

PALIATIVE NURSING

Chely Veronica Mauruh, S.Kep., Ns, M.Kep.
Ns. Muh. Zukri Malik, M.Kep.
Iin Aini Isnawati, S. Kep. Bs., M. Kes.
Ns. Donny Mahendra, S.Kep., M.Kep.
Kens Napolion, SKp.,M.Kep.,Sp.Kep.J.
Dr. Ns. Makkasau Plasay, M.Kes., M.EDM.
Ns. Dely Maria P,M.Kep.,Sp.Kep.Kom.
Asrianto,S.Kep.,Ns.,M.M.
Ns. Prita Adisty Handayani, M. Kep., RN-Qatar.
Basmalah Harun, S.Kep., M.Kes.

PENERBIT



PALIATIVE NURSING

Ukuran unesco (15,5 x 23 cm)

Halaman : vi +215

Isbn : 978-623-88055-4-9

Penulis : :

Chely Veronica Mauruh, S.Kep., Ns, M.Kep.

Ns. Muh. Zukri Malik, M.Kep.

Iin Aini Isnawati, S. Kep. Bs., M. Kes.

Ns. Donny Mahendra, S.Kep., M.Kep.

Kens Napolion, SKp.,M.Kep.,Sp.Kep.J.

Dr. Ns. Makkasau Plasay, M.Kes., M.EDM.

Ns. Dely Maria P,M.Kep.,Sp.Kep.Kom.

Asrianto,S.Kep.,Ns.,M.M.

Ns. Prita Adisty Handayani, M. Kep., RN-Qatar.

Basmalah Harun, S.Kep., M.Kes.

Editor : Risnawati

Layout &

Desain Cover :Tim creative Rizmedia

Rizmedia Pustaka Indonesia

Redaksi :

Jl. Batara Ugi Blok/Griya Astra

Blok C. No.18 (Yogyakarta/Makassar)

Telp/Wa:085242065812

Email:rizmediapustaka@gmail.com

Website : rizmediapustakaindonesia.com

Cetakan Pertama, Juli 2022

Hak Cipta 2022@Rizmedia Pustaka Indonesia

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Tuhan yang maha esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-nya kepada penulis sehingga penulis berhasil menyelesaikan buku yang berjudul **“PALIATIVE NURSING”**.

Keperawatan Paliatif menawarkan peningkatan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang mengancam kehidupan dari pertama didiagnosis sampai proses berduka akibat kematian melalui pendekatan psiko-sosio, kultural, dan spiritual.

Salah satu tujuan dasar dari palliative care adalah mengurangi penderitaan pasien yang termasuk didalamnya adalah menghilangkan nyeri yang diderita oleh pasien tersebut.

Buku ini membahas tentang:

BAB 1 KONSEP DAN PERSPEKTIF PERAWATAN PALIATIF

BAB 2 ETIK DAN KEBIJAKAN TENTANG PERAWATAN PALIATIF

BAB 3 KONSEP PSIKONEUROIMUNOLOGI (PNI) PADA KEPERAWATAN PALIATIF

BAB 4 MODALITAS KERJASAMA TIM PERAWATAN PALIATIF

BAB 5 BERKOMUNIKASI DENGAN PASIEN DAN KELUARGA YANG MENDAPAT PERAWATAN PALIATIF

BAB 6 PATOFISIOLOGI PENYAKIT TERMINAL

BAB 7 PERAN DAN FUNGSI KELUARGA DALAM PERAWATAN PALIATIF

**BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TERMINAL
ILLNESS (PALLIATIVE CARE).**

BAB 9 PAIN MANAGEMENT

**BAB 10 PERAWATAN KLIEN PALIATIF (PRINSIP PERAWATAN
KHUSUS PADA KLIEN DENGAN SAKARATUL MAUT DAN
PERAWATAN KLIEN YANG MENINGGAL**

Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Allah Swt senantiasa meridhai segala usaha kita. Amin.

TIM PENULIS

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 KONSEP DAN PERSPEKTIF PERAWATAN PALIATIF (Chely Veronica Mauruh, S.Kep., Ns, M.Kep.)	1
BAB 2 ETIK DAN KEBIJAKAN TENTANG PERAWATAN PALIATIF (Ns. Muh. Zukri Malik, M.Kep.).....	14
BAB 3 KONSEP PSIKONEUROIMUNOLOGI (PNI) PADA KEPERAWATAN PALIATIF (Iin Aini Isnawati, S. Kep. Ns., M. Kes.)	27
BAB 4 MODALITAS KERJASAMA TIM PERAWATAN PALIATIF (Ns. Donny Mahendra, S.Kep., M.Kep.)	51
BAB 5 BERKOMUNIKASI DENGAN PASIEN DAN KELUARGA YANG MENDAPAT PERAWATAN PALIATIF (Kens Napolion, SKp.,M.Kep.,Sp.Kep.J.)	80
BAB 6 PATOFISIOLOGI PENYAKIT TERMINAL (Dr. Ns. Makkasau Plasay, M.Kes., M.EDM.)	108

BAB 7 PERAN DAN FUNGSI KELUARGA DALAM PERAWATAN PALIATIF

(Ns. Dely Maria P,M.Kep.,Sp.Kep.Kom.) 136

BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TERMINAL ILLNESS (PALLIATIVE CARE).

(Asrianto, S.Kep., Ns., M.M.) 158

BAB 9 PAIN MANAGEMENT

(Ns. Prita Adisty Handayani, M. Kep., RN-Qatar.) 181

BAB 10 PERAWATAN KLIEN PALIATIF (PRINSIP PERAWATAN KHUSUS PADA KLIEN DENGAN SAKARATUL MAUT DAN PERAWATAN KLIEN YANG MENINGGAL

(Basmalah Harun, S.Kep., M.Kes.) 193

PENUTUP.....215

BAB VIII



PERAN DAN FUNGSI KELUARGA DALAM PERAWATAN PALIATIF

(Ns. Dely Maria P,M.Kep.,Sp.Kep.Kom.)

(Prodi Keperawatan, Fakultas Vokasi, Universitas Kristen
Indonesia)

Perawatan paliatif berdasarkan National Concensus Project for Quality Palliative Care tahun 2019 adalah perawatan holistik aktif dari individu segala usia yang mengalami penderitaan terkait kesehatan yang serius karena penyakit, dan terutama mereka yang mendekati akhir hayat. Bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, keluarga dan pengasuh mereka.

Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga mereka yang menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa. Hal ini bertujuan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi awal, penilaian yang benar dan pengobatan rasa sakit dan masalah lain, baik fisik, psikososial atau spiritual.

Perawatan paliatif membutuhkan kerjasama berbagai pihak, dan tidak kalah pentingnya adalah peran dan fungsi keluarga. Berdasarkan hasil penelitian literature review Fadila dan Naufal 2021, menunjukkan bahwa tingkat keefektifan perawatan paliatif dilakukan di rumah sebesar 60% sedangkan di rumah sakit 40%. Hal ini akan lebih efektif jika dilandasi dengan berjalannya peran dan fungsi keluarga.

Pada prinsipnya, keluarga di dalam perawatan paliatif adalah unit perawatan, karena kesehatan anggota keluarga berhubungan

dengan kualitas kehidupan keluarga. Keluarga dipandang sebagai sebuah kelompok individu yang terbukti dapat membantu atau menolak upaya penyelesaian masalah. Hal ini dapat dicapai, jika intervensi yang tepat diarahkan pada anggota keluarga baik secara individu maupun sebagai kelompok. Dan penting pemahaman semua anggota keluarga, melihat pengalaman, dan berfungsinya sebuah keluarga.

Pentingnya model perawatan yang berpusat pada keluarga untuk sepenuhnya memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga yang terlibat dengan perawatan paliatif layanan dan, terlebih lagi, menjaga kesinambungan dukungan ke dalam berkabung.

A. DEFINISI KELUARGA

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami, istri dan anaknya atau ayah dengan anaknya dan ibu dengan anaknya. (UU RI tahun 2009)

Keluarga merupakan individu atau seseorang yang tidak diikat dalam hubungan keluarga, namun hidup dan menetap dalam satu rumah atau atap, contohnya seseorang janda/duda sebagai anggota keluarga sendiri, atau dengan anak yatim piatu dan lain – lain (Nies, Ewan, 2019).

B. TAHAP INTERAKSI KELUARGA TERHADAP SAKIT

Interaksi keluarga dalam sehat sakit:

1. Upaya-upaya keluarga dalam promosi kesehatan.

Menurut Campbell, 2000;Doherty, 1992 di dalam Friedman 2010 dikatakan bahwa keluarga berperan penting dalam semua bentuk promosi kesehatan dan penurunan risiko terhadap penyebab masalah di dalam keluarga.

Kegiatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit dimulai dari pemilihan gaya hidup keluarga. Hal ini juga terjadi di keluarga saat awal sebelum proses *palliatif care*.

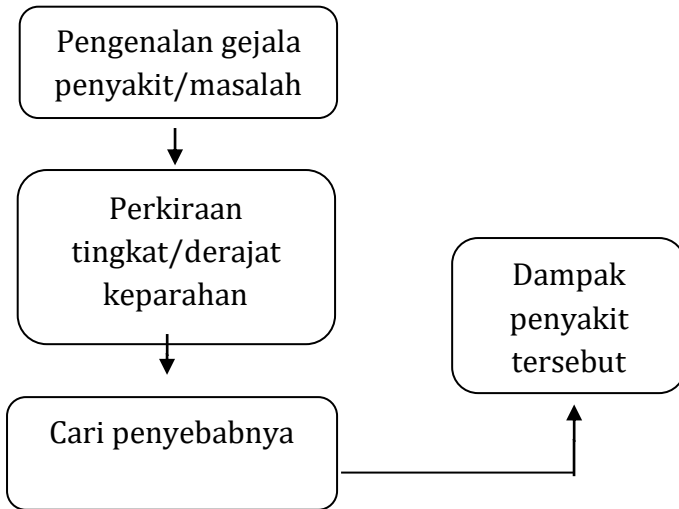
Misalnya : kebiasaan makan ayah sembarangan tanpa memperhatikan berat badan yang berlebih dan memiliki faktor keturunan penyakit DM, yang akan beresiko terjadinya penyakit kronis.

Keluarga menjadi salah satu sumber masalah kesehatan bagi anggota keluarganya. Oleh sebab itulah, promosi kesehatan dimulai dari keluarga. Tujuan dari promosi kesehatan tersebut agar ada perbaikan gaya hidup seluruh anggota keluarga. Promosi kesehatan meliputi mengkonsumsi makanan yang seimbang, imunisasi, aktivitas dan latihan (olahraga), pemeriksaan kehamilan,dll.

2. Penilaian keluarga terhadap gejala gejala sakit.

Tahap kedua ini, dimulai dari gejala penyakit pada anggota keluarga dikenal, lalu diperkirakan tingkat keparahan, kemudian mencari penyebab dan bagaimana dampak penyakit tersebut pada diri sendiri dan keluarga.

Makna tahapan tersebut dapat digambarkan dalam skema berikut :



Tahap penilaian keluarga ini, dipengaruhi juga oleh faktor sosial ekonomi. Keluarga yang memiliki faktor ekonomi yang kurang, biasanya akan berespon kurang terhadap gejala yang dialami oleh anggota keluarga. Akan berbeda dengan keluarga yang memiliki faktor ekonomi diatas rata-rata, yang seringkali mereka melakukan pemeriksaan (*medical check-up*) sebelum terjadinya gejala penyakit.

3. Pencarian perawatan

Tahap ketiga ini dimulai saat keluarga sudah benar benar mengalami sakit dan memerlukan bantuan atau pertolongan. Keluarga yang sakit memulai mencari informasi, saran dari anggota keluarga lainnya atau teman terkait dengan masalah yang dialami.

Hasil dari pencarian informasi, saran tersebut dibicarakan pada seluruh anggota keluarga untuk mencari alternatif tindakan yang akan dilakukan. Apakah perlu dilakukan perawatan di rumah atau butuh dengan pelayanan kesehatan.

Keluarga di Indonesia, seringkali bila mengalami sakit yang biasa biasa saja seperti batuk pilek, demam mereka tidak dibawa ke pelayanan kesehatan. Keluarga biasanya memberikan obat warung atau obat tradisional, namun bila penyakitnya berat atau tidk sembuh dalam waktu 3 hari segera dibawa ke pelayanan kesehatan.

Kadang kadang juga, keluarga mencari pelayanan alternatif seperti BEKAM, GURAH ataupun pengobatan alternatif lainnya.

4. Mendapatkan perawatan dan memperoleh rujukan.

Tahap keempat ini, dimulai bila keluarga sudah berinteraksi dengan pelayanan kesehatan atau praktik pengobatan tradisional.

Biasanya penentuan pilihan terhadap tempat yang menjadi tujuan dilakukan perawatan , ditentukan oleh seorang Ibu. Ibu yang seringkali mendapatkan informasi dari rekan-rekannya atau melalui media massa. Penentuan perawatan dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu dana, kemudahan akses pelayanan kesehatan, penerimaan dan keadeguan (kualitas) pelayanan.

5. Respon akut keluarga dan klien terhadap penyakit.

Respon akut disini adalah bagaimana keluarga memperlakukan orang yang sakit. Perlakuan kepada orang yang sakit tergantung pada jenis penyakit, tingkat keparahan. Peran anggota keluarga yang sakit menjadi peran orang sakit (peran si sakit). Saat menjadi orang sakit, memiliki

ketergantungan yang penuh terhadap orang yang memberikan pelayanan.

Beberapa keluarga biasanya membebaskan anggota keluarga yang sakit, dan perannya digantikan oleh orang lain.

Misalnya : Seorang Ibu sedang sakit, yang sehari harinya ibu tersebut melakukan pekerjaan rumah tangga. Perannya dapat digantikan sementara oleh ayah atau nenek yang tinggal bersama dengan keluarga.

6. Adaptasi terhadap penyembuhan dan penyakit yang dialami.

Adaptasi yang dimaksud disini adalah saat keluarga mendatangi pelayanan kesehatan atau perawat dalam menghadapi masalah kesehatan. Masing - masing masalah kesehatan memiliki dampak yang berbeda beda, tergantung dari serius tidaknya penyakit. Biasanya perawat diminta sarannya dalam tahap ini, bila dampak dari masalah yang dialami berat atau masalahnya jadi meluas.

C. ALASAN PENTING KELUARGA MERUPAKAN BAGIAN DARI PELAYANAN PALIATIF

1. Keluarga sebagai sumber daya yang penting dalam pemberian layanan kesehatan, baik terhadap individu ataupun keluarga.

Dapat diartikan, jika keluarga terlibat dalam kebutuhan pemenuhan diri anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis, efektifitas perawatan akan dirasakan oleh pasien dan keluarga,

2. Keluarga adalah sebuah unit, dimana setiap masalah kesehatan yang terjadi pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain.

3. Penemuan kasus di keluarga, akan memberikan arahan atau factor risiko penyakit pada anggota keluarga yang lain.

D. PERAN KELUARGA

Peran keluarga di bagi menjadi dua yaitu :

1. Peran formal

Peran formal adalah peran yang seharusnya dilakukan oleh keluarga.

Contoh dari peran formal, yaitu peran ayah sebagai kepala keluarga, pencari nafkah, pelindung dsb. Peran ibu sebagai pengatur rumah tangga, merawat anggota keluarga, peran anak adalah belajar.

Peran formal ini dapat diketahui dengan melihat apakah peran sebagai kakek/nenek di dalam keluarga dapat diterima atau konsisten dengan harapan anggota keluarga (apakah ada ketegangan atau konflik peran). Seberapa kompeten anggota keluarga (sebagai kakek/nenek) merasa melakukan peran formal mereka.

Apakah terdapat fleksibilitas dalam peran jika dibutuhkan seperti contoh sebagai nenek dalam suatu keluarga yang tinggal bersama cucu-cucu, dapat bertindak sebagai ibu untuk para cucu dikarenakan ibu dari cucunya bekerja di luar kota. Sehingga peran sebagai nenek disini dapat secara fleksibel menjadi peran ibu dalam keluarga.

2. Peran informal

Peran Informal artinya peran ini biasanya bersifat *implicit* artinya peran yang dilakukan tidak tampak secara tegas. Peran tersebut dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan

emosional atau menjaga keseimbangan keluarga.

Peran informal ini dapat terkaji dengan cara menanyakan kepada keluarga tentang peran informal apa saja yang terdapat dalam keluarga, siapa yang menjalankan, tujuan keberadaan peran tersebut, apakah ada peran yang disfungsional dan apakah ada pengaruh pada orang yang menjalankan peran informal tersebut.

Saat sakit, peran-peran tersebut dapat berubah, baik peran klien ataupun anggota keluarga yang lainnya. Dapat berlangsung singkat, dan bisa jangka panjang. Perubahan dalam waktu panjang, saat keluarga mengalami penyakit kronis yang memerlukan perawatan paliatif. Disinilah keluarga perlu konseling dan mekanisme koping terhadap perubahan peran yang dialami oleh keluarga.

Perubahan peran yang dihadapi oleh anggota keluarga menjadi tantangan bagi anggota keluarga, dimana peran klien yang mengalami sakit akan digantikan oleh anggota keluarga yang lain, walaupun anggota keluarga itu sendiri mempunyai peran sendiri juga. Itulah yang menjadi tantangannya karena akan memakan waktu, tenaga, materi, beban fisik maupun psikologis, termasuk koping yang dipakai dan masalah-masalah keuangan dalam menghadapi kondisi tersebut.

Bahkan peran anggota pengganti klien yang mengalami perawatan paliatif dituntut mampu dan tegar menghadapi.

FUNGSI KELUARGA

Tabel 1. Dimensi Fungsi Keluarga: Rentang Perilaku

Lebih bermanfaat	Kurang bermanfaat
Mengintegrasikan masa lalu	
Menjelaskan pengalaman menyakitkan yang berhubungan dengan kejadian saat ini.	Menjelaskan pengalaman masa lalu berkali-kali
Deskripsikan perasaan klien tentang masa lalu secara positif dan negative	Bertahan pada perasaan yang menyakitkan mengenai pengalaman masa lalu
Jadikan pembelajaran masa lalu untuk pengalaman yang akan datang.	Tidak mengintegrasikan pengalaman masa lalu ke situasi saat ini
Mengenang tentang pengalaman yang menyenangkan	Fokus untuk mencoba memperbaiki masa lalu untuk menciptakan kenangan indah yang sudah berlalu dari kehidupan keluarga mereka
Menghadapi perasaan	
Ekspresikan berbagai perasaan seperti: kerentanan, ketakutan dan ketidakpastian.	Ekspresikan sebagian besar perasaan negative seperti marah, sakit hati, kepehitan dan ketakutan.
Lebih Bermanfaat	Kurang Bermanfaat
Mengakui perasaan yang bertentangan	Mengakui sedikit mengenai ketidakpastian atau beberapa perasaan yang bertentangan

Menyelesaikan masalah	
Identifikasi masalah saat terjadi	Lebih focus pada kesalahan daripada mencari solusi
Mencapai kesepakatan bersama mengenai masalah dan kemungkinan melatih penyelesaian masalah melalui tindakan	Bertahan pada emosi dengan masalah yang ada
Pertimbangkan beberapa pilihan	Tidak dapat berkomunikasi dengan jelas mengenai kebutuhan dan harapan
Terbuka menerima saran	Merasa tidak berdaya, yang akan mempengaruhi proses perawatan dan penerimaan pasien
Pendekatan penyelesaian masalah sebagai sebuah tim, bukan sebagai individu	Menampilkan respon berlebihan pada kejadian yang tidak terduga.
	Menyimpan informasi yang tidak akurat yang didapatkan dari berbagai pihak terhadap anggota keluarga lainnya
Memanfaatkan Sumber Daya	
Memanfaatkan berbagai sumber daya	Memanfaatkan sedikit sumber daya
Terbuka menerima dukungan	Enggan mencari bantuan atau menerima tawaran bantuan

Lebih Bermanfaat	Kurang Bermanfaat
Membuka diri untuk menerima saran mengenai sumber daya	Menerima bantuan sebagian besar dari sumber formal bukan dari jaringan dukungan informal.
Mengambil inisiatif dalam pengadaan sumber daya tambahan	Menghindari mencari sumber daya tambahan
Ekspresikan kepuasan dengan hasil yang diperoleh	Mengekspresikan ketidakpuasan terhadap bantuan yang diterima
Menjelaskan keterlibatan dengan banyak teman, kenalan dan orang-orang pendukung	Mendeskripsikan keterlibatan lebih sedikit teman dan kenalan yang menawarkan bantuan
Mempertimbangkan Orang Lain	
Mengakui efek situasi multidimensi pada anggota keluarga yang lain	Focus perhatian pada kebutuhan emosi sendiri
Menyatakan kepedulian terhadap kesejahteraan anggota keluarga lainnya	Gagal mengakui atau meminimalkan tugas tambahan diambil oleh orang lain
Fokus perhatian pada kesejahteraan pasien	Fokus pada diri sendiri
Menghargai perhatian individu terhadap kesehatan, namun tidak mengungkapkan kebutuhan yang kuat	Menampilkan kebutuhan yang berlebihan
Menunjukkan secara langsung kekhawatiran mereka terhadap anggota keluarga yang memberikan perawatan daripada dirinya sendiri	Fokus kekhawatiran pada diri sendiri

Lebih Bermanfaat	Kurang bermanfaat
Mengidentifikasi karakteristik koping keluarga dan anggota keluarga	Mendeskripsikan karakteristik koping keluarga daripada koping diri sendiri dalam menyelesaikan masalah
Menunjukkan kehangatan dan kepedulian terhadap anggota keluarga lainnya	Membiarkan satu anggota mendominasi interaksi dalam kelompok
Pertimbangkan situasi saat ini sebagai peluang yang potensial untuk pertumbuhan dan perkembangan keluarga	Mengekspresikan rasa kurang nyaman saat ekspresi perasaan pada anggota keluarga
Semua anggota keluarga memiliki nilai kontribusi	Berpura pura terhadap kesepakatan kelompok
Menjelaskan sejarah kedekatan antar anggota keluarga	Menjelaskan interaksi keluarga sebelum sakit
Memenuhi Peran	
Menunjukkan adaptasi terhadap perubahan peran	Menunjukkan kekakuan dalam beradaptasi terhadap perubahan peran dan tanggungjawab
Memberikan tanggungjawab sukarela yang ekstra	Menunjukkan lebih sedikit berbagi tanggungjawab sukarela pada kebutuhan perawatan pasien
Menyesuaikan prioritas dalam kebutuhan perawatan pasien dan mengekspresikan kepuasan terhadap keputusan.	Mengacu pada pengasuhan sebagai tugas atau kewajiban
Meminta bantuan sesuai kebutuhan dan mempercayai tanggung jawab pada	Mengkritik atau tidak mempercayai pengasuhan yang diberikan oleh orang

orang lain	lain
Menoleransi perbedaan	
Mengijinkan perbedaan pendapat dan keyakinan dalam keluarga	Menunjukkan ketidaktoleransian terhadap perbedaan pendapat atau pendekatan asuhan
Menoleransi perbedaan pandangan dari pihak luar keluarga	Menunjukkan pandangan yang kritis pada seseorang yang diharapkan namun diluar ekspektasi
Bersedia menguji keyakinan diri sendiri dan system nilai	Berpegang teguh pada keyakinan dan system nilai

Tabel 2 menggambarkan intervensi fungsi keluarga dalam perawatan paliatif

Tabel 2. Fungsi Keluarga: Pedoman Intervensi dalam perawatan paliatif

Mengkaji Fungsi Keluarga	Pemecahan Masalah
Gunakan dimensi fungsi keluarga untuk menilai keluarga. Sebagai contoh: <ul style="list-style-type: none"> • Apakah anggota memusatkan perhatian mereka pada kesejahteraan pasien dan mengenali efek situasi pada anggota keluarga lainnya? • Apakah anggota keluarga memusatkan perhatian mereka pada 	Gunakan penilaian Anda tentang fungsi keluarga untuk memandu pendekatan Anda. Misalnya: <ul style="list-style-type: none"> • Di dalam keluarga ada kesepakatan tentang masalah, kekakuan dalam keyakinan, dan ketidakfleksibelan dalam peran dan hubungan, ada aturan yang menawarkan berbagai pilihan

kebutuhan individu mereka sendiri dan meminimalkan bagaimana orang lain mungkin terpengaruh?

Menempatkan penilaian Anda dari semua dimensi bersama-sama akan membantu Anda menentukan sejauh mana Anda berurusan dengan unit keluarga yang lebih kohesif atau kelompok individu yang lebih longgar.

- Pendekatan apa yang paling tepat saat berurusan dengan unit keluarga yang lebih kohesif atau kelompok individu yang lebih longgar

kepada keluarga sehingga mereka dapat memilih yang paling cocok untuk mereka namun cenderung kurang berhasil.

- Untuk keluarga , pertimbangkan dengan cermat sumber daya mana yang paling cocok untuk keluarga tertentu. Tawarkan sumber daya secara bertahap.
- Fokuskan perhatian yang cukup besar pada gangguan yang terkait dengan pengenalan sumber daya, dan persiapkan keluarga untuk perubahan yang terjadi kemudian.
- Jika tidak, keluarga dapat menolak sumber daya yang tidak cocok dan menganggap pengalaman sebagai contoh lain dari kegagalan sistem perawatan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan mereka

- Mengumpulkan informasi dari waktu ke waktu dan dari anggota keluarga yang berbeda. Beberapa anggota keluarga mungkin tidak mau mengungkapkan perasaan mereka yang sebenarnya sampai mereka mengembangkan kepercayaan.

Orang lain mungkin enggan untuk berbagi sudut pandang yang berbeda di hadapan satu sama lain.

Di beberapa keluarga, individu tertentu mengambil peran sebagai juru bicara keluarga. Menilai apakah setiap orang dalam keluarga memiliki pandangan yang sama dengan juru bicara di dalam keluarga, atau apakah anggota keluarga lain memiliki pendapat yang berbeda tetapi enggan untuk membagikannya.

Assessment.

- Dengarkan cerita keluarga dan gunakan penilaian klinis untuk menentukan intervensi yang diperlukan.

- Sadarilah keterbatasan kesepakatan di dalam keluarga, dan bersiaplah untuk menindaklanjutinya.

Pertemuan keluarga bekerja dengan baik untuk keluarga yang memiliki kesatuan.

Namun, ada lebih banyak perbedaan di antara anggota, mereka mungkin tidak menindaklanjuti keputusan yang dibuat, meskipun konsensus tampaknya telah dicapai.

Meskipun tidak menyuarakan ketidaksetujuan mereka, beberapa anggota keluarga mungkin tidak berkomitmen pada solusi yang diajukan dan mungkin mengabaikan rencana yang telah disepakati.

Perawat perlu menindaklanjuti untuk memastikan bahwa setiap titik masalah ditangani.

Bersiaplah untuk mengumpulkan informasi dari waktu ke waktu dan dari anggota keluarga yang berbeda. Beberapa anggota keluarga mungkin tidak mau mengungkapkan perasaan

Bagian dari memahami keluarga adalah mendengarkan cerita mereka.

Di beberapa keluarga, cerita cenderung diulang dan perasaan yang terkait terkadang muncul kembali.

Membicarakan masa lalu adalah salah satu cara untuk beberapa keluarga. Penting bagi perawat untuk menentukan apakah anggota keluarga berulang kali menceritakan kisah mereka karena mereka ingin lebih dipahami atau karena mereka ingin bantuan untuk mengubah cara keluarga mereka menghadapi situasi tersebut.

Paling sering, cerita diceritakan kembali hanya karena anggota keluarga ingin perawat memahami mereka dan situasi mereka dengan lebih baik, bukan karena mereka mencari bantuan untuk mengubah keluarga mereka kembali berfungsi.

mereka yang sebenarnya sampai mereka mengembangkan kepercayaan. Orang lain mungkin enggan untuk berbagi sudut pandang yang berbeda di hadapan satu sama lain.

Di beberapa keluarga, individu tertentu mengambil peran sebagai juru bicara keluarga.

Menilai apakah setiap orang dalam keluarga memiliki pandangan yang sama dengan juru bicara, atau apakah anggota keluarga yang berbeda memiliki pendapat yang berbeda tetapi enggan untuk membagikannya, merupakan hal yang penting dari penilaian.

- Mengevaluasi kelayakan kelompok pendukung.

Kelompok pendukung dapat menjadi sumber yang berharga. Mereka membantu dengan memberi orang kesempatan untuk mendengar perspektif orang lain dalam situasi yang sama.

Namun, beberapa anggota keluarga membutuhkan perhatian yang lebih individual daripada yang diberikan oleh kelompok pendukung.

Mereka tidak mendapat manfaat dari mendengar bagaimana orang lain telah mengalami situasi dan menangani masalah.

Mereka membutuhkan interaksi *one by one* yang terfokus pada diri mereka sendiri dengan seseorang yang mereka percayai.

- Sesuaikan perawatan dengan tingkat fungsi keluarga.

Beberapa keluarga lebih sulit dengan pengalaman perawatan paliatif daripada yang lain.

Memahami fungsi keluarga dapat membantu perawat menghargai harapan beberapa keluarga untuk "bersatu" mengatasi stres perawatan paliatif yang mungkin tidak realistis.

Perawat perlu menyesuaikan perawatan mereka sesuai dengan cara fungsi keluarga dan siap menghadapi kenyataan bahwa bekerja dengan beberapa keluarga lebih dituntut dan hasil yang dicapai kurang optimal

Kesimpulan :

Kebutuhan keluarga pasien yang mengalami penyakit terminal atau perawatan paliatif adalah hubungan pasien dengan keluarga. Kebutuhan keluarga dalam berkomunikasi dan memberi dukungan. Hubungan dengan pasien mencakup kebutuhan bersama pasien, merasakan pertolongan dari orang tersebut, dan menjamin kenyamanan pasien. Keluarga juga memiliki kebutuhan yang kuat dalam komunikasi. Mengantisipasi kesedihan, kebutuhan pada saat berduka dan kehilangan dari keluarga.

REFERENSI

Campbell.2014. Nurse to Nurse: Perawatan Paliatif. Jakarta : Salemba Medika.

Fadila, Naufal. 2021. Efektifitas Pelayanan Home Care pada Perawatan Paliatif Penderita Penyakit Kronis: Kanker. Jurnal Nursing Update. Vol 12 No.4. Hal 93-106.

Friedman, Bowden. 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik. Edisi 5. Jakarta: EGC.

Jaji. 2019. Pengalaman Keluarga Merawat Anggota Keluarga dengan Paliatif Care: Studi Fenomenologi. Jurnal Keperawatan Sriwijaya. Vol 6 No.2.

Nies, Ewan. 2019. Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Edisi Pertama Bahasa Indonesia. Singapore: Elsevier.

Steel ,Davies. 2015. Supporting Families in Palliative Care. Oxford University Press

<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>

<https://academic.oup.com/jico/article/29/8/371/1844200>

PROFIL PENULIS

Ns. Dely Maria P, MKep., Sp. Kep. Kom

Penulis lahir di Pontianak tanggal 25 Desember 1978. Penulis bertempat tinggal di Bekasi. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Poltekes Cirebon (tahun 2000) kemudian melanjutkan ke jenjang S1 di STIK Sint Carolus (2004) dan Magister Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2015).



Penulis memulai karirnya sebagai dosen tetap di Akper Yatna Yuana Lebak Rangkasbitung tahun 2004-2006, Akademi Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Jakarta (2007 - Juni 2021). Saat ini aktif di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia.

Penulis merupakan pengurus IPKKI DKI Jakarta (Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia). Berkontribusi di dunia keperawatan dengan menjadi pembicara dalam pelatihan dan workshop yang diadakan oleh Suku Dinas Kesehatan dan PPNI.

PENUTUP

KAMI TIM PENULIS BUKU 'PALIATIVE NURSING

Chely Veronica Mauruh, S.Kep., Ns, M.Kep.
Ns. Muh. Zukri Malik, M.Kep.
Iin Aini Isnawati, S. Kep. Bs., M. Kes.
Ns. Donny Mahendra, S.Kep., M.Kep.
Kens Napolion, SKp.,M.Kep.,Sp.Kep.J.
Dr. Ns. Makkasau Plasay, M.Kes., M.EDM.
Ns. Dely Maria P,M.Kep.,Sp.Kep.Kom.
Asrianto,S.Kep.,Ns.,M.M.
Ns. Prita Adisty Handayani, M. Kep., RN-Qatar.
Basmalah Harun, S.Kep., M.Kes.

Mengucapkan terima kasih untuk semua pihak yang terlibat dalam pembuatan buku ini dan semoga suatu saat kami bisa melanjutkan tulisan kami di edisi selanjutnya dengan tema buku yang sama ataupun berbeda.

**"JAUH LEBIH SULIT UNTUK MEMBUAT ORANG
SEHAT DARIPADA MEMBUAT MEREKA SAKIT."**

– DEFOREST CLINTON JARVIS–