehidupan yang dijalani dengan penuh kedamaian dengan memenuhi kriteria yaitu, bebas nyeri, merasa nyaman, merasa bermartabat dan dihargai, merasakan kedamaian, serta berdekatan dengan orang yang berarti dalam hidup (Napitupulu, 2014). Kematian yang baik dimana perawat memperhitungkan kebutuhan dan keinginan pasien menghadapi kematian yang akan segera terjadi. Kematian yang baik didefinisikan sebagai kematian yang bebas tekanan atau penderitaan (Demir *et.al.*, 2017). Kematian yang baik merupakan kematian alami yang terjadi ketika seseorang individu telah memenuhi tugas dan tanggung jawab pada keluarga. Kematian mendadak dan tanpa rasa sakit selama tidur dianggap sebagai kematian yang baik meliputi beberapa kriteria seperti meminimalkan ketidaknyamanan fisik, pemenuhan pribadi dan keluarga, dan kematian dikelilingi oleh orang yang dicintai (Cha *et.al.*, 2021).

Hasil wawancara pada saat dilakukan penelitian, informan memberikan perawatan akhir kehidupan meliputi manajemen nyeri pada pasien mengalami nyeri menjelang kematian, perawat menangani nyeri dengan melakukan tindakan nonfarmakologi dan farmakologi. Nonfarmakologi perawat melakukan perubahan posisi, kompres, dan relaksasi napas dalam, sedangkan untuk skala nyeri yang lebih tinggi dilakukan tindakan pemberian obat analgesik sesuai resep dari dokter penanggung jawab pasien. Perawatan akhir kehidupan diruang *intensive* saat

pasien masuk diberikan inform consent mengenai tindakan yang akan diberikan ketika pasien mengalami perburukan. Menjelaskan tindakan yang akan diberikan hingga kerisiko terburuk yang akan terjadi saat dilakukannya tindakan, menanyakan kepada keluarga apakah ingin dilakukan tindakan bantuan hidup yang maksimal saat pasien mengalami perburukan. Dalam melaksanakan perawatan ini keluarga dilibatkan dalam proses pendampingan keluarga pasien diruangan sebagai bentuk dukungan dari orang terdekat dan juga terdapat pendampingan spiritual dari rohaniawan sesuai dengan agama keyakinan. Hal itu dilakukan sebagai bentuk memenuhi kebutuhan pendampingan psikososial pasien baik dari orang terdekat maupun memenuhi kebutuhan spiritual pasien untuk mendekatkan diri kepada Tuhan menjelang kematian melalui bimbingan rohaniawan. Beberapa kondisi kematian yang damai yang selama ini perawat temui diruangan. Pasien yang didampingi oleh keluarganya diberikan dukungan, didoakan saat menjelang kematian untuk dibimbing mendekatkan diri kepada Tuhan di akhir kehidupannya. Selain itu pasien yang sudah terpenuhi keinginannya dimana beberapa pasien menitipkan pesan kepada perawat untuk di sampaikan pada pihak keluarga setelah meninggal, dimana pasien tidak mau pesan ini disampaikan sendiri atau disampaikan sebelum pasien meninggal.

2. Tema Kedua : Respon Setelah Kematian

Memberikan perawatan akhir kehidupan dapat melelahkan secara emosional dan psikologis dan dapat mempengaruhi kesehatan perawat seperti menyebabkan kelelahan. Perawat perlu mengontrol emosinya saat memberikan perawatan akhir kehidupan diruang perawatan *intensive*. Diharapkan perawat dapat mencapai kontrol emosi yang stabil sebelum memberikan asuhan perawatan akhir kehidupan. Sehingga perawatan dapat berjalan dengan lancar. Penggunaan strategi koping, strategi meningkatkan rasa humor dengan rekan kerja, untuk mengurangi tekanan dalam proses memberikan perawatan akhir kehidupan. Setelah memberikan perawatan akhir kehidupan, perawat akan lebih bersyukur atas kondisi kesehatan mereka saat ini. Berterimakasih kepada tuhan atas kehidupan

sendiri dan pasien. Jika perawatan akhir kehidupan yang diberikan sangat bermanfaat bagi akhir hayat pasien, perawat merasa puas dengan perawatan yang berhasil diberikan dan memahami bahwa perawatan akhir kehidupan adalah cara terbaik bagi pasien untuk menghadapi akhir hayat (Palareti *et.al.*, 2016).

Perawat rumah sakit pada perawatan kritis sering mengalami tekanan pada pasien yang sekarat hingga pasien yang meninggal di ruangan. Kematian pasien merupakan salah satu stressor paling umum dilingkungan klinis, perawat tidak dapat mengekspresikan perasaan dan mengevaluasi emosional yang terjadi pada mereka dan teman sejawat. Perawat memiliki kekecewaan, tidak mampu dan tertekan dalam merawat dan mendukung pasien yang kritis. Perawat dengan persepsi kematian yang negatif lebih cenderung mengalami keterbatasan pada perawatan akhir kehidupan dan dukungan. Sebaliknya perawat dengan persepsi positif kematian akan tenang selama dalam memberikan perawatan pasien kritis dan ketika pasien akhirnya meninggal perawat akan merasa lega karena sudah memberikan perawatan yang sesuai hingga akhir hayat pasien. Perawat harus mengenali dan menangani persepsi kematian yang mendorong perawat untuk berpikir tentang sudut pandang mereka tentang kematian ini dapat menjadi mekanisme koping yang baik dan memungkinkan mereka untuk memberikan perawatan akhir kehidupan yang lebih baik (Park *et.al.*, 2020).

Beberapa perawat mengungkapkan perasaannya menghadapi kematian pasien dengan menangis, mereka mengatakan air mata jatuh dan menangis ketika pasien mereka meninggal. Perawat menyatakan merasa sedih, kasihan, empati, dan tersentuh ketika menghadapi kematian pasien. Perawat mengungkapkan kesedihan mereka dengan rasa kecewa dan kesal, kekecewaan mereka terkait dengan harapan mereka tentang kematian pasien (Betriana & Kongsuwan, 2020). Perawat yang memberikan perawatan akhir kehidupan diakui sebagai professional berisiko tinggi mengalami kelelahan karena tuntutan jenis perawatan dimana perawat dapat dengan mudah tertekan dan lelah selama

memberikan perawatan, mempertahankan semangat selama masa akhir kehidupan sangat penting untuk tetap profesional. Perawat yang bekerja merawat pasien orang tua sering mengalami pengalaman negatif, seperti emosional, tertekan dan stress terkait pekerjaan. Perasaan emosional terjadi saat melihat pasien yang menderita ketika dilakukan Resusitasi Jantung Paru salah satu tindakan langsung ke pasien yang menjadi pengalaman traumatik. pasien yang kesakitan dilakukan tindakan Resusitasi Jantung paru hingga akhirnya meninggal dapat meningkatkan rasa emosional perawat. Melihat penderitaan pasien memberikan kesempatan bagi perawat untuk mengubah dan memperbaiki kualitas pribadi dan profesional dalam bekerja, memungkinkan perawat berempati pada penderitaan pasien dan menghargai setiap keputusan yang ada (Liu & Chiang, 2017).

Menghadapi kematian pasien bagi perawat merupakan pertemuan yang sulit secara emosional. Mengatasi kematian yang buruk telah diperlihatkan bahwa perawat mengalami kelelahan kasih sayang dan kurangnya kepuasan dalam bekerja, yang dapat menyebabkan mengurangi kualitas perawatan akhir kehidupan yang diberikan pada pasien sekarat. Memahami tentang mekanisme koping yang digunakan oleh perawat untuk mengelola perasaan mereka terhadap kematian pasien. Memahami bagaimana perawat melalui kematian pasien penting untuk mencegah atau meminimalkan dampak psikologi dan emosional (Zheng *et.al.*, 2016). Proses berkabung perawat merupakan pengalaman merawat pasien sekarat hingga kematian dan ruang lingkup inti dari proses berduka perawat harus bisa menangani rasa empati dalam kematian maupun proses sekarat pasien. Perawat merasakan empati terhadap pasien menjelang ajal sebagai anggota keluarga atau kenalan, setelah mengenal pasien yang awalnya merasa ada jarak interaksi dengan mereka. Perawat berinteraksi dengan pasien dan menghasbiskan banyak waktu bersama dengan pasien. Sehingga bisa menjadi berteman. Perawat merasakan belas kasih dan empati terhadap pasien yang sekarat, dan mereka dapat memahami perasaan keluarga yang mengalami kehilangan anggota

keluarga segera terjadi. Di akhir kehidupan pasien yang sekarat akan menyentuh hati perawat, terlibat dalam kematian pasien yang bermakna bagi perawat (Yi, 2021).

Hasil wawancara pada saat dilakukan penelitian, informan mengatakan setelah kematian pasien mereka merasakan berbagai macam perasaan emosional. Meliputi rasa sedih, menyesal, dan kecewa perasaan itu muncul saat perawat merasa tidak puas atas perawatan yang telah mereka berikan kepada pasien. Perawat merasa sedih ketika melihat pasien yang meninggal dalam kondisi masih muda dan mereka teringat akan keluarga yang seumuran dengan pasien yang meninggal saat itu. Rasa menyesal dan kecewa yang dirasakan perawat seandainya saat pasien menjelang kematian bisa memberikan tindakan yang lebih. Disisi lain perawat juga merasa lega walaupun masih memiliki rasa sedih, ketika perawat sudah puas dalam memberikan perawatan pada pasien hingga pasien tersebut menjemput ajal. Pasien sudah mendapatkan hak yang seharusnya didapatkan dan sudah waktu atau takdir pasien tersebut untuk meninggal agar tidak lebih lama lagi dalam merasakan kesakitannya.

3. Tema Ketiga : Dukungan Fase Kehilangan dan Berduka

The Five Stage Of Grief merupakan penelitian yang dilakukan oleh Elizabeth Kubler Ross tentang lima tahap dalam berduka pasien-pasien yang memiliki penyakit mematikan dirumah sakit. Sebuah proses bagi mereka yang sedang berduka, kehilangan seseorang, tragedi, atau ketika didiagnosis penyakit berat. Elizabeth Kubler Ross membagi perilaku seseorang yang sedang berduka menjadi lima tahap, yaitu: Pertama penakalan dan pengasingan diri (*Denial*), dimana seseorang yang sedang berduka akan menyangkal bahwa kematian benar terjadi, dalam tahapan ini seseorang yang sedang berduka akan merasakan perasaan dengan kondisi yang sedang dialami. Setelah itu kemarahan (*Anger*), seseorang yang berada pada tahap ini mulai mempercayai kondisi yang sedang dialami dan membenarkan bahwa dia sedang berduka, timbul rasa marah terhadap diri sendiri keluarga dan lingkungan sekitar, target kemarahan pada tahap ini merupakan orang-orang yang berada disekitarnya yang

tidak mengalami apa yang dia rasakan. Selanjutnya tawar menawar (*Bargaining*), pada tahap ini seseorang yang sedang berduka melakukan tawar menawar kepada Tuhan, dokter, dan perawat, untuk keluar tetap bertahan hidup atau memeperpanjang waktu. Kemudian depresi (*Depression*), pada tahap ini sikap mati rasa atau tabah serta kemarahan akan erganti menjadi kehilangan, tahap ini merupakan tahapan yang paling berat karena seseorang yang berduka akan mengalami depresi yang buruk, seseorang menjadi pendiam menolak untuk dikunjungi menghabiskan waktu untuk menangis. Terakhir penerimaan (*Acceptance*) dimana seseorang yang sedang berduka menginginkan untuk sendiri menenangkan diri, perasaan sakit dan rasa hampir sudah tidak dirasakan lagi, pada tahap ini keluarga membutuhkan bantuan pengertian dan dukungan lebih banyak untuk lebih menerima kondisi yang terjadi (Qayuma, 2019).

Anggota keluarga yang mengalami penyesuaian berduka, pada awalnya keluarga merasa tidak percaya bahwa kematian benar terjadi. Keluarga menyangkal atas kenyataan bahwa pasien menderita penyakit mengancam jiwa yang menyebabkan kematian. Kerabat dekat akan mengalami emosional melewati tahap kemarahan. Ketika kemarahan, dendam, dan rasa bersalah dapat diatasi, kemudian keluarga akan melalui fase melepas kesedihan. Dukungan sosial yang kuat baik secara emosional maupun praktis yang terpenting saling berkomunikasi dalam hal mendorong dan membantu. Memberikan nasehat salah satu upaya meredakan kesedihan, merelakan kepergian pasien atas takdir Tuhan (Stroebe & Schut, 2017).

Memberikan dukungan moral pada keluarga yang ditinggalkan. Bagi perawat membutuhkan empati dan keterampilan khusus dalam memberikan perawatan. Salah satu aspek penting dari perawatan akhir kehidupan adalah kasih sayang, kepedulian, ketulusan, dan rasa syukur. Aspek ini penting selain melakukan manajemen nyeri yang mutlak diperlukan dalam perawatan akhir kehidupan (Anita, 2016). Berduka merupakan reaksi normal yang sebagian besar di alami oleh keluarga

setelah kematian pasien. Beberapa keluarga mengalami dukucita yang rumit selama berbulan-bulan hingga tahun, sering terlihat terutama pada anggota keluarga yang meninggal di ruang *intensive* (Downar *et.al.*, 2020).

Meningkatkan komunikasi selama perawatan akhir kehidupan dapat mengurangi kesedihan pada keluarga pasien yang telah meninggal di ruang *intensive*. Memberikan kesempatan untuk saling mengucapkan terimakasih dengan tim perawatan *intensive* karena dengan mereka pasien dan keluarga menghabiskan beberapa hari terakhir kehidupan yang sangat emosional. Tim perawatan *intensive* juga turut berbelasungkawa kepada keluarga atas kematian pasien serta memberikan dukungan kepada keluarga dalam menangani kondisi keluarga yang mengalami dukacita yang berat. Belasungkawa dari tim perawatan bermanfaat bagi proses berduka keluarga pasien. Membantu keluarga menerima rasa sakit dalam berkabung dan menerima dukungan-dukungan yang diberikan oleh tim perawatan dalam proses penerimaan kematian pasien, meringankan rasa kesedihan, kecemasan, dan dukacita yang berat. Berbelasungkawa merupakan cara sederhana untuk menyampaikan kepedulian dan perhatian berguna untuk kesejahteraan keluarga pasien yang berduka (Kentish Barnes *et.al.*, 2017).

Hasil wawancara saat dilakukan penelitian informan mengatakan ada beberapa keluarga yang histeris saat mengetahui pasien meninggal. Keluarga yang histeris dikarenakan belum bisa menerima sepenuhnya dan merasa kehilangan atas kematian pasien. Dalam kondisi ini perawat memberikan dukungan kepada keluarga yang sedang berduka dengan menenangkan keluarga pasien yang histeris. Perawat menanganinya dengan mengalihkan keluarga menganjurkan untuk duduk terlebih dahulu setelah itu memberikan pemahaman secara pelan-pelan terhadap kondisi yang terjadi pada pasien. Selain itu perawat juga berkerja sama dengan keluarga pasien yang lebih tenang untuk membantu dalam menenangkan anggota keluarganya yang histeris, karena keluarga terdekat yang lebih mengetahui sifat dan karakter keluarga yang histeris tersebut. Setelah

kematian pasien perawat juga memberikan dukungan dengan ikut berbelas sungkawa atas kematian pasien. Perawat menyampaikan kepada keluarga pasien untuk ikhlas agar pasien yang telah meninggal lebih tenang keluarga banyak berdoa ini sudah menjadi yang terbaik dari Tuhan. Memberikan dukungan kepada keluarga untuk semangat semoga pasien yang telah meninggal diberikan kelancaran jalannya. Agar keluarga lebih menerima keadaan yang telah terjadi bahwa hidup dan mati seseorang ada ditangan Tuhan.

C. Keterbatasan Penelitian

Peneliti memiliki keterbatasan saat melakukan penelitian dikarenakan masih dalam masa pandemi, wawancara dilakukan secara online melalui *whatsapp video call* dan untuk kontrak waktu dilakukan dengan informan melalui *chat whatsapp*. Saat melakukan penelitian peneliti mengalami kesulitan dalam menilai ekspresi dan bahasa tubuh para informan saat menjawab pertanyaan peneliti. Peneliti juga mengalami kendala jaringan internet pada beberapa informan.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian ini mendapatkan tiga tema yaitu tema pertama perawatan holistik sebelum kematian, tema kedua respon setelah kematian, tema ketiga dukungan fase kehilangan dan berduka.

Penelitian ini mendapatkan tiga tema yang menggambarkan makna hidup informan. Perawat dalam melaksanakan perawatan akhir kehidupan meliputi dengan memberikan perawatan holistik berupa kenyamanan pasien baik secara fisik maupun psikologis, serta memenuhi kebutuhan spiritual pasien selama proses perawatan hingga menuju akhir hayat. Setelah kematian pasien perawat membersihkan jenazah dan menyediakan fasilitas ruang jenazah. Respon emosional perawat dapat timbul saat pasien menghadapi ajal dan perawat *supprot sistem* keluarga setelah pagi meninggal dunia.

B. Saran

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Bagi tenaga kesehatan dapat mempertahankan pelayanan yang sudah diberikan selama ini agar kedepannya dapat meningkatkan kualitas perawatan akhir kehidupan lebih baik lagi

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit dapat meningkatkan fasilitas dan pelayanan yang diperlukan untuk menunjang kelancaran perawatan akhir kehidupan. Seperti ruang tunggu ICU harapannya bisa lebih dekat agar mudah dalam pemanggilan keluarga pasien saat dibutuhkan dan pelayanan rohani dari pihak rumah sakit diharapkan kedepannya dapat melakukan pelayanan rohani tidak hanya pada saat jam kerja saja.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menjelaskan bagaimana pengalaman keluarga yang mendampingi pasien menjelang kematian, karena pada penelitian ini peneliti menemukan pengalaman perawat yang melibatkan keluarga mendampingi pasien dalam proses perawatan akhir kehidupan.



DAFTAR PUSTAKA

- Anita, A. (2016). Perawatan Paliatif dan Kualitas Hidup Penderita Kanker. *Jurnal Kesehatan*, 7(3), 508. <https://doi.org/10.26630/jk.v7i3.237>
- Beckstrand, R. L., Mallory, C., MacIntosh, J. L. B., & Luthy, K. E. (2018). Critical Care Nurses' Qualitative Reports of Experiences with Family Behaviors as Obstacles in End-of-Life Care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(5), 251–258. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000310>
- Betrianana, F., & Kongsuwan, W. (2020). Grief reactions and coping strategies of Muslim nurses dealing with death. *Nursing in Critical Care*, 25(5), 277–283. <https://doi.org/10.1111/nicc.12481>
- Brahmani, Ida & Hartawan, I. G. (2019). Prevalensi Kematian Pasien Diruang Terapi Intensif Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Periode Januari-Desember 2015. *Jurnal Medika Udayana*, Vol. 8 No.12, Desember, 2019, 8(12), 1–5.
- Buness, M., Compton, R. M., Press, M., & Peternelj-Taylor, C. (2021). Are You Prepared for End-of-Life Care? A Content Review of Canadian End-of-Life Care Standards and Competencies for Saskatchewan. *Journal of Palliative Care*, 36(1), 38–45. <https://doi.org/10.1177/0825859720935231>
- Cha, E. S., Kim, J. S., Sohn, M. K., Lee, B. S., Jung, S. S., Lee, S. J., & Lee, I. (2021). Perceptions on good-life, good-death, and advance care planning in Koreans with non-cancerous chronic diseases. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 889–898. <https://doi.org/10.1111/jan.14633>
- Davies, N., Mathew, R., Wilcock, J., Manthorpe, J., Sampson, E. L., Lamahewa, K., & Iliffe, S. (2016). A co-design process developing heuristics for practitioners providing end of life care for people with dementia. *BMC Palliative Care*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0146-z>
- Demir, A., Sançar, B., Yazgan, E. Ö., Özcan, S., & Duyan, V. (2017). Intensive care and oncology nurses' perceptions and experiences with 'Futile medical care' and 'principles of good death' [Yoğun bakım ve onkoloji hemşirelerinin "yararsız tıbbi bakım" ve "iyi ölüm prensipleri" ile ilgili algıları ve deneyimleri]. *Türk Geriatri Dergisi*, 20(2), 116–124.

- Downar, J., Sinuff, T., Kalocsai, C., Przybylak-Brouillard, A., Smith, O., Cook, D., Koo, E., Vanderspank-Wright, B., & des Ordon, A. R. (2020). A qualitative study of bereaved family members with complicated grief following a death in the intensive care unit. *Canadian Journal of Anesthesia*, 67(6), 685–693. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01573-z>
- Fearon, D., Kane, H., Aliou, N., & Sall, A. (2019). Perceptions of palliative care in a lower middle-income Muslim country: A qualitative study of health care professionals, bereaved families and communities. *Palliative Medicine*, 33(2), 241–249. <https://doi.org/10.1177/0269216318816275>
- Gafaar, T. O., Pesambili, M., Henke, O., Vissoci, J. R. N., Mmbaga, B. T., & Staton, C. (2020). Good death: An exploratory study on perceptions and attitudes of patients, relatives, and healthcare providers, in northern Tanzania. *PLoS ONE*, 15(7 July), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233494>
- Gusmano, M. K., Rodwin, V. G., Weisz, D., Cottenet, J., & Quantin, C. (2021). Variation in end-of-life care and hospital palliative care among hospitals and local authorities: A preliminary contribution of big data. *Palliative Medicine, Dim*. <https://doi.org/10.1177/02692163211019299>
- Icu, R. (2021). *Pengalaman perawat dalam merawat pasien fase end of life di ruang icu*. 3(1), 29–42.
- Imardiani., A. H. dan Y. A. M. (2020). Pengaruh Terapi Aurasoma Terhadap Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit. *Jurnal Keperawatan BSI*, VIII(1), 8–15.
- Irwan. (2017). *ETIKA DAN PERILAKU KESEHATAN*. Yogyakarta: CV. Absolute Media.
- Jang, S. K., Park, W. H., Kim, H. I., & Chang, S. O. (2019). Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 52, 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.007>
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Champigneulle, B., Thirion, M., Souppart, V., Gilbert, M., Lesieur, O., Renault, A., Garrouste-Orgeas, M., Argaud, L., Venot, M., Demoule, A., Guisset, O., Vinatier, I., Troché, G., Massot, J.,

- Jaber, S., Bornstain, C., Gaday, V., ... Azoulay, E. (2017). Effect of a condolence letter on grief symptoms among relatives of patients who died in the ICU: a randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 473–484. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4669-9>
- Lau, C., Stilos, K., Nowell, A., Lau, F., Moore, J., & Wynnychuk, L. (2018). The Comfort Measures Order Set at a Tertiary Care Academic Hospital: Is There a Comparable Difference in End-of-Life Care Between Patients Dying in Acute Care When CMOS Is Utilized? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(4), 652–663. <https://doi.org/10.1177/1049909117734228>
- Lee, H. J., Small, B. J., & Haley, W. E. (2020). Health and Well-Being in the Year before Death: The Association with Quality of Life and Care at the End-of-Life. *Journal of Aging and Health*. <https://doi.org/10.1177/0898264320935297>
- Leuna, C. F. M. (2018). Studi Fenomenologi Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Dengan Penyakit Terminal Di Ruang Icu Rumah Sakit Advent Bandung. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 4(2), 78–103.
- Lewis, E. G., Oates, L. L., Rogathi, J., Duinmaijer, A., Shayo, A., Megiroo, S., Bakari, B., Dewhurst, F., Walker, R. W., Dewhurst, M., & Urasa, S. (2018). We never speak about death. Healthcare professionals' views on palliative care for inpatients in Tanzania: A qualitative study. *Palliative and Supportive Care*, 16(5), 566–579. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000748>
- Liu, Y. C., & Chiang, H. H. (2017). From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 31, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.09.002>
- Mardiono, S. (2018). Tingkat Kecemasan Keluarga terhadap Perubahan Status Kesehatan pada Pasien Kritis di Ruang Rawat Inap Intensif Care Unit (ICU) Rumah Sakit Pelabuhan Palembang Tahun 2017. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 2, 121–139.
- Morissan. (2019). *Riset Kualitatif* (1st ed.). Jakarta: Kencana.
- Napitupulu, D. L. (2014). Penerapan Teori Peaceful End Of Life dan Pengkajian

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Dalam Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Kanker Kolon di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta. *Keperawatan, Penerapan Teori Peaceful End Of Life dan Pengkajian Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Dalam Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Kanker Kolon di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta*, 32–34.

National Health Service. (2010). Holistic common assessment. *Strategy*, 32. file:///Users/owner/Downloads/holistic_common_assessment (1).pdf

Nursalam. (2020). *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.

Palareti, G., Legnani, C., Cosmi, B., Antonucci, E., Erba, N., Poli, D., Testa, S., & Tosetto, A. (2016). Comparison between different D-Dimer cutoff values to assess the individual risk of recurrent venous thromboembolism: Analysis of results obtained in the DULCIS study. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>

Park, H. J., Lee, Y. M., Won, M. H., Lim, S. J., & Son, Y. J. (2020). Hospital nurses' perception of death and self-reported performance of end-of-life care: Mediating role of attitude towards end-of-life care. *Healthcare (Switzerland)*, 8(2). <https://doi.org/10.3390/healthcare8020142>

Qayuma. (2019). *Tahapan Kedukaan Elizabet Kubler Ross*. Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Dakwah dan Ilmu Komunikasi. Universitas Islam Negeri Syarie Hidayatullah. Jakarta

Rajdev, K., Loghmanieh, N., Farberov, M. A., Demissie, S., & Maniatis, T. (2020). Are Health-Care Providers Well Prepared in Providing Optimal End-of-Life Care to Critically Ill Patients? A Cross-Sectional Study at a Tertiary Care Hospital in the United States. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(10), 1080–1094. <https://doi.org/10.1177/0885066618811794>

Rezki, I. M., Lestari, D. R., & Setyowati, A. (2017). Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit. *Dunia Keperawatan*, 4(1), 30. <https://doi.org/10.20527/dk.v4i1.2538>

Rosida, L., Imardiani, I., & Wahyudi, J. T. (2019). Pengaruh Terapi Relaksasi

- Autogenik Terhadap Kecemasan Pasien Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Pusri Palembang. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 3(2), 52. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v3i2.1842>
- Safitri, A., Trisyani, Y., & Anna, A. (2016). *Pengalaman Perawat Icu dalam Perawatan End Of Life: Review Literatur*. 9–25.
- Sarafi, S., Forouzi, M. A., & Tirgari, B. (2020). Priorities of palliative care: Comparison of perspectives of patients and nurses in a haemodialysis ward in Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 26(1), 22–31. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.1.22>
- Shatri, H., Faisal, E., Putranto, R., & Sampurna, B. (2020). Advanced Directives pada Perawatan Paliatif. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 7(2), 125. <https://doi.org/10.7454/jpdi.v7i2.315>
- Smith, A. K., Periyakoil, V. S., Francisco, S., Francisco, S., Affairs, V., Francisco, S., Health, P., & Seymour, J. (2019). *HHS Public Access*. 66(5), 856–858. <https://doi.org/10.1111/jgs.15321>.Should
- Stroebe, M., & Schut, H. (2017). *Cautioning Health-Care Professionals: Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief*. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Sugiyono. (2020). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Suwardianto, H. (2018). *Manajemen Pencegahan Kerusakan Fungsi Fisik, Fungsi Kognitif, dan Kecemasan Pada Pasien Kritis*. Kediri: Lembaga Chakra Brahmanda Lentera.
- Suwardianto, H., & Astuti, V. W. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Kritis: Pendekatan Evidence Base Practice Nursing*. Kediri: Chakra Brahmanda Lentera.
- Suwardianto, H., & Sari, D. A. K. W. (2019). *Sleep Hygiene, Strategi Mengurangi Tingkat Nyeri Pasien Kritis*. Kediri: Chakra Brahmanda Lentera.
- Waller, A., Dodd, N., Tattersall, M. H. N., Nair, B., & Sanson-Fisher, R. (2017). Improving hospital-based end of life care processes and outcomes: a systematic review of research output, quality and effectiveness. *BMC*

- Palliative Care*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0204-1>
- Wulandari, Sherly (2019). "Pengalaman Orang Tua Dalam Merawat Anak Yang Pernah Terkena Demam Berdarah Dengue (DBD) Pada Anak Usia 6-12 Tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Air Putih Samarinda. Ilmu Keperawatan. ITKES Wiyata Husada Samarinda. Samarinda
- Yi, M. J. (2021). The Process of Accepting Patient Deaths among Korean Nurses: Grieving over Dying. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 24(1), 56–65. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.1.56>
- Yusuf, Z. K., & Rahman, A. (2019). Pengaruh Stimulasi Al-Qur'an Terhadap Glasgow Coma Scale Pasien Dengan Penurunan Kesadaran di Ruang ICU. *Jambura Nursing Journal*, 1(1), 44–47. <https://doi.org/10.37311/jnj.v1i1.2073>
- Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2016). How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013>



LAMPIRAN

Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda

PEDOMAN WAWANCARA

Judul :

Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Perawatan Akhir Kehidupan Pada Pasien Kritis

Waktu Pelaksanaan

Hari/tanggal :

Jam :

Durasi :

Data Demografi

Insial :

Usia :

Lama bekerja :

Pendidikan Terakhir :

PERTANYAAN WAWANCARA

No	Pertanyaan	Probing
1	Bagaimana pengetahuan bapak/ibu terkait perawatan akhir kehidupan ?	<ul style="list-style-type: none">• Apakah bapak/ibu mengetahui mengenai perawatan akhir kehidupan ?• Bagaimana menurut pendapat bapak/ibu mengenai perawatan akhir kehidupan ?• Adakah selama ini standar prosedur operasional terkait pemberian perawatan akhir kehidupan (<i>palliative care</i>) ?• Menurut bapak/ibu bagaimana tanda-tanda pasien yang menjelang akhir kehidupan ?
2	Bagaimana pengalaman bapak/ibu dalam memberikan perawatan akhir kehidupan ?	<ul style="list-style-type: none">• Menurut bapak/ibu kapan pasien mulai diperlakukan khusus karena dalam kondisi menjelang kematian ?• bagaimana bapak/ibu memperlakukan pasien saat sudah dalam kondisi menjelang kematian ?• Bagaimana perbedaan perawatan yang diberikan pasien menjelang kematian dengan pasien lainnya ?• Bagaimana cara bapak/ibu memberikan kenyamanan pada pasien menjelang kematian ?• Bagaimana cara bapak/ibu dalam menangani

	<p>rasa nyeri atau gejala lain pada pasien menjelang kematian ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bagaimana cara bapak/ibu dalam membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien dalam kondisi menjelang kematian ? • Bagaimana cara bapak/ibu melibatkan keluarga dalam proses perawatan ? • Bagaimana cara bapak/ibu menyampaikan kondisi pasien menjelang kematian pada pasien dan keluarga ? • Apa saja yang bapak/ibu sampaikan pada keluarga dan mengenai pasien menjelang kematian? • Apakah selama ini pasien dalam kondisi menjelang kematian keluarga di perbolehkan untuk mendampingi ? • Berapa orang keluarga pasien yang di ijinakan untuk mendampingi dan berapa lama ? • Apa saja yang dilakukan keluarga selama menemani pasien di ruangan?
3	<p>Apa yang bapak/ibu lakukan setelah pasien meninggal ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bagaimana bapak/ibu dalam memberikan perawatan pada pasien setelah kematian ? • Selama ini adakah keluarga yang hiteris saat pasien meninggal ? • Bagaimana cara bapak/ibu untuk mengatasi hal tersebut? • Selama ini adakah ruangan khusus yang disiapkan untuk pasien dengan keluarga saat fase berduka ? <ul style="list-style-type: none"> • Menurut bapak/ibu ruangan ini dibutuhkan atau tidak ? • Setelah pasien meninggal bapak/ibu menemui keluarga pasien atau sebaliknya ? • apa saja yang disampaikan dengan keluarga pasien ? • bagaimana cara bapak/ibu dalam memberikan dukungan pada keluarga pasien yang sedang berduka ?
4	<p>Bagaimana pemahaman bapak/ibu setelah memberikan perawatan akhir kehidupan dan harapan kedepannya mengenai perawatan akhir kehidupan ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menurut bapak/ibu perawatan akhir kehidupan penting untuk diberikan kedepannya ? • Bagaimana perasaan bapak/ibu ketika tidak dapat memberikan perawatan yang cukup setelah pasien meninggal ? • Menurut bapak/ibu perawatan akhir kehidupan yang selama ini diberikan sudah cukupkah ? • Menurut bapak/ibu sebagai perawat intensive seharusnya perawatan seperti apa yang diberikan kepada pasien ? (Ketika perawat mengatakan belum cukup dalam memberikan perawatan) • Apakah bapak/ibu pernah berdiskusi dengan dokter atau tenaga medis lainnya terkait perawatan akhir kehidupan ? • Menurut bapak/ibu yang selama ini

menghambat perawatan akhir kehidupan tidak dapat diberikan dengan maksimal ?

- Menurut bapak/ibu kematian seperti apa yang termasuk kedalam kematian yang damai ?
 - Bagaimana perasaan bapak/ibu ketika sudah cukup dalam memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien ?
 - Menurut bapak/ibu penting untuk meningkatkan kualitas perawatan akhir kehidupan ke depannya ?
 - Bagaimana harapan bapak/ibu mengenai perawatan akhir kehidupan yang seperti apa ?
 - Menurut bapak/ibu pelatihan seperti apa yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas perawatan akhir kehidupan ?
-



Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, maka dengan ini saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Usia :
Jenis Kelamin :
Pendidikan :

Menyatakan bersedia berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian yang berjudul:

Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Perawatan Akhir Kehidupan Pada Pada Pasien Kritis

Saya mengerti dan memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan bagi saya, serta segala informasi yang saya berikan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Oleh karena itu saya akan memberikan jawaban yang sebenarnya.

Saya juga berharap pada hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi semua kalangan baik perawat, pihak pendidikan, pihak rumah sakit dan lainnya, oleh karena itu jawaban yang akan saya berikan adalah sebenarn-benarnya.

Samarinda, April 2021

Partisipan,

(.....)

Lampiran 3

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth,

Calon Partisipan

Di-

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ulfah Ayu Adilah

NIM : 17.063.063.01

Judul Penelitian : Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Perawatan Akhir kehidupan Pada Pasien Kritis

Penelitian ini akan melakukan wawancara selama 30-40 menit, dilakukan 1 sampai 2 kali pertemuan, tempat penelitian sesuai dengan kesepakatan antara peneliti dan partisipan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis di ruang *Intensive* RSUD Aji Muhammad Parisekit Tenggarong. Penelitian ini mempunyai keuntungan bagi partisipan yaitu mendapatkan informasi mengenai perawatan akhir kehidupan baik kebutuhan maupun hambatan dalam memberikan perawatan akhir kehidupan, serta bagaimana perawatan yang akan diberikan pada pasien kritis sebelum dan sesudah kematian. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang membahayakan bagi partisipan yang memberikan perawatan akhir kehidupan serta yang bersedia menjadi partisipan. Informasi yang telah didapatkan dari partisipan akan dijaga kerahasiaannya, dan apabila partisipan merasakan ketidaknyamanan selama proses penelitian berlangsung, maka partisipan berhak untuk berhenti dalam jalannya wawancara tanpa dikenai sanksi apapun.

Jika terdapat suatu yang terjadi dan menimbulkan kerugian dari kegiatan wawancara dan jika suatu perihal yang ingin disampaikan, mohon menghubungi *contact person* dibawah ini:

Ulfah Ayu Adilah	0821-5462-3419
Ns. Annisa Ain., S.Kep.,M.Kep	0821-5110-1001
Ns. Kiki Hardiansyah., S.Kep.,M.Kep.Sp.Kep.MB	0811-1988-208

Samarinda, April 2021

Peneliti

Ulfah Ayu Adilah



Lampiran 4: Surat Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

itkeswhs
itkeswhs
www.itkeswhs.ac.id
info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : 060 /ITKES-WHS/LT/2021
Lampiran : -
Hal : Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan data
13 Januari 2021

Kepada Yth.
Direktur RSUD.Aji Muhammad Parikesit Tenggarong
Cq. Diklit RSUD.Aji Muhammad Parikesit Tenggarong
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 :
NIM : 1706106311111
Semester : V
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Persepsi perawat terhadap perawatan akhir Kehidupan pada pasien kritis di Ruang intensive : Studi Fenomenologi**

Kami tidak akan menginformasikan/menyebarluaskan data yang kami peroleh tanpa seijin pihak rumah sakit Puskesmas/Instansi bapak/ibu.
Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,

Sulistyorini, S.ST., M.Keb
NIK 114104.87.13.07



"Hold The Future Now"

Lampiran 5: Surat Jawaban Permohonan Izin Studi Pendahuluan

	PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT Jalan Ratu Agung No.1 Tenggarong Seberang ☎ (0541) 661013–661015 Kode Pos 75516 Website : www.rsamp.kukarkab.go.id E-mail : rsudamparikesit@yahoo.com	
Tenggarong Seberang, 07 Desember 2020		
Nomor : 445 / 7577 / 070 / XII / 2020	Kepada	
Lampiran : -	Yth. Wakil Rektor 1 Institut	
Perihal : Jawaban Permohonan Izin Penelitian	Teknologi Kesehatan dan Sains	
	Wiyata Husada Samarinda	
	di –	
	Samarinda	

Menindaklanjuti Surat dari Wakil Rektor I, Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda Nomor 1689/ITKES-WHS/LT/2020 tanggal 16 November 2020 tentang Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data dari Mahasiswa, atas nama:

Nama : Ulfah Ayu Adilah
NIM : 1706306301
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : Persepsi perawat terhadap perawatan akhir kehidupan pada pasien kritis di Ruang intensive : Studi Fenomenologi

Maka, bersama ini kami bermaksud untuk mengkonfirmasi bahwa pada prinsipnya RSUD Aji Muhammad Parikesit bersedia menerima permohonan yang dimaksud, dengan beberapa ketentuan sebagai berikut:



1. Data yang diambil sesuai dengan dengan keadaan dilapangan dan disetujui oleh Kepala Ruangan.
2. Kegiatan tersebut tidak mengganggu fungsi pelayanan yang ada di RSUD A.M. Parikesit.
3. Mahasiswa tersebut sanggup mematuhi dan mentaati peraturan yang berlaku di RSUD A.M. Parikesit
4. Setelah selesai melakukan penelitian, mahasiswa melapor ke Bagian Pengembangan, Cq. Sub Bag. Diklit dan Kerjasama

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

Plt. Direktur,


dr. Martina Yulianti, Sp. PD, FINASIM., M.Kes(MARS)
Pembina Utama Muda
NIP 1971071 2200012 2 002

Lampiran 6: Surat Jawaban Permohonan Izin Penelitian

	PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT Jalan Ratu Agung No.1 Tenggarong Seberang ☎ (0541) 661013–661015 Website : www.rsamp.kukarkab.go.id E-mail : rsudamparikesit@yahoo.com	
Tenggarong Seberang, 14 Januari 2021		
Nomor : P-0266/RSAMP/PENG/070/1/2021	Yth. Kepada	Wakil Rektor I, Institut
Lampiran : -		Teknologi Kesehatan Wiyata
Perihal : <u>Balasan Surat Permohonan Izin Penelitian Mahasiswa</u>		Husada Samarinda
		Di
		- Tempat

Menindaklanjuti Surat dari Wakil Rektor I, Institut Teknologi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda Nomor : 060/ITKES-WHS/LT/2021 tanggal 13 Januari 2021 tentang Permohonan Izin Penelitian Mahasiswa atas nama:


Nama : Ulfah Ayu Adilah / 0121 R M 808
NIM : 1706306301
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : Persepsi perawatn terhadap perawatn akhir Kehidupan pada pasien kritis di Ruang intensive : Studi Fenomenologi di RSUD A.M. Parikesit Tenggarong Seberang.

Maka, bersama ini kami bermaksud untuk mengkonfirmasi bahwa pada prinsipnya RSUD Aji Muhammad Parikesit bersedia menerima permohonan yang dimaksud, dengan beberapa ketentuan sebagai berikut:

1. Data yang diambil sesuai dengan dengan keadaan dilapangan dan disetujui oleh Kepala Ruangan.
2. Kegiatan tersebut tidak mengganggu fungsi pelayanan yang ada di RSUD A.M. Parikesit.
3. Mahasiswa tersebut sanggup mematuhi dan mentaati peraturan yang berlaku di RSUD A.M. Parikesit
4. Setelah selesai melakukan penelitian, mahasiswa melapor ke Bagian Pengembangan, Cq. Sub Bag. Diklit dan Kerjasama

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

Plt. Direktur,


dr. Martina Yulianti, Sp.PD. FINASIM, M.Kes (MARS)
Pembina Utama Muda

Lampiran 7: Verbatim Penelitian

Tema 1 : Perawatan Holistik Sebelum Kematian

I	Verbatim	Kategori
I2	<p>P: terus penanganan yang ibu berikan untuk mengatasi nyeri dan gejala ini seperti apa bu ?</p> <p>I2: melakukan perubahan posisi... dikasi kompres,... kita relaksasi napas. Obat sesuaikan dari DPJP, dari kita usul ke dokter... (I2 Line, 58-67)</p>	Menajemen Nyeri
I4	<p>P: cara ibu menangani rasa nyeri dan gejala pada pasien seperti apa bu ?</p> <p>I4: penanganan nyerinya... rileksasi napas dalam... kasi kompres atur posisinya gimana enakya... biasanya cenderung ke struk, itu obat anti nyerinya di kasi PCT paracetamol... pasien post op ada analgetiknya kaya Cetorolax atau tamadol atau morfin.(I4 Line, 60-84)</p>	
I5	<p>P: cara ibu menangani rasa nyeri dan geala pada pasien seperti apa bu ?</p> <p>I5: ...kami motivasi lebih ke nonfarmakologi suru tarik napas dalam atau perubahan posisi, ...tidak sadar terpasang alat nyata sudah kita kasi obat anastesi... (I5 Line, 69-84)</p>	
I2	<p>P: kalo pelibata keluarga dalam proses perawatan akhir kehidupan bagaimana bu ?</p> <p>I2: ...keluarga hanya mendampingi terus mendoakan... (Line, 82-84)</p>	Pendampingan Keluarga
I5	<p>P: selama ini keluarga boleh kah ibu masuk untuk mendampingi pasien diruangan ?</p> <p>I5: ...kami telfon suru damping, kalo DNR kami suru keluarga bantu zikirkan... (Line, 110-119)</p>	
I6	<p>P: kalo pelibatan keluarga dalam proses perawatan seperti apa pak ?</p>	

	I6: ...melibatkan keluarga itu dalam hal... ngasi dukungan sama support ke pasien. (I6 Line, 162-165)	
I8	<p>P: kalo pelibatan keluarga dalam proses dalam proses perawatan seperti apa bu ?</p> <p>I8: ...kami panggil... jadi kalo keluarga ke pingin mendoakan atau mengasih motivasi kami kasi kesempatan disamping pasien... (I8 Line, 152-165)</p>	
I1	<p>P: bagaimana cara ibu memenuhi kebutuhan spiritual pasien ?</p> <p>I1: pelayanan rohani kalo untuk spiritual... (I1 Line, 79-91)</p>	Pemenuhan Kebutuhan Spiritual
I2	<p>P: terus bagaimana cara ibu memenuhi kebutuhan spirtuual pasien ?</p> <p>I2: ...ada petugas khusus untuk pelayanan kerohaniaan... (I2 Line 70-79)</p>	
I3	<p>P: bagaimana cara ibu memenuhi kebutuhan spiritual pasien ?</p> <p>I3: ada keluarga mau mendengarkan doa-doa untuk pasiennya memasang spiker kita fasilitasi... ikutkan pelayanan kerohanian, (I3 Line, 95-105)</p>	
I5	<p>P: untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien seperti apa bu ?</p> <p>I5: Kita ingatkan dizikirkan kalo islam, kalo kristen ku bilangi ke pasien buat ingat pada tuhan yesus.. (I5 Line, 95-107)</p>	
I6	<p>P: bagaimana untuk memenuhi kebutuha spiritual pasien ?</p> <p>I6: ...menawarkan pelayanan rohani ada agama islam hindu budha kemudian kristen... kalo dari keluarga... mau mendoakan sendiri kami persilahkan. (I6 Line, 142-159)</p>	
I7	<p>P: untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien seperti apa bu ?</p>	

I7: ...kami persilahkan keluarga untuk membawa rohaniawan dari luar atau kami fasilitasi dari rumah sakit. (I7 Line, 82-88)

Tema 2 : Respon Setelah Kematian

Subtema 1 : Pemusalaran Jenazah

I	Verbatim	Kategori
I1	<p>P: setelah pasien meinggal perawatan seperti apa yang diberikan bu ?</p> <p>I1: ...kalo kami dirapikan gantikan pampers, lepasai alat-alat yang terpasang dibantu ikat tangan sama kaki... (I1 Line, 129-133)</p>	Perawatan Jenazah
I2	<p>P: kalo perawatan yang diberikan setelah pasien meingga; seperti apa bu ?</p> <p>I2: ...dilepasin infus terus peralatan yang terpasang. (I2 Line, 118-119)</p>	
I4	<p>P: setelah pasien meningal bu perawatan seperti apa yang diberikan ?</p> <p>I4: ...mengikat pasien, kita lepas infus... melepas alat-alat inkubasi pada pasien... (I4 Line, 143-151)</p>	
I8	<p>P: setelah pasien meningal bu perawatan seperti apa yang diberikan ?</p> <p>I8: ...keluarga sudah ihklas kami lepasi alat-alatnya bersihkan badannya pempresnya mukanya... (I8 Line, 210-218)</p>	
I3	<p>P: selama ini adakah ruangan khusus disediakan untuk keluarga dengan pasien yang baru meninggal bu ?</p> <p>I3: ...kalo sudah dinyatakan meninggal, langsung dibawa ke kamar jenazah. (I3 Line, 149-152)</p>	Memfasilitasi Ruang Jenazah
I6	<p>P: selama ini adakah ruangan khusus pak untuk</p>	

	<p>pasien yang baru meninggal dengan keluarga yang berduka ?</p> <p>I6: pasien yang meninggal langsung diambil sama petugas jenazah dan keluarga pasien langsung diarahkan kesana, disana sudah ada tempat yang disiapkan untuk keluarga pasien berkumpul berdoa bisa sambil disholatkan disitu... (I6 Line, 228-232)</p>
I8	<p>P: selama ini adakah ruangan khusus pak untuk pasien yang baru meninggal dengan keluarga yang berduka ?</p> <p>I8: DiICU pasien sudah meninggal langsung dibawa ke ruang jenazah... (Line, 254-260)</p>

Tema 2 : Respon Setelah Kematian

Subtema 2 : Emosional Perawat Setelah Kematian Pasien

I	Verbatim	Kategori
I1	<p>P: terus bagaimana perasaan ibu saat ketika merasa tidak cukup dalam memberikan perawatan setelah pasien meninggal ?</p> <p>I1: sedih, apa lagi kalo pasiennya itu usia yang masih muda... baru melahirkan tapi memang kondisi penyakitnya berat. (I Line, 177-181)</p>	Respon Negatif
I5	<p>P : bagaimana perasaan ibu saat ketika merasa tidak cukup dalam memberikan perawatan setelah pasien meninggal ?</p> <p>I5: sedih namanya kita manusia juga mba ya... kita ga tau baru aja ada sedetik kita datang situ, ternyata pasiennya dah lewat gitu ada penyesalan banget. (I4 Line, 204-209)</p>	
18	<p>P : bagaimana perasaan ibu saat ketika merasa tidak cukup dalam memberikan perawatan setelah pasien</p>	

	<p>meninggal ?</p> <p>18 : ...selama ini ada sedih, pasti namanya kita bekerja... (18 Line, 292-295)</p>	
I3	<p>P: selanjutnya bagaimana perasaan ibu saat ketika merasa tidak cukup dalam memberikan perawatan setelah pasien meninggal ?</p> <p>I3: ...ada perasaan tidak puas artinya kita tidak bisa memenuhi kewajiban sebagai petugas sebagai perawat (I3 Line, 187-190)</p>	
I6	<p>P: bagaimana perasaan bapak saat ketika merasa tidak cukup dalam memberikan perawatan setelah pasien meninggal ?</p> <p>I6: terpikir-pikir, kadang menyesal seandainya tadi gini-gini, kadang ada begitu... (16 Line, 261-263)</p>	
I7	<p>P: bagaimana perasaan ibu saat ketika merasa tidak cukup dalam memberikan perawatan setelah pasien meninggal ?</p> <p>I7: ...ada rasa kekecewaan, dimana kita harusnya bisa memberikan perawatan yang lebih dari itu. (I7 Line, 162-163)</p>	
I2	<p>P: nah sekarang kalo ibu sudah merasa cukup dalam memberikan perawatan perasaan ibu bagaimana ?</p> <p>I2: tetap masi ada sedihnya... tapi juga senang maksudnya kita sudah kasi yang maksimal tapi memang kondisinya tidak baik, jadi di ikhlaskan saja. (Line, 245-249)</p>	
I3	<p>P: sekarang kalo ibu sudah merasa cukup dalam memberikan perawatan perasaan ibu bagaimana ?</p> <p>I3: perasaan kita sedih ya, yang kita laksanakan berikan kalo pasiennya berakhir dengan kematian... (I3 Line, 250-262)</p>	Respon positif

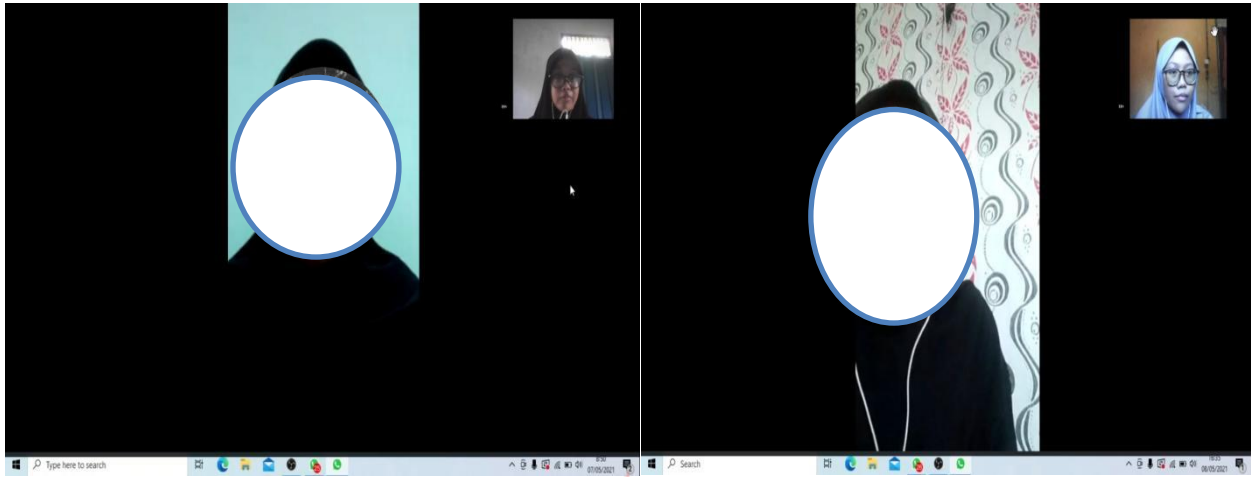
I4	<p>P: kalo ibu sudah merasa cukup dalam memberikan perawatan perasaan ibu bagaimana ?</p> <p>I4: tetap sedih mba namanya kita berharap pasien kedepannya lebih baik lagi kondisinya... (I4 Line, 246-255)</p>
I7	<p>P: selanjutnya bagaimana perasaan ibu ketika marasa cukup dalam memberikan perawatan tetapi pasien tersebut tetap meninggal pada akhirnya ?</p> <p>I7 : Berati itu sudah takdirnya karna... keadaan pasien sudah harus dijemput, berati memang sudah memang waktunya untuk di jemput... ya ada sedih juga masi. (I7 Line, 203-208)</p>
I6	<p>P: nah sekarang bagaimana perasaan bapak ketika marasa cukup dalam memberikan perawatan tetapi pasien tersebut tetap meninggal ?</p> <p>I6: lega jadi pasien mendapatkan hak yang seharusnya didapatkan dari kita, namun takdir berkata lain (Line, 321-322)</p>
I8	<p>P: selanjutnya bagaimana perasaan ibu saat ketika marasa cukup dalam memberikan perawatan setelah pasien meninggal ?</p> <p>I8: ...kita sudah lega puas karna apa yang kita kerjakan sesuai dengan niat dan sudah sesuai dengan prosedur. (Line, 371-376)</p>

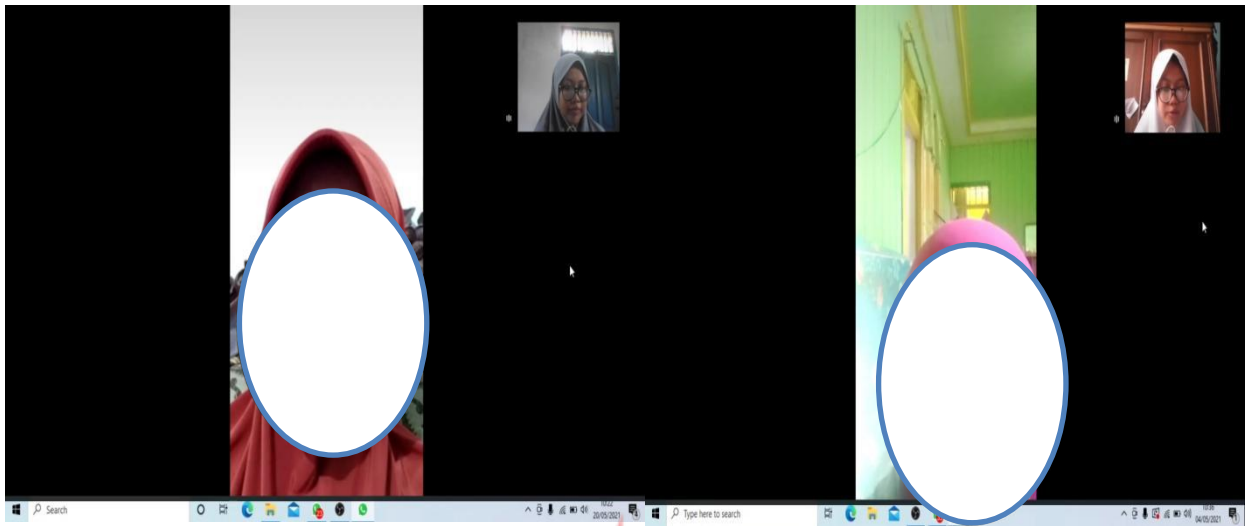
Tema 3 : Dukungan Fase Kehilangan dan berduka

I	Verbatim	Kategori
I2	<p>P: selanjutnya bagaimana cara ibu memeberikan dukungan pada keluarga dalam kondisi berduka ?</p> <p>I2: ...keluarga mohon diikhlasakan, supaya pasien juga lebih tenang kita doakan ini sudah jadi yang terbaik dari tuhan...</p>	

	(I2 Line, 166-169)	
I3	<p>P: dukungan yang seperti apa ibu berikan pada keluarga yang sedang berduka ?</p> <p>I3: ...dalam islam tidak boleh menangisi sampai berlebihan, semua yang sudah ditetapkan sama tuhan tidak bisa kita lawan. (I3 Line, 173-178)</p>	
I5	<p>P: dukungan yang seperti apa ibu berikan pada keluarga yang anggota keluarganya baru saja meninggal ?</p> <p>I5: : ...jadi dukungannya memberi supprot keluarga lebih menerima dan memang aku kasi tau hidup mati orang ditangan tuhan. (I5 Line, 184-189)</p>	
I2	<p>P: terus dari ibu sendiri bagaimana cara menangani kondisi keluarga yang histeris ?</p> <p>I2: ...suru duduk dulu...alihkan dari pasien... baru kita kasi tau pelan-pelan suru mendoakan terus mengihklaskan... (I2 Line, 129-132)</p>	Menangani Keluarga yang Histeris
I5	<p>P: nah bagaimana cara ibu menangani keluarga yang histeris itu ?</p> <p>I5: ...Kami tenangkan keluarga pasien suru sabar menerima lebih di tenangkan... (I5 Line, 165-166)</p>	
I6	<p>P: nah bagaimana cara menangani keluarga yang histeris itu pak ?</p> <p>I6 : ...ngasi tau disuru sabar ikhlas tabah, namanya kematian pasti datang disetiap manusia, jadi kita tabah menjalaninya dan sabar suru mendoakan.. (I6 Line, 216-222)</p>	
I8	<p>P: nah bagaimana cara ibu menangani keluarga yang histeris itu ?</p> <p>I8: ...kami kasi tau keluarga yang ikhlas mungkin ini jalan yang terbaik kasian juga kalo keluarganya terpasang alat seperti ini kesakitan kita ga tau... (I8 Line, 237-251)</p>	

Lampiran 8: Dokumentasi





Lampiran 9

PLAN OF ACTION KEGIATAN TUGAS AKHIR TAHUN AKADEMIK 2020/2021

No	Keterangan	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober
1	Bimbingan Proposal													
2	Ujian Proposal													
3	Revisi Proposal													
4	Izin Penelitian													
5	Penelitian													
6	Ujian Skripsi													
7	Batas Akhir Ujian Skripsi													
8	Batas Akhir Revisi													
9	Pendaftaran Yudisium													
10	Yudisium													
11	Publikasi													
12	Wisuda													



PROFIL PENELITI



1. Biodata Peneliti

Nama : Ulfah Ayu Adilah
Nim : 17.063.063.01
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Tempat/tgl lahir : Sepaku, 15-April-2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku : Jawa
No Telepon : 082154623419
Email : [ulfahayuadilah301@student.stikeswhs.ac.id/](mailto:ulfahayuadilah301@student.stikeswhs.ac.id)
ayuu56783@gmail.com
Alamat : Jl. Negara RT. 22 Desa Sukaraja Kec. Sepaku,
Kab. PPU
Judul Skripsi : Pengalaman Perawat Dalam Memberikan
Perawatan Akhir Kehidupan Pada Pasien Kritis

2. Riwayat Pendidikan

SD 004 Sepaku : 2005 s/d 2011
SMP Muhammadiyah 1 PPU : 2011 s/d 2014
SMAN 3 PPU : 2014 s/d 2017
ITKES Wiyata Husada Samarinda : 2017 s/d sekarang