

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan Panduan Asuhan Keperawatan Paliatif di Rumah dapat diselesaikan.

Buku ini disusun dengan tujuan untuk menunjang upaya peningkatan kemampuan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien yang mempunyai masalah penyakit terminal di rumah. Buku panduan ini diharapkan dapat menarik minat perawat untuk membacanya sehingga mereka mendapatkan gambaran cara melaksanakan pelayanan keperawatan bagi pasien penderita penyakit terminal di rumah. Setelah mendapatkan gambaran, diharapkan para perawat termotivasi melaksanakan asuhan keperawatan paliatif di rumah guna meningkatkan jangkauan pelayanan keperawatan kepada masyarakat.

Kami menyadari adanya keterbatasan dalam penyusunan buku panduan ini, oleh karena itu kami mengharap saran dan masukan demi penyempurnaan panduan ini.

Direktur Bina Pelayanan
Keperawatan dan Keteknisian Medik



Suhartati, SKp. M.Kes
NIP.196007271985012001

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN PALIATIF DI RUMAH

DIREKTORAT BINA PELAYANAN KEPERAWATAN DAN KETEKNISIAN MEDIK
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

TIM PENYUSUN

DAFTAR ISI

DAFTAR ISTILAH

I. PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Landasan Hukum
- C. Sasaran

II. KONSEP DASAR

- A. Pengertian Perawatan Paliatif
- B. Prinsip Dasar Perawatan Paliatif
- C. Tujuan Perawatan Paliatif
- D. Tim Perawatan Paliatif
- E. Model Perawatan Paliatif

III. PERAN, FUNGSI, DAN KOMPETENSI

- A. Peran
- B. Fungsi
- C. Kriteria dan Kompetensi Perawat Paliatif

Ketua I

Ketua II

Anggota

TIM PENYUSUN

- : Dr. Mulya A. Hasjmy, Sp.B, M.Kes.
Sekretaris Ditjen Bina Pelayanan Medik
: Sri Mujjati, SKM, M.Kes
Plh. Direktur Bina Pelayanan Keperawatan
: 1. Noor Kinteki, SKM, MPH
Dit. Bina Pelayanan Keperawatan
2. Riyanto Ns., M.Kes, Sp.Kom.
Dit. Bina Pelayanan Keperawatan
3. Zolaiha, SKM, MPH
Dit. Bina Pelayanan Keperawatan
4. Ucu Djuwitasari, SKp, MM, M.Kes
Dit. Bina Pelayanan Keperawatan
5. Wawan Hernawan, SKp
Dit. Bina Pelayanan Keperawatan
6. Maria Witjaksono, dr, Cert.Palliative Care
RS Kanker Dharmais
7. Suginarti, dr, M.Kes.
Dit. Bina Yanmedik Spesialistik
8. Haslinda, drg, M.Kes.
Dit. Bina Yanmedik Dasar
9. Agung Waluyo, SKp, MN
Fakultas Ilmu Keperawatan -UI
10. Kemala Rita, SKp, MARS
RS Kanker Dharmais
11. Christina Tegol, SKM
RS St. Carolus
12. Zuraidah, SKp, M.Kes.
RS Tarakan
13. Desmawati, SKp, MARS
RS Fatmawati
14. Rusmiati, SKp
RS Cipto Mangunkusumo
15. Elvie Tresya AM, SKp
RS Persahabatan
16. Sri Hartati, AMK
Puskesmas Jatinegara
17. Sri Hartati, AMK
Puskesmas Jatinegara
18. Lidiya Sembiring, AMK
Puskesmas Tebet

i
ii
iii
v

1
2
3
4
4
5
5
6

8
9
13

DAFTAR ISTILAH

1. **Paliatif** : meringankan penderitaan atau memberikan rasa nyaman
2. **Pelayanan Paliatif (WHO)** : semua tindakan aktif guna meringankan penderitaan pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa dan menunjukkan tanda-tanda perburukkan atau pasien dalam tahap terminal
3. **Penyakit Terminal** : jika penyakit yang mengancam jiwa yang menunjukkan tanda-tanda perburukkan menuju kematian, dimana kenyamanan menjadi prioritas perawatan
4. **Tahap Terminal** : suatu kondisi dimana seseorang dalam proses kematian
5. **Perawatan Paliatif** : perawatan yang diberikan pada penderita dengan penyakit yang tidak mungkin disembuhkan atau dalam tahap terminal yang merupakan respon terhadap masalah bio-psiko-sosio dan spiritual sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan aman bagi pasien.
6. **Pasien Paliatif** : pasien kanker stadium lanjut, pasien dengan kegagalan organ, pasien dengan penyakit saraf stadium lanjut, kelainan metabolisme stadium lanjut, dan HIV/AIDS.
7. **Tim Perawatan Paliatif** : tenaga kesehatan bersama tenaga lain terkait yang bertugas mengelola dan melayani pasien yang menderita penyakit yang tidak mungkin disembuhkan dan penyakit dalam tahap terminal.
8. **Pelayanan Keperawatan Paliatif di rumah** : bagian integral dari pelayanan keperawatan keluarga yang memfokuskan pelayanan pada anggota keluarga yang mempunyai masalah penyakit yang tidak mungkin disembuhkan dan penyakit dalam tahap terminal .
9. **Asuhan Keperawatan Paliatif di rumah** : rangkaian kegiatan yang diberikan dalam praktik keperawatan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

IV. ASUHAN KEPERAWATAN PALIATIF

- A. Pengkajian 16
- B. Diagnosa (Masalah) keperawatan 17
- C. Rencana Tindakan 18
- D. Pelaksanaan 19
- E. Evaluasi 19
- F. Diagnosa (Masalah) keperawatan paliatif yang lazim ditemukan 20

V. TATALAKSANA KEPERAWATAN PALIATIF DI RUMAH

- A. Pengorganisasian 31
- B. Mekanisme Pelayanan 34
- C. Pembiayaan 36

VI. PEMANTAUAN DAN PENILAIAN

37

VII. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

38

DAFTAR PUSTAKA

39

LAMPIRAN 1

40

LAMPIRAN 2

49

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Saat ini di Indonesia jumlah penderita penyakit degeneratif dan penyakit kronis seperti kanker, HIV/AIDS, Stroke, Diabetes melitus semakin meningkat. Tahun 2004, Depkes melaporkan diperkirakan 100 kasus penderita kanker per 100.000 orang pertahun. Data dari RS Kanker Dharmais sebagai Pusat Kanker Nasional, menunjukkan jumlah pasien kanker kasus baru pada tahun 2005 berjumlah 1239 orang dan jumlah pasien kanker yang meninggal pada tahun 2005 berjumlah 274 orang. Berdasarkan data Depkes tahun 2011 Penyakit HIV/AIDS berjumlah 24.31 orang. Jumlah penderita penyakit Stroke di RSUP dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta rata-rata pertahun adalah 1000 orang, dan jumlah penderita penyakit Diabetes melitus tahun 2005 di Indonesia sebanyak 250.000 orang pertahun. Sebagian dari penderita penyakit degeneratif diatas akan masuk pada stadium lanjut, dimana pasien tidak lagi berespon terhadap pengobatan kuratif. Hal ini menimbulkan kecenderungan semakin meningkatnya jumlah penderita yang tidak mungkin disembuhkan dan memerlukan perawatan paliatif.

Masalah keperawatan yang berkaitan dengan keperawatan paliatif sangat kompleks, tidak hanya berhubungan dengan aspek fisik tetapi juga menyangkut aspek kejiwaan, aspek sosial dan aspek spritual yang dialami, bukan hanya oleh pasien tetapi juga menjadi masalah keluarga. Asuhan Keperawatan paliatif di rumah yang dilaksanakan secara profesional, holistik dan berkesinambungan diperlukan untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik bagi pasien dan keluarga.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas maka perlu disusun panduan asuhan keperawatan paliatif di rumah sehingga perawat dapat melaksanakan asuhan keperawatan paliatif secara optimal.

10. Perawat Paliatif : perawat dengan latar belakang pendidikan keperawatan minimal D3 dan telah mendapat pelatihan tentang perawatan paliatif.

11. Terapi komplementer : pengobatan Komplementer termasuk pengobatan pelengkap yang diberikan kepada pasien dengan kondisi paliatif (contoh : terapi akupunktur, Reiki, Herbal, refleksi, ozon, dll).

12. Relawan : seseorang yang menyumbangkan tenaga dan pikirannya didalam membantu perawatan pasien paliatif tanpa mengharapkan imbalan apapun, biasanya berasal dari keluarga pasien yang pernah di rawat atau seseorang yang mempunyai komitmen terhadap perawatan paliatif.

13. Pelaku Rawat (Care Giver) : seseorang yang telah mendapat pelatihan khusus dan mempunyai kompetensi khusus untuk memberikan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari – hari orangng sakit (pasien)

14. Rohaniawan : seseorang ahli agama yang memberikan dukungan spiritual kepada pasien seperti: ulama, pendeta dan tokoh agama lain dengan nilai-nilai dan prinsip hidup serta apa yang dicari manusia untuk memberi nilai dalam kehidupannya.

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 161/Menkes/Per/I/2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 908/Menkes/Per/VII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan Keluarga;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

C. SASARAN

Perawat dan anggota tim lain yang terlibat dalam perawatan paliatif.

B. LANDASAN HUKUM

1. Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
5. Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 94/Kep/M.Pan/11/2001 tentang Jabatan Fungsional Perawat dan Angka Kreditnya
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;

C. TUJUAN PERAWATAN PALIATIF

Tujuan perawatan paliatif ialah meringankan atau menghilangkan rasa nyeri dan keluhan lain, perbaikan aspek psikologis, sosial dan spiritual agar tercapai kualitas hidup maksimal bagi pasien kanker stadium lanjut dan keluarganya. Tindakan paliatif ini harus dapat membantu pasien untuk dapat mempertahankan secara maksimal kemampuan fisik, emosi, spiritual, pekerjaan, dan sosial yang diakibatkan baik oleh kanker maupun akibat tindakan.

Indikator tercapainya tujuan perawatan paliatif:

1. Aspek fisik : keluhan fisik berkurang.
2. Aspek psikologi: keamanan psikologis, kebahagiaan meningkat dan pasien dapat menerima penyakitnya.
3. Aspek sosial: Hubungan interpersonal tetap terjaga dan masalah sosial lain dapat diatasi.
4. Aspek spiritual : Tercapainya arti kehidupan yang bernilai bagi pasien dan keluarga dalam menjalankan kehidupan rohani yang positif serta dapat menjalankan ibadah sampai akhir hayatnya.

D. TIM PERAWATAN PALIATIF

Pelaksanaan perawatan paliatif di lapangan dilakukan dengan pendekatan tim yang terdiri dari berbagai disiplin profesi. Anggota tim perawatan paliatif terdiri dari profesi kedokteran dengan berbagai macam spesialisasi, dokter umum, profesi keperawatan, fisioterapis, okupasi terapis, pekerja sosial medis, ahli gizi, psikolog, ahli agama, relawan dan pelaku rawat (*Care giver*) dari anggota keluarga. Masing-masing profesi mempunyai peran dan tanggungjawab yang berbeda satu sama lain, sesuai dengan dasar keilmuan dari masing-masing anggota tim dan kebutuhan yang bersifat holistik dari setiap pasien.

BAB II KONSEP DASAR KEPERAWATAN PALIATIF

A. PENGERTIAN PERAWATAN PALIATIF

Kata paliatif berasal dari bahasa Latin "*pallium*" yang berarti *mantel*. Sedangkan dalam bahasa Inggris "*to palliate*" berarti mengurangi penderitaan atau memberikan kenyamanan

Perawatan Paliatif adalah semua tindakan aktif guna meringankan beban penderita terutama yang tidak dapat disembuhkan. Tindakan aktif yang dimaksud ialah antara lain menghilangkan nyeri dan keluhan lain, serta perbaikan dalam bidang psikologis, sosial dan spiritual. Tidak saja diberikan kepada penderita yang tidak dapat disembuhkan tetapi juga penderita yang mempunyai harapan untuk sembuh bersama-sama dengan tindakan kuratif. (*Depkes-Pedoman Kanker Terpadu Paripurna, 1997*)

B. PRINSIP DASAR PERAWATAN PALIATIF (WHO)

Prinsip dasar perawatan paliatif adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas hidup dan menganggap kematian adalah proses yang wajar.
2. Tidak mempercepat atau menunda kematian.
3. Menghilangkan nyeri serta keluhan lain yang mengganggu.
4. Menjaga keseimbangan aspek psiko sosio dan spiritual..
5. Mengusahakan agar pasien tetap aktif sampai akhir hayatnya.
6. Memberikan dukungan kepada keluarga dalam masa dukacita.

3. **Pelayanan paliatif di rumah (Hospice Home Care)**

Perawatan di rumah merupakan kelanjutan perawatan di rumah sakit. Pada perawatan paliatif di rumah, keluarga mempunyai peran yang lebih menonjol. Sebagian besar tindakan perawatan dilaksanakan oleh keluarga. Sebelum pasien dibawa pulang, perlu dipertimbangkan apakah pasien memang sudah layak dirawat di rumah dan apakah keluarga (pelaku rawat) sudah mampu merawat pasien di rumah. Apabila keluarga belum mampu merawat pasien, pelaku rawat perlu mendapat pelatihan dari perawat untuk melaksanakan perawatan di rumah.

Tim paliatif akan mengunjungi pasien disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan adat istiadat serta kondisi setempat. Konsultasi juga dapat dilakukan melalui telepon atau sarana komunikasi lain setiap saat.

E. **MODEL PERAWATAN PALIATIF**

Perawatan paliatif dapat dilaksanakan di rumah sakit, di rumah atau di hospis.

1. **Perawatan paliatif di rumah sakit (Hospice Hospital Care)**

Unit ini berada didalam rumah sakit dan merupakan suatu unit tersendiri dalam struktur organisasi rumah sakit. Keuntungan model ini adalah dapat dengan mudah mempergunakan fasilitas rumah sakit dalam mengatasi masalah-masalah yang sulit di lapangan, baik untuk tindakan medis, tindakan keperawatan, maupun tindakan penunjang lainnya. Di rumah sakit pasien bisa di rawat di poliklinik, dirawat singkat (*one day care*) atau dirawat inap. Lokasi perawatan pasien paliatif di rumah sakit ada yang diruangan tersendiri, khusus ruangan perawatan paliatif atau digabungkan dengan pasien biasa yang masih dalam tahap pengobatan kuratif.

2. **Hospis (Hospice)**

Adakalanya pasien dalam keadaan tidak memerlukan pengawasan ketat atau tindakan khusus lagi, tetapi belum dapat dirawat dirumah karena masih memerlukan pengawasan tenaga kesehatan., pasien kemudian dirawat di suatu tempat khusus (*hospis*) yang berada di luar lingkungan rumah sakit. Unit perawatan ini bisa berada di dalam lingkungan rumah sakit atau di luar lingkungan rumah sakit yang pengelolaannya di luar struktur rumah sakit. Bentuk layanan Hospis ini belum ada di Indonesia.

6. Fasilitator

Perawat harus dapat memfasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar pasien dalam rangka meningkatkan kualitas hidup pasien

7. Manajer kasus

Perawat dapat bertindak sebagai manajer kasus dengan melakukan pengkajian kebutuhan pelayanan pasien, merencanakan pelayanan, melakukan koordinasi pelaksanaan pelayanan dengan tim paliatif lain serta melakukan pemantauan pelayanan pada pasien

8. Advokasi

Perawat harus melindungi/membela hak-hak pasien dan keluarga didalam menjalani asuhan keperawatan dan mendapatkan pelayanan dari berbagai disiplin ilmu yang terkait

9. Modifikasi lingkungan

Perawat paliatif harus dapat memodifikasi lingkungan (menggunakan alat yang tersedia seoptimal mungkin) dalam memberikan asuhan keperawatan.

10. Peneliti

Perawat paliatif harus dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang dapat diteliti (menggumpulkan data sebagai bahan penelitian keperawatan).

B. FUNGSI

Fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan paliatif di rumah sebagai berikut:

1. Pengelola

- Menyusun rencana pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan lainnya di rumah.
- Mengkoordinasikan aktifitas tim kesehatan interdisiplin dalam memberikan pelayanan di rumah

BAB III PERAN, FUNGSI DAN KOMPETENSI PERAWAT PALIATIF DI RUMAH

Peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan paliatif di rumah

A. PERAN

1. Pendidik kesehatan

Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar keluarga dapat melakukan program asuhan secara mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga

2. Koordinator

Koordinasi diperlukan pada perawatan berkelanjutan agar pelayanan yang komprehensif dapat tercapai dan koordinasi juga sangat diperlukan dalam asuhan keperawatan paliatif

3. Pelaksana

Perawat didalam memberikan asuhan keperawatan pasien di rumah, juga melaksanakan tindakan keperawatan secara langsung kepada pasien dan keluarga

4. Konsultan

Perawat sebagai narasumber bagi pasien dan keluarga di dalam mengatasi masalah kesehatan. Dalam hal ini perawat harus dapat menjaga hubungan baik dan bersikap terbuka serta dapat dipercaya

5. Kolaborator

Dalam asuhan kerawatan paliatif, perawat harus dapat bekerja sama dengan anggota tim perawatan paliatif lainnya

- a. Menganjurkan keluarga untuk melakukan upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan seperti perilaku hidup sehat : Nutrisi, Latihan fisik, Manajemen stress.
- b. Melakukan evaluasi pendidikan kesehatan yang telah dilakukan
- c. Mendokumentasikan kegiatan pendidikan kesehatan.

4. Kolaborator

- a. Melakukan kerjasama dengan anggota tim kesehatan lain untuk menyelesaikan masalah kesehatan pasien.
- b. Melakukan kerjasama dengan sumber-sumber fasilitas pelayanan yang ada di masyarakat untuk menyelesaikan masalah kesehatan pasien.

5. Advoca'e/Pembela

- a. Menemonstrasikan tehnik komunikasi efektif dengan pasien
- b. Me yeleksi tindakan dan prosedur pelayanan pasien.
- c. Menghormati hak pasien.
- d. Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan.
- e. Melaksanakan fungsi pendampingan (memberikan support fisik, mental dan spiritual pada pasien dan keluarga selama pasien dalam perawatan).
- f. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah kesehatan.
- g. Memfasilitasi pasien untuk dapat memanfaatkan sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah kesehatannya.

- c. Memantau kualitas pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan lainnya yang diberikan.
- d. Mengelola pelayanan keperawatan yang komprehensif untuk individu dan keluarganya.

2. Pelaksana/pemberi pelayanan

- a. Melakukan pengkajian fisik, psikososial dan spiritual serta fungsi keluarga.
- b. Menetapkan masalah dan diagnosa keperawatan.
- c. Menyusun rencana keperawatan dengan mempertimbangkan kebutuhan fisik, psikososial dan spiritual pasien dan keluarga.
- d. Melakukan tindakan keperawatan : perawatan luka, kolostomi, dll.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah diberikan

3. Pendidik

- a. Mengidentifikasi kebutuhan individu (pasien) dan keluarga akan pendidikan kesehatan.
- b. Memilih metode pembelajaran dan menyiapkan materi pembelajaran yang sesuai dengan kebutuhan dan masalah pasien atau keluarga.
- c. Menyusun rencana kegiatan pendidikan kesehatan.
- d. Melaksanakan pendidikan kesehatan terkait dengan masalah kesehatan pasien.
- e. Mengajarkan anggota keluarga tentang ketrampilan dan strategi yang dibutuhkan dalam mengasuh anggota keluarga yang sakit.

C. KRITERIA DAN KOMPETENSI PERAWAT PALIATIF

1. Kriteria Perawat Paliatif

- Pendidikan minimal D3 Keperawatan.
- Memiliki pengalaman klinik minimal 3 tahun.
- Telah mengikuti pelatihan perawatan paliatif terakreditasi.

2. Kompetensi Perawat Paliatif

Perawat Paliatif harus mampu :

- Mengidentifikasi faktor multidimensi yang mempengaruhi nyeri dan gejala lain :
 - Memahami patofisiologi nyeri dan gejala lain.
 - Menganali keunikan pengalaman nyeri dan gejala lain.
 - Membantu mengatasi nyeri dan gejala lain dengan tepat.

b. Mengkaji gangguan yang sering ditemukan pada sistem tubuh :

- Sistem kardiopulmonal: sesak, batuk, hemoptoe, cegukan, palpitasi.
- Sistem pencernaan: stomatitis, mual, muntah, anoreksia, gangguan menelan, konstipasi, diare, asites, kembung.
- Sistem Perkemihan: inkontinensia, hematuria, anuria, poliuria.
- Sistem reproduksi: perdarahan per-vaginam, cairan per-vaginam, gangguan fungsi seksual.
- Sistem neurology: kelemahan, kelumpuhan, kejang.
- Keluhan umum: kakeksia, lemah, gangguan tidur, anemia, dehidrasi, demam.
- Sistem integument: luka dan gangguan kulit lain

6. Konselor

- Membantu menyelesaikan masalah pasien dan keluarga.
- Membantu anggota keluarga memperimbangkan berbagai solusi dalam rangka menetapkan cara yang lebih baik untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- Mendukung keluarga untuk melakukan komunikasi yang efektif untuk menunjang penyelesaian masalah.
- Mengkomunikasikan bahwa keluarga bertanggung jawab memilih alternatif penyelesaian masalah.

7. Penemu Kasus dan Melakukan Rujukan

- Meningkatkan pengetahuan tentang tanda-tanda dan gejala yang akan memperburuk kondisi pasien.
- Melakukan pemeriksaan penunjang untuk mengidentifikasi adanya timbulnya masalah baru.
- Menetapkan kebutuhan rujukan yang sesuai.
- Melakukan rujukan terhadap kasus yang perlu penanganan dari tim kesehatan lainnya.
- Menyediakan pelayanan tindak lanjut terhadap kasus yang teridentifikasi.

8. Memodifikasi Lingkungan

- Memodifikasi lingkungan rumah yang memungkinkan pasien dilakukan asuhan keperawatan paliatif di rumah.
- Memodifikasi lingkungan yang memungkinkan pasien mandiri dalam perawatan dirinya.

9. Peneliti

- Perawat paliatif harus dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang dapat diteliti (menggumpulkan data sebagai bahan penelitian keperawatan).
- Mengaplikasikan hasil-hasil penelitian keperawatan

- i. Melindungi pasien dan keluarga dari bahaya yang mungkin terjadi seperti alat suntik dan obat-obatan kadaluarsa
- j. Melakukan pendidikan kesehatan tentang Pelayanan Keperawatan Paliatif
- k. Mengkaji kesiapan keluarga menghadapi pasien yang akan meninggal
- l. Meningkatkan profesionalisme dalam praktik Keperawatan Paliatif :
 - 1) Meningkatkan dan menjaga citra Keperawatan Paliatif yang profesional.
 - 2) Berkontribusi untuk pengembangan praktik Keperawatan Paliatif.
 - 3) Bertindak sebagai contoh atau model perawat paliatif yang efektif
- m. Mengelola asuhan keperawatan paliatif :
 - 1) Mendokumentasikan asuhan keperawatan
 - 2) mengevaluasi mutu praktik Keperawatan Paliatif.
 - 3) Berpartisipasi dalam peningkatan mutu dan prosedur jaminan mutu praktik Keperawatan Paliatif
- n. Mengembangkan diri di bidang Keperawatan Paliatif sebagai wujud tanggung jawab profesi

- c. Mengkaji aspek psiko, sosio, spiritual : cemas, takut, marah, depresi, kehilangan, peran dan fungsi dalam keluarga, masalah keuangan, kemampuan melakukan ibadah
- d. Melakukan pelayanan spesifik pada keperawatan paliatif:
 - 1) Memberikan obat pengurang rasa sakit sesuai dengan program terapi (mis: paracetamol).
 - 2) Mempunyai pengetahuan tentang efek samping penggunaan obat nyeri
 - 3) Memberikan pendidikan dan latihan teknik relaksasi dan latihan nafas dalam.
 - 4) Memberikan terapi keperawatan: pemijatan pada area sekitar daerah yang nyeri.
 - 5) Memberikan terapi komplementer: (mis: terapi raiiki pada titik nyeri).
 - 6) Memberikan kumur cairan ekstrak daun sirih (atau cairan kumur lainnya) untuk meminimalkan nyeri mulut akibat stomatitis dan untuk membersihkan luka.
 - 7) Mengatur kebutuhan peralatan medis dan keperawatan yang dibutuhkan pasien selama dirawat di rumah
- e. Mengkaji dan memonitor keinginan keluarga, kemampuan dan ketersediaan waktu dalam memberikan dukungan kepada pasien
- f. Mengkaji dan merespon lingkungan pasien yang beresiko
- g. Mengkoordinasikan rujukan pasien ke institusi pelayanan kesehatan lain
- h. Menginisiasi dan berpartisipasi pada diskusi kasus

BAB IV ASUHAN KEPERAWATAN PALIATIF

Asuhan keperawatan paliatif dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian sampai dengan melakukan evaluasi keperawatan.

A. PENGKAJIAN (format terlampir)

1. Anamnesa

- a. Data Umum : Nama, Umur, Jenis Kelamin, Agama, Alamat, Pekerjaan, Pendidikan, Status perkawinan, Suku bangsa, dst.
- b. Riwayat penyakit masa lalu
- c. Riwayat penyakit keluarga
- d. Status kesehatan saat ini
- e. Pengobatan yang sedang dan pernah dilaksanakan:
Kemoterapi paliatif, pembedahan paliatif, radioterapi paliatif, pengobatan Nyeri, Anti RetroViral (ARV) dan keluhan lain.
- f. Sirkulasi cairan
- g. Pernafasan
- h. Neurosensori
- i. Sistem pencernaan
- j. Eliminasi
- k. Integumen
- l. Reproduksi
- m. Mobilisasi

- n. Makanan dan minuman
- o. Kebersihan dan higiene
- p. Kebersihan istirahat tidur
- q. Komunikasi
- r. Faktor Keamanan dan lingkungan
- s. Faktor psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual.

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum dan Kesadaran
- b. Tanda-tanda Vital
- c. Pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki
- d. Pemeriksaan Khusus pada kasus paliatif : luka, stoma, dekubitus, edema ekstremitas/ anasarka.

3. Menganalisa hasil pemeriksaan penunjang yang pernah dilakukan.

- a. Darah lengkap, gula darah, fungsi lever, fungsi ginjal dll. Foto thorax untuk melihat kondisi jantung / paru.
- b. USG : melihat adanya massa dan kelainan organ.
- c. Biopsi : untuk mendeteksi adanya keganasan
- d. Pemeriksaan penunjang lain

B. DIAGNOSA (MASALAH) KEPERAWATAN PALIATIF

Diagnosa atau masalah keperawatan dapat teridentifikasi sesuai kategori urgensi masalah berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, diagnosa keperawatan yang mungkin pada kasus paliatif sesuai 14 kebutuhan Handerson adalah sbb:

D. PELAKSANAAN

Prinsip-prinsip didalam penanganan masalah keperawatan Paliatif didasarkan pada prioritas masalah keperawatan yang timbul

E. EVALUASI

Evaluasi berdasarkan pada kategori masalah keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien. Evaluasi mencakup dua elemen yakni evaluasi proses dan evaluasi hasil. Untuk dapat melihat keberhasilan setiap diagnosa keperawatan diukur sesuai dengan kriteria hasil.

1. Gangguan oksigenisasi dan sirkulasi
2. Gangguan pemenuhan kebutuhan cairan
3. Gangguan Kebutuhan nutrisi
4. Gangguan pemenuhan kebutuhan aktifitas sehari-hari,
5. Gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi BAK/BAB,
6. Gangguan citra diri/konsep diri,
7. Gangguan istirahat
8. Gangguan mobilisasi,
9. Gangguan psikologis putus asa dan merasa tidak berguna,
10. Gangguan rasa aman, nyaman
11. Gangguan reproduksi
12. Gangguan integritas kulit
13. Gangguan neurosensori
14. Gangguan komunikasi

C. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KASUS TERMINAL

Perencanaan dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul dan diprioritaskan untuk:

1. Meningkatkan kualitas hidup (contoh : mengurangi nyeri, mengurangi sesak nafas, menangani perawatan luka)
2. Meningkatkan daya tahan tubuh,
3. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk menerima kenyataan yang ada.
4. Mengajarkan keluarga untuk menghubungi petugas bila terjadi kondisi darurat
5. Mencegah timbulnya masalah baru.

F. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG LAZIM DITEMUKAN PADA PASIEN PALIATIF

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	EVALUASI
1	gangguan pola nafas berhubungan dengan penumpukan sekret.	Pola nafas efektif	1. Pernafasan reguler, dalam dan teratur. 2. Batuk efektif. 3. Tanda dan gejala obstruksi pernafasan tidak ada : stridor (-), weezing (-), sesak nafas : vesikuler kanan dan kiri. 4. Suara nafas : vesikuler normal, jumlah tidak berkurang dan tidak ada wheezing (-), takikardi (-), takipneu (-). 5. Sputum jernih, jumlah normal, tidak berbau dan berwarna. 6. Tanda-tanda sekresi tidak ada : demam (-), takikardi (-), takipneu (-).	1. Auskultasi bunyi nafas, perhatikan dan catat. 2. Monitor usaha pernafasan, rasio bunyi nafas abnormal. 3. Insprasi maupun ekspirasi, perhatikan penggunaan otot tambahan. 4. Observasi produk sputum, jumlah, warna, kekentalan. 5. Berikan posisi semi fowler atau berikan posisi miring aman. 6. Berikan air pulih hangat 2000 cc perhari jika tidak ada kontra indikasi. 7. Lakukan fisioterapi dada sesuai indikasi. 8. Lakukan suction bila perlu.	1. Pernafasan reguler, dalam dan teratur. 2. Batuk efektif. 3. Tanda dan gejala obstruksi pernafasan tidak ada : stridor (-), weezing (-), sesak nafas : vesikuler kanan dan kiri. 4. Suara nafas : vesikuler normal, jumlah tidak berkurang dan tidak ada wheezing (-), takikardi (-), takipneu (-). 5. Sputum jernih, jumlah normal, tidak berbau dan berwarna. 6. Tanda-tanda sekresi tidak ada : demam (-), takikardi (-), takipneu (-).
2	Kurang perawatan diri berhubungan dengan fungsi fisik dan psikologis	Kebersihan akan perawatan diri terpenuhi	1. Pasien tampak bersih dan segar 2. Mulut bersih dan tidak berbau 3. Kulit tidak kering	1. Kaji kemampuan pasien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari. 2. Motivasi untuk melakukan kegiatan sehari-hari. 3. Bantu pasien untuk mandi baik shower, ditempat tidur atau menggunakan shower. 4. Cucit rambut pasien sesuai dengan kebutuhan. 5. Lakukan perawatan kaki. 6. Bantu untuk perawatan perineal, Pantu kondisi kulit. 7. Pantu pemeliharaan pada kulit. 8. Bersihkan tangan pasien setelah makan/toileting. 9. Bantu pasien untuk oral hygiene. 10. Bantu pasien untuk oral hygiene.	1. Pasien tampak bersih dan segar 2. Mulut bersih dan tidak berbau 3. Kulit tidak kering

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	EVALUASI
3	(beranda dan berpakaian) berhubungan fungsi fisik dan psikologis	Pasien mau berpakaian dengan rapih dan berpakaian	1. Pasien berpakaian dengan rapih 2. Pasien mau berpakaian berbandan	1. Kaji kemampuan pasien untuk berpakaian dan berbandan rapi. 2. Pasien mau berbandan sendiri. 3. Demonstrasikan cara berpakaian pada pasien. 4. Kenakan pakaian pasien setelah personal hygiene selesai. 5. Motivasi pasien untuk berpartisipasi dalam memilih pakaian sendiri. 6. Bantu dan motivasi pasien untuk berbandan.	1. Pasien berpakaian dengan rapi. 2. Pasien mau berbandan sendiri. 3. Demonstrasikan cara berpakaian pada pasien. 4. Kenakan pakaian pasien setelah personal hygiene selesai. 5. Motivasi pasien untuk berpartisipasi dalam memilih pakaian sendiri. 6. Bantu dan motivasi pasien untuk berbandan.
4	Ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi/perkembangan penyakit / efek samping pengobatan (ansietas, iritasi mukosa saluran cerna , obstruksi usus, lambung).	makanan yang disenangi sesuai dengan jumlah dan waktu nya.	1. Pasien mampu memakan makanan dalam jumlah yang adekuat 2. Keluarga dapat menerima kemampuan pasien untuk makan.	1. Pasien mempunyai jadwal BAB/BAK. 2. Pasien BAB/BAK sesuai dengan jadwal. 3. Bantu pasien untuk melepaskan pakaian dalam. 4. Bantu pasien menggunakan toilet/urinal pada interval waktu tertentu. 5. Jaga privasi pasien selama BAB/BAK. 6. Fasilitas hygiene toilet setelah selesai BAB/BAK. 7. Ganti pakaian pasien setelah BAB/BAK kalau perlu. 8. Sram toilet/bersihkan alat.	1. Pasien mempunyai jadwal BAB/BAK. 2. Pasien BAB/BAK sesuai dengan jadwal.
5	Gangguan pola eliminasi berhubungan dengan fungsi fisik dan psikologis.	Pasien akan melakukan BAB/BAK secara teratur.	1. Pasien akan melakukan BAB/BAK secara teratur.	1. Pasien mempunyai jadwal BAB/BAK. 2. Pasien BAB/BAK sesuai dengan jadwal. 3. Bantu pasien untuk melepaskan pakaian dalam. 4. Bantu pasien menggunakan toilet/urinal pada interval waktu tertentu. 5. Jaga privasi pasien selama BAB/BAK. 6. Fasilitas hygiene toilet setelah selesai BAB/BAK. 7. Ganti pakaian pasien setelah BAB/BAK kalau perlu. 8. Sram toilet/bersihkan alat.	1. Pasien mempunyai jadwal BAB/BAK. 2. Pasien BAB/BAK sesuai dengan jadwal.

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	EVALUASI
6	Resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan fisik dan psikologis.	Pasien tidak mengalami cedera.	<ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tidak jatuh. 2. pasien mampu menggunakan sumber daya yang dimiliki. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan rasa aman pasien. 2. Identifikasi lingkungan yang membahayakan. 3. Identifikasi keterbatasan fisik terhadap jatuh. 4. Pantau kemampuan pasien untuk berjalan. 5. Hindarkan sumber-sumber yang berbahaya. 6. Atur lingkungan untuk meminimalkan pasien dari bahaya. 7. Borikan alat bantu bila diperlukan. 8. Dekatkan barang-barang yang dibutuhkan dengan jangkauan pasien. 9. Gunakan alat pelindung (penghalang tempat tidur). 10. Beritahu keluarga resiko berbahaya dari lingkungan. 11. Atur penerangan yang cukup adekuat. 12. Anjurkan pasien untuk meminta bantuan jika diperlukan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak jatuh. 2. Pasien mampu menggunakan sumber daya yang dimiliki.
7	Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketakutan akan kematian dan prognosis yang tidak pasti.	Pasien mampu menciptakan kembali pola tidur/istirahat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien akan tidur malam hari dan terbangun dengan perasaan enak. 2. Pasien/keluarga menyebutkan tindakan yang digunakan untuk meningkatkan tidur. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pola tidur dan aktifitas pasien 2. Pantau dan catat pola tidur/istirahat dan jumlah jam tidur pasien. 3. Kaji faktor yang memperberat masalah tidur/istirahat. 4. Berikan support emosional/konseling untuk membantu menghilangkan kecemasan. 5. Atur lingkungan yang nyaman untuk meningkatkan tidur. 6. Berikan massage pada punggung dan atur posisi yang nyaman. 7. Berikan terapi antidepressan sesuai kebutuhan. 8. Berikan antiansietas sesuai kebutuhan. 9. Berikan aktivitas yang meningkatkan waktu bangun atau mengurangi tidur siang hari. 10. Anjurkan penggunaan obat tidur. 11. Informasikan pasien/keluarga tentang faktor-faktor yang memperberat gangguan tidur/istirahat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien akan tidur malam hari dan terbangun dengan perasaan enak. 2. Pasien/keluarga menyebutkan tindakan yang digunakan untuk meningkatkan tidur.

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	EVALUASI
8	Perubahan membran mukosa mulut berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat	Membran mukosa yang mengalami lesi sembuh dan infeksi oral tertangani dengan baik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda 2. Pasien dan keluarga mampu melakukan tindakan untuk meningkatkan kesehatan mulut 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian oral terhadap kebersihan, kekeringan, ulserasi dan tanda-tanda infeksi. 2. Bantu untuk melakukan perawatan mulut setelah makan. 3. Lakukan tindakan perawatan mulut jika terjadi stomatitis. 4. Berikan es batu atau permen yang agak keras dan basahi dengan cairan jika mukosa mulut mengalami kekeringan. 5. Anjurkan untuk mencuci mulut dengan teralur. 6. Anjurkan untuk tidak merokok dan minuman alkohol. 7. Hindari penggunaan pencuci mulut yang dijual bebas. 8. Kolaborasi pemberian obat untuk infeksi mulut. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. 2. Pasien dan keluarga mampu melakukan tindakan untuk meningkatkan kesehatan mulut.
9	Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan efek kemoterapi terhadap mekanisme pertahanan tubuh.	Tidak ada tanda-tanda infeksi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien/keluarga mampu mendemonstrasikan tindakan-tindakan pencegahan infeksi. 2. Pasien/keluarga akan melaporkan bila terjadi peningkatan suhu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tanda-tanda infeksi. 2. Lakukan teknik antiseptik. 3. Pantau hasil laboratorium lekosit. 4. Pantau tanda-tanda vital. 5. Anjurkan pasien untuk cukup beristirahat. 6. Ajarkan pasien dan keluarga mengenal tanda-tanda infeksi dan menurunkan resiko infeksi. 7. Anjurkan keluarga untuk menggunakan masker apabila sedang infeksi saluran nafas atas. 8. Laporkan bila terjadi peningkatan suhu tubuh. 9. Pantau intake output. 10. Anjurkan pasien untuk banyak minum. 11. Berikan antibiotika sesuai anjuran. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien/keluarga mampu mendemonstrasikna tindakan-tindakan pencegahan infeksi. 2. Pasien/keluarga akan melaporkan bila terjadi peningkatan suhu.

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	EVALUASI
10	Nyeri kronis berhubungan dengan perkembangan penyakit kanker.	Nyeri terkontrol pada tingkat yang dapat ditoleransi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien/keluarga mampu mengidentifikasi tindakan-tindakan untuk mengontrol nyeri. 2. Pasien/keluarga mampu melakukan tindakan-tindakan untuk mengontrol nyeri. 3. Nyeri hilang/terkontrol. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji karakteristik nyeri. 2. Evaluasi tindakan kontrol nyeri. 3. Evaluasi asal nyeri dan atasi jika mungkin. 4. Lakukan tindakan untuk meningkatkan kenyamanan fisik dengan cara : Mempertahankan posisi, penggunaan tempat tidur khusus, penggunaan kompres, mengurangi stimuli lingkungan. 5. Anjurkan dan ajarkan teknik relaksasi. 6. Anjurkan untuk menggunakan teknik distraksi. 7. Berikan analgetik. 8. Pantau dan atasi efek samping pemberian analgetik. 9. Beritahu pasien/keluarga tentang penggunaan obat yang benar, efek samping obat dan yang dapat dilakukan jika terjadi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien/keluarga mampu mengidentifikasi tindakan-tindakan untuk mengontrol nyeri. 2. Pasien/keluarga mampu melakukan tindakan-tindakan untuk mengontrol nyeri. 3. Nyeri hilang/terkontrol.
11	Kelemahan fisik berhubungan dengan perubahan fisiologi tubuh terhadap chemoterapi.	Pasien mempunyai tenaga yang maksimal sesuai kebutuhan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu beristirahat sesuai kebutuhan. 2. Pasien akan tetap melakukan aktivitas sesuai kemampuan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kelelahan pasien. 2. Anjurkan pasien untuk mempertahankan pola istirahat dan tidur. 3. Anjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaannya tentang keterbatasan yang ada. 4. Bantu pasien untuk merencanakan aktivitas dan istirahat. 5. ajarkan pasien tehnik relaksasi, distraksi, diet imagary, relaksasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu beristirahat sesuai kebutuhan. 2. Pasien akan tetap melakukan aktivitas sesuai kemampuan.
12	Perubahan integritas kulit berhubungan dengan efek tirah baring yang lama.	Tidak terjadi gangguan integritas kulit (kulit pasien utuh) dan terbebas dari trauma.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan/kerusakan kulit tidak ada (kulit utuh). 2. Kulit bebas dari implamasi dan iritasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari penekanan yang terus menerus. 2. Hindari penggunaan talik. 3. Lakukan dan ajarkan pada keluarga untuk massage bagian punggung. 4. Buat jadwal perubahan posisi. 5. Lakukan dan anjurkan keluarga untuk merubah posisi pasien sesuai dengan jadwal. 6. Pantau kondisi kulit. 7. Jaga linen tetap bersih, kering dan bebas dari lipatan. 8. Beritahu pasien/keluarga untuk melaporkan bila terdapat tanda-tanda kemerahan, rasa tidak nyaman dan nyeri pada daerah yang tertekan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan/kerusakan kulit tidak ada (kulit utuh). 2. Kulit bebas dari implamasi dan iritasi.

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	EVALUASI
13	Perubahan pola seksual berhubungan dengan proses penyakit.	Pasien/orang terdekat kembali untuk mendapatkan kepuasan hubungan seksual.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menunjukan faktor resiko terhadap kegagalan fungsi seksual dan perubahan metode seksual yang dapat diterima. 2. Pasien mampu mendiskusikan pilihan untuk menjaga fungsi reproduksi yang sesuai. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan hubungan terapeutik atas dasar saling percaya dan saling menghargai dan menjaga privasi. 2. Kaji pengaruh penyakit/pengobatan terhadap seksualitas sesuai kebutuhan. 3. Anjurkan pasien untuk mengungkapkan ketakutan dan menanyakan masalahnya. 4. Diskusikan tentang alternatif ekspresi seksual yang dapat diterima. 5. Libatkan keluarga dalam diskusi. 6. Rujuk kalau perlu ke ahli seksilog. 7. Anjurkan pasien untuk menghindari kehamilan. 8. Beritahu pasien/pasangan tentang kemungkinan efek jangka panjang pada fungsi seksual sehubungan dengan chemoterapi, radiasi dan pembedahan sesuai kebutuhan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menunjukan faktor resiko terhadap kegagalan fungsi seksual dan perubahan metode seksual yang dapat diterima. 2. Pasien mampu mendiskusikan pilihan untuk menjaga fungsi reproduksi yang sesuai.
14	Perubahan proses berpikir berhubungan dengan proses penyakit.	Pasien menunjukan perbaikan/terpeliharanya proses berpikir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi mental dan psikologis pada tingkat optimal. 2. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji riwayat fisik, sosial dan psikologis pasien sebelumnya. 2. Kaji tingkat orientasi pasien. 3. Kaji adanya perubahan kesadaran, pusing dan sinkope. 4. Pantau status neorologis secara ketat. 5. Kurangi stimulus pada pasien. 6. Berikan terapi sesuai program. 7. Pantau intake output. 8. Bila kejang lakukan penatalaksanaan kejang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi mental dan psikologis pada tingkat optimal. 2. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial.

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	EVALUASI
				9. Identifikasi lingkungan yang dapat membahayakan pasien. 10. Batasi keinginan pasien hanya pada hal-hal yang diinginkan. 11. Hindari pengkajian yang tidak mungkin dijawab pasien. 12. Panggil nama pasien ketika mulai berinteraksi. 13. Berikan pengarah pada hal-hal yang sederhana. 14. Orientasikan pasien terhadap orang, waktu dan tempat. 15. Informasikan keluarga tentang pembatasan pengunjung. 16. Jelaskan pembatasan kunjungan keluarga/teman.	
15	Berduka berhubungan dengan proses kehilangan.	Pasien mampu mengungkapkan perasaan sedih atau kehilangannya.	1. Pasien mampu mendiskusikan perasaannya. 2. Pasien mampu mempertahankan hubungan dengan orang lain/keluarga. 3. Pasien mampu mempertahankan perawatan diri. 4. Pasien mampu mengidentifikasi sumber-sumber yang ada.	1. Bantu pasien dalam mengidentifikasi kehilangan. 2. Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaannya. 3. Bantu pasien dalam mengungkapkan strategi coping pribadi. 4. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi harapan hidup. 5. Bantu pasien untuk dapat menyampaikan hal-hal yang sangat diharapkan pasien. 6. Hindari menutup kenyataan. 7. Dorong hubungan terapeutik. 8. Support dengan pendekatan spiritual. 9. Ajarkan pasien tentang aspek-aspek harapan yang positif.	1. Pasien mampu mendiskusikan perasaannya. 2. Pasien mampu mempertahankan hubungan dengan orang lain/keluarga. 1. Pasien mampu mempertahankan perawatan diri. 2. Pasien mampu mengidentifikasi sumber-sumber yang ada.

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	EVALUASI
16	Gangguan gambaran diri berhubungan dengan adanya lesi kanker.	Bau dan drainage dapat terkontrol.	1. Lesi bersih dan tidak berbau. 2. Pasien/keluarga mampu mendemonstrasi perawatan luka yang direkomendasikan.	1. Kaji kondisi lesi. 2. Bersihkan luka dengan menggunakan antiseptik. 3. Demonstrasikan prosedur perawatan kulit. 4. Berikan antibiotik sesuai dengan program. 5. Sediakan ventilasi yang cukup. 6. Berikan kesempatan klien mengekspresikan penilaian terhadap dirinya. 7. Berikan penjelasan sumber bau dan proses terjadinya lesi. 8. Berikan perawatan menilai perkembangan luka.	1. Lesi bersih dan tidak berbau. 2. Pasien/keluarga mampu mendemonstrasi perawatan luka yang direkomendasikan.
17	Perubahan gambaran diri berhubungan dengan dampak pengobatan, Kehilangan organ tubuh.	Pasien dapat menerima terhadap perubahan yang terjadi.	1. Pasien mampu mengidentifikasi tindakan-tindakan untuk meminimalkan akibat kehilangan rambut. 2. Pasien mampu melakukan tindakan-tindakan untuk meminimalkan akibat kehilangan rambut.	1. Kaji rencana chemoterapi terhadap obat yang dapat menyebabkan alopesia. 2. Kaji dampak alopesia terhadap gaya hidup pasien. 3. Bantu pasien untuk mendiskusikan perasaan tentang perubahan citra tubuh. 4. Identifikasi tindakan untuk mengurangi dampak rambut rontok. 5. Anjurkan pasien untuk memotong rambut yang panjang. 6. Bantu pasien untuk mendapatkan rambut palsu/wig selama rambut belum tumbuh kembali. 7. Informasikan pasien tentang dampak dari chemoterapi.	1. Pasien mampu mengidentifikasi tindakan-tindakan untuk meminimalkan akibat kehilangan rambut. 2. Pasien mampu melakukan tindakan-tindakan untuk meminimalkan akibat kehilangan rambut.

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	EVALUASI
				8. Anjurkan pasien/keluarga untuk melakukan perawatan kulit kepala. 9. Evaluasi perasaan pasien terhadap kehilangan organ tubuhnya. 10. Bantu pasien untuk membedakan penampilan fisik dan arti hidup. 11. Berikan Motivasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya. 12. Anjurkan untuk melakukan komunikasi terbuka antara pasien dan keluarga. 13. Diskusikan tentang rekonstruksi/ menggunakan organ tiruan jika perlu. 14. Berikan kesempatan pasien untuk bertemu dengan orang yang mempunyai pengalaman yang sama dengan kemampuan coping yang baik.	
18	Takut berhubungan dengan proses penyakit (diagnosis kanker).	Klien mampu mengatasi perasaan takutnya.	1. Pasien dapat mempercayai orang yang diajak bicara. 2. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya dengan baik.	1. Kaji perasaan takutnya. 2. Berikan penjelasan terkait sumber yang ditakuti. 3. Tunjukkan perhatian terhadap hal-hal yang disampaikan. 4. Dengarkan pesan-pesan yang disampaikan. 5. Berikan respon tentang pemahaman yang disampaikan. 6. Bantu pasien untuk mengungkapkan perasaannya dengan cara yang tidak destruktif. 7. Bantu pasien dalam mengidentifikasi kekuatan untuk mengatasi perasaan takutnya.	1. Pasien dapat mempercayai orang yang diajak bicara. 2. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya dengan baik.

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	EVALUASI
19	Gangguan fungsi keluarga dirumah berhubungan dengan penyakit dan program pengobatan yang dialami.	Pasien dan keluarga mampu berfungsi secara optimal.	1. Pasien dapat menjelaskan kebutuhan akan perawatan dirumah. 2. Pasien/keluarga dapat memanfaatkan sumber-sumber dimasyarakat.	1. Tentukan akan kebutuhan perawatan dirumah. 2. Bantu anggota keluarga untuk mengembangkan harapan yang realistis terhadap diri dalam menampilkan peran. 3. Tawarkan solusi pada masalah finansial sesuai kebutuhan. 4. Rujuk pasien pada pelayanan sosial sesuai kebutuhan. 5. Berikan informasi adanya sumber-sumber yang ada dimasyarakat.	1. Pasien dapat menjelaskan kebutuhan akan perawatan dirumah. 2. Pasien/keluarga dapat memanfaatkan sumber-sumber dimasyarakat.
20	Perubahan interaksi keluarga berhubungan dengan dampak dari prognosis yang pasti.	Keluarga mampu untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional pasien dan anggota keluarga.	1. Keluarga memperlihatkan ketulusan dengan pasien. 2. Keluarga berpartisipasi dalam perawatan pasien. 3. Keluarga dan pasien mampu menggunakan sumber-sumber yang ada dimasyarakat.	1. Kaji reaksi emosional keluarga terhadap kondisi pasien. 2. Identifikasi perawatan diri yang tidak mampu dilakukan oleh pasien. 3. Identifikasi pilihan dan kemampuan keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien. 4. Identifikasi permasalahan di dalam keluarga. 5. Support anggota keluarga dalam mempertahankan hubungan keluarga. 6. Fasilitasi dalam berkomunikasi tentang kekhawatiran/perasaan antara pasien dan anggota keluarga. 7. Support coping mekanisme yang adaptif. 8. Fasilitasi interaksi keluarga dengan rohaniawan. 9. Kenalkan keluarga pada keluarga lain yang mempunyai pengalaman yang sama. 10. Berikan informasi pada keluarga tentang penyakit dan perkembangannya. 11. Jawab pertanyaan keluarga dalam mendapatkan informasi yang diperlukan. 12. Bantu keluarga dalam bersikap asertif dalam mencari informasi.	1. Keluarga memperlihatkan kedekatan dengan pasien. 2. Keluarga berpartisipasi dalam perawatan pasien. 3. Keluarga dan pasien mampu menggunakan sumber-sumber yang ada dimasyarakat.

- e. Melakukan evaluasi dan penyesuaian tindakan medik sesuai perkembangan kesehatan pasien.
- f. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya apabila diminta

3. Dokter Umum / Dokter Keluarga

- a. Melakukan pemeriksaan fisik pasien
- b. Menegakkan diagnosa berdasarkan hasil pemeriksaan fisik pasien dan hasil pemeriksaan penunjang medik
- c. Menetapkan tindakan medik termasuk pengobatan
- d. Melakukan evaluasi dan penyesuaian tindakan medik sesuai perkembangan kesehatan pasien
- e. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya apabila diminta

4. Relawan / Kader Kesehatan

- a. Memberikan pelayanan non kesehatan
- b. Memberikan alternatif solusi terhadap masalah sosial pasien
- c. Memfasilitasi kegiatan sosial pasien
- d. Memberikan informasi (sesuai dengan kemampuan dan kewenangannya) kepada pasien dan keluarganya apabila diminta

5. Tim Penunjang Medik (antara lain: Ahli Gizi, pelayanan rehabilitasi medik, psikolog)

- a. Memberikan konsultasi sesuai dengan keahlian
- b. Melakukan pemeriksaan penunjang medik
- c. Melakukan intervensi penunjang medik
- d. Melakukan evaluasi dan penyesuaian tindakan dibidang keahliannya sesuai perkembangan kesehatan pasien
- e. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya apabila diminta

BAB V

TATA LAKSANA ASUHAN KEPERAWATAN PALIATIF DI RUMAH

A. PENGORGANISASIAN

Penanganan pasien paliatif dapat terlaksana dengan baik apabila dilaksanakan secara multidisiplin, terpadu dalam Tim Paliatif. Tenaga yang terlibat dalam tim tersebut terdiri dari dokter, perawat, bidan, terapis kesehatan, psikolog, pekerja sosial, rohaniawan, dll, sesuai dengan kebutuhan pasien. Kedudukan anggota tim adalah setara, namun dalam pelaksanaannya ditetapkan seorang manajer kasus disesuaikan dengan kondisi pasien.

Pelayanan asuhan keperawatan paliatif di rumah dikordinir dan menjadi tanggung jawab seorang perawat koordinator asuhan keperawatan.

Peran masing-masing anggota Tim Paliatif

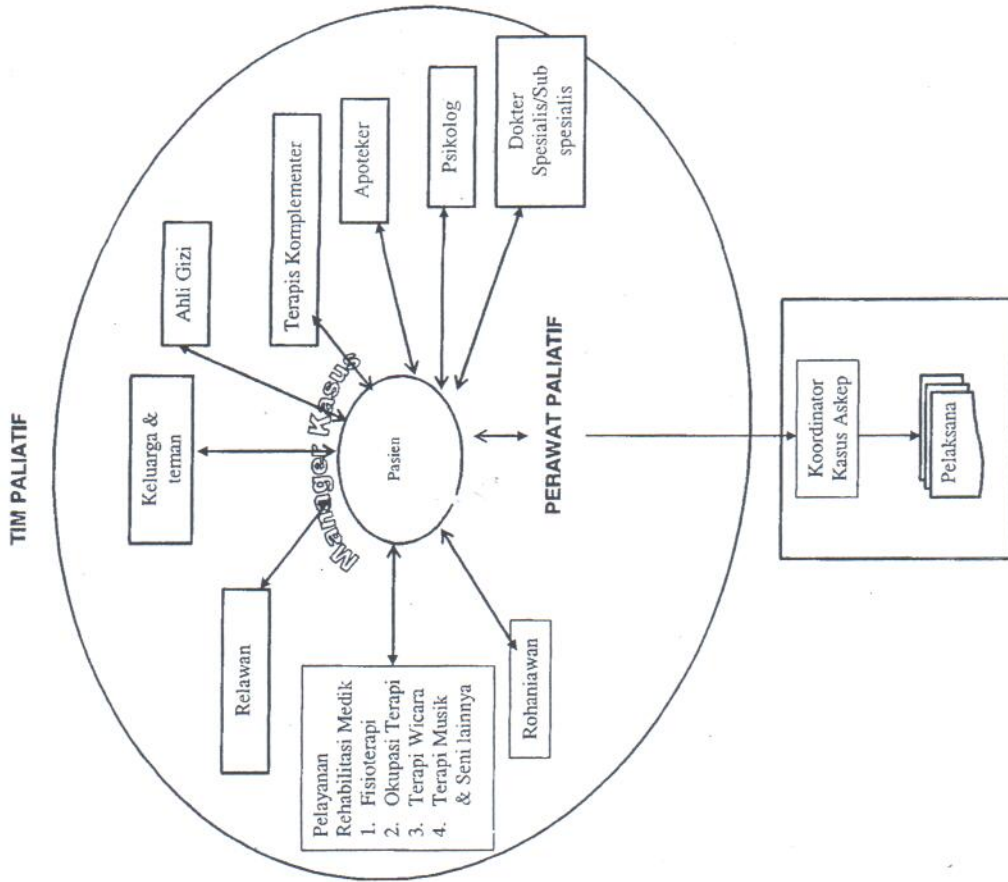
1. Manager Kasus,

bertugas dan berfungsi melakukan pengkajian kebutuhan pelayanan pasien, merencanakan pelayanan, melakukan koordinasi pelaksanaan pelayanan dengan anggota tim paliatif lain serta melakukan pemantauan pelayanan pada pasien.

2. Tim Dokter Primer (Dokter Spesialis / Sub)

- a. Memberikan konsultasi medis sesuai dengan keahlian
- b. Melakukan pemeriksaan fisik pasien dan hasil pemeriksaan penunjang medik
- c. Menegakkan diagnosa berdasarkan hasil pemeriksaan fisik pasien dan hasil pemeriksaan penunjang medik
- d. Menetapkan tindakan medik termasuk pengobatan

Sebagian pasien mengharapkan dengan terapi pelengkap dapat mencegah penyebaran, kemungkinan penyembuhan, menghambat progres penyakit dan peningkatan kualitas hidup.



6. Perawat paliatif

- Memberikan pelayanan profesional sesuai dengan standar yang telah ditetapkan
- Merahasiakan segala sesuatu yang diketahui berkaitan dengan keadaan pasien, kecuali informasi yang terkait dengan kesehatan pasien dalam rangka asuhan keperawatan
- Melaksanakan asuhan keperawatan
- Bekerjasama dalam tim dan saling mendukung demi kesejahteraan pasien
- Menghargai hak-hak pasien
- Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan

7. Rohaniawan

Rohaniawan adalah seseorang ahli agama yang memberikan dukungan spiritual kepada pasien seperti: ulama, pendeta dan tokoh agama lain dengan nilai-nilai dan prinsip hidup serta apa yang dicari manusia untuk memberi nilai dalam kehidupannya.

Tugas Rohaniawan memberikan dukungan spiritual yang berhubungan dengan nilai-nilai dan apa yang dicari manusia untuk memberi nilai dan kegunaan dalam hidupnya.

8. Terapis Komplementer

Pengobatan Komplementer termasuk pengobatan pelengkap yang diberikan kepada pasien dengan kondisi paliatif. Tujuan dari terapi pelengkap adalah untuk meningkatkan kondisi kesehatan pasien dan tidak membahayakan pasien.

Produk berbagai pengobatan pelengkap adalah : jamu, makanan suplemen, olah tubuh / senam pernafasan, pengobatan dengan memakai tenaga dalam / yoga, penyembuhan dengan doa.

2. Alur Rujukan

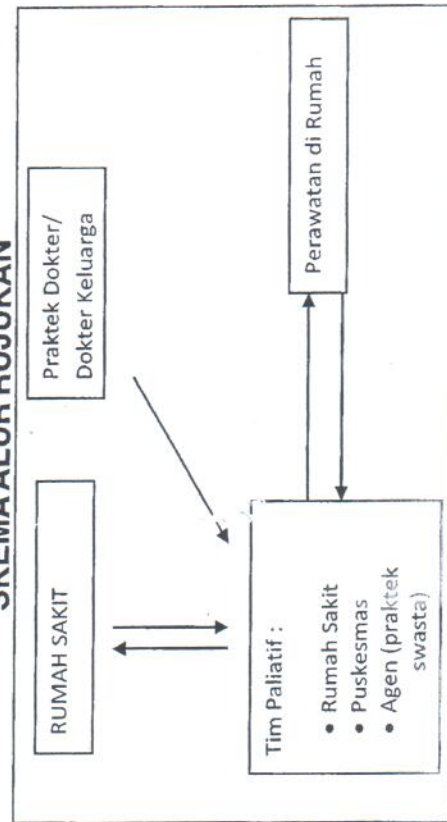
Indikasi pasien dirujuk untuk mendapat perawatan paliatif di rumah apabila dokter menetapkan pasien paliatif tidak memerlukan atau pasien menolak tindakan medik di sarana pelayanan kesehatan. Dengan indikasi tersebut pasien dirujuk ke tim paliatif untuk mendapatkan perawatan paliatif di rumah. Keputusan untuk merawat pasien dirumah juga berdasarkan musyawarah dengan keluarga.

Tim paliatif di Puskesmas, di Rumah Sakit, atau Praktek swasta yang menerima rujukan dari rumah sakit memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Apabila ada masalah di luar masalah keperawatan dilakukan kolaborasi dengan Tim Paliatif. Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala bersama dengan Tim Paliatif tergantung kondisi pasien.

Apabila kondisi Pasien memerlukan penatalaksanaan medik tertentu dalam perbaikan keadaan umum pasien maka dilakukan rujukan ke Rumah Sakit untuk perbaikan keadaan umum.

Alur rujukan dari rumah sakit ke rumah dapat melalui atau tanpa melalui puskesmas atau sarana pelayanan kesehatan lain ke rumah dan sebaliknya.

SKEMA ALUR RUJUKAN



B. MEKANISME PELAYANAN

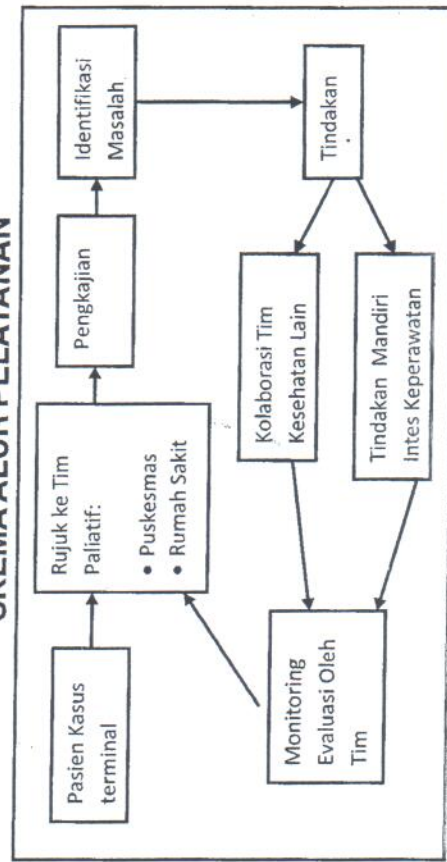
1. Alur Pelayanan

Pasien terminal harus dilakukan pengkajian dalam rangka mempersiapkan pasien dan keluarga untuk mendapatkan perawatan paliatif di rumah. Pengkajian yang diperlukan meliputi kondisi pasien, peralatan yang dibutuhkan, kondisi rumah, dan caregiver. Selanjutnya dibuat rencana dengan membuat kesepakatan antara perawat dan pasien beserta keluarganya tentang pelayanan apa saja yang akan diterima pasien. Kesepakatan tersebut mencakup jenis pelayanan, jenis peralatan, pelaksanaan pelayanan dan sistem pembayaran sesuai dengan kondisi pasien.

Secara teratur perawat melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diterima pasien dan melakukan penyesuaian intervensi pelayanan sesuai dengan perkembangan kesehatan pasien. Hasil monitoring selanjutnya didiskusikan dalam tim untuk dilakukan evaluasi dan perubahan intervensi jika diperlukan.

Dalam menunjang pemberian asuhan keperawatan paliatif di rumah peran lintas sektoral dan lembaga swadaya masyarakat/swasta sangat diperlukan dalam bentuk dukungan dana, tenaga dan iasilitas atau sumber daya lain yang ada di masyarakat.

SKEMA ALUR PELAYANAN



C. PEMBIAYAAN

Sebagian besar pasien di Indonesia membiayai sendiri pengobatannya, meskipun sudah semakin banyak yang menggunakan asuransi untuk pembiayaan kesehatan. Dewasa ini selain asuransi kesehatan PNS dan ABRI, juga dapat melalui asuransi kesehatan swasta dan asuransi kesehatan masyarakat miskin.

Pemerintah telah menetapkan kebijakan tarif dalam perawatan kesehatan di rumah yang mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Pemerintah dan masyarakat bertanggungjawab dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
 2. Tarif pelayanan perawatan kesehatan di rumah sebaiknya memperhatikan kemampuan keuangan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat.
 3. Penetapan tarif meskipun dimungkinkan untuk mencari laba, namun harus mempertimbangkan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah dengan asas gotong royong.
 4. Tarif pelayanan perawatan kesehatan di rumah untuk golongan yang pembayarannya dijamin oleh pihak asuransi ditetapkan atas dasar saling membantu.
 5. Tarif pelayanan kesehatan di rumah harus mencakup seluruh unsur pelayanan secara proporsional.
- Jenis Pelayanan yang dikenakan tarif meliputi:
- a. Jasa pelayanan kesehatan dan non kesehatan yang meliputi:
 - 1) Pelayanan Medik
 - 2) Pelayanan Keperawatan
 - 3) Pelayanan Penunjang Medik
 - 4) Pelayanan Penunjang Non Medik
 - b. Jasa Pelayanan Sarana Jasa Peralatan adalah imbalan yang diterima atas pemakaian sarana, fasilitas, alat kesehatan, obat dan bahan habis pakai yang digunakan langsung terhadap pasien.

BAB VI

PEMANTAUAN DAN PENILAIAN

Agar pelaksanaan kegiatan pelayanan keperawatan paliatif di rumah dapat mencapai sasaran dan sesuai dengan tujuan maka diperlukan pemantauan dan penilaian untuk mengetahui adanya permasalahan atau penyimpangan serta kekurangan yang terjadi dalam pelaksanaannya.

A. PEMANTAUAN

Kegiatan pemantauan dilakukan untuk mengetahui gambaran permasalahan yang berkaitan dengan kegiatan perawatan paliatif di rumah.

Indikator pemantauan mencakup: aspek fisik, manajerial, sumber daya, pelayanan dan pembiayaan dalam hal input, proses, maupun output.

B. PENILAIAN

Penilaian dilaksanakan untuk mengkaji, mengembangkan, atau mengganti Cara / metode keperawatan paliatif di rumah

Indikator penilaian :

1. Kelengkapan dokumen
2. Kesesuaian Pelayanan diantara anggota tim paliatif
3. Kepuasan pasien terhadap pelayanan
4. Kemandirian pasien dan keluarga

DAFTAR PUSTAKA

- Aranda Sanchia and Margaret O'Connor. (1999) *Palliative Care Nursing: A Guide to Practice*. Melbourne , Ausmed Publications.
- Allender et al (1999). *Community Health Nursing*. Philadelphia ; Lippincott
- Ayers et al. (1998) *Community – Based Nursing Care*. Philadelphia ;Mosby
- Departemen Kesehatan RI. (2004). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta ; Depkes.
- Departemen Kesehatan RI. (2004). *Pedoman Perawatan Kesehatan di Rumah*. Jakarta ; Depkes.
- Djauzi Samsuridjal, dkk. (2003) *Perawatan Paliatif Dan Bebas Nyeri Pada Penyakit Kanker*. Rumah Sakit Kanker “Dharmas” . Jakarta. PT Pelita Mandiri Indonesia.
- Gilliss C.L et al (1989). *Toward a Science of Family Nursing*. California ; Addison.
- Hanson S.M.(2001). *Family Health Care Nursing : Theory, Practise, and Research*. Philadelphia ; F.A Davis.
- Howard J.R. (1990). *Community Health Nursing*. Pennsylvania ;Springhouse.
- Humphrey C.J. (1998). *Homecare Nursing Handbook*. Maryland ; Aspen.
- Rice R. (1996). *Home Health Nursing Practice:Concepts and Application second edition* . Missouri: Mosby
- Stanhope et al.(1996). *Nursing Community Health*. Philadelphia ;Mosby.
- Swanson et al.(1997). *Community Health Nursing: Promoting the Health of Aggregates*. Philadelphia ; W.B Saunders Company.

BAB VII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan dan pengawasan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, Pengurus Organisasi Profesi (PPNI) kabupaten/kota, Masyarakat Paliatif dan pimpinan sarana pelayanan perawatan kesehatan di rumah.

Mekanisme Pembinaan dan Pengawasan :

1. Proses Pembinaan dan Pengawasan yang dilakukan melalui Pemantauan atau Supervisi oleh Dinas kesehatan sekurang-kurangnya satu kali Pertemuan dalam satu tahun.
2. Proses Pembinaan dan Pengawasan yang dilakukan melalui Pemantauan atau Supervisi oleh Organisasi profesi sekurang-kurangnya dua kali Pertemuan dalam satu tahun.
3. Proses Pembinaan dan Pengawasan yang dilakukan melalui Pemantauan atau Supervisi oleh Pimpinan Sarana pelayanan perawatan kesehatan di rumah sekurang-kurangnya satu kali Pertemuan dalam satu bulan.
4. Menyangkut waktu, biaya, dan tempat pelaksanaan Pertemuan ditetapkan atas kesepakatan bersama antara Pembina dengan sasaran yang di bina.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota bertugas melakukan pembinaan dan pemantauan pelaksanaan praktik pelayanan Keperawatan paliatif di rumah yang ada di Wilayahnya.
6. Strategi Pembinaan dan Pengawasan dilakukan antara lain melalui Pertemuan Berkala, inspeksi mendadak, angket, penilaian diri (self evaluation) atau pembicaraan kasus .

PENGKAJIAN AWAL KASUS

NAMA KLIEN	
NAMA PENANGGUNG JAWAB KELUARGA	
ALAMAT	
MANAJER KASUS	
DOKTER	
DIAGNOSA MEDIS (AWAL)	

NO	KRITERIA	YA	TIDAK	KETERANGAN
1.	Pasien dalam perawatan dokter			
2.	Saat ini pasien membutuhkan: <ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan medik • Perawatan • Rehabilitasi • Dukungan social • Alat Bantu/ Peralatan Kesehatan • Lain-lain 			
3.	Keluarga memiliki anggota yang adekuat untuk merawat pasien.			
4.	Keluarga memiliki sumber daya dana pendukung untuk penanganan masalah kesehatan : Askes, Jamsostek, Askeskin dll			
5.	Keluarga memiliki sarana dan prasarana pendukung untuk perawatan pasien di rumah sesuai kebutuhan pasien misal :			
6.	Lingkungan rumah aman untuk pelayanan home visit/ home care			
7.	Pasien sungguh-sungguh ingin bekerjasama dengan Tim/ Petugas Kesehatan dalam perawatan keluarga di rumah untuk melaksanakan intervensi / Penanganan masalah secara mandiri.			
8.	Pasien memiliki kemampuan untuk belajar & berlatih			
9.	Pasien & keluarga memahami hak dan kewajiban selama bekerjasama dg Tim Penyelenggara Yanwatga di rumah/ Home Care Agency			
10.	Kebutuhan pasien/ keluarga akan advokasi (dukungan psikososial, spiritual). Kebutuhan akan manajemen kasus (pelayanan multidisiplin, sumber di masyarakat, rekomendasi penggunaan standar jalur klinik).			

Lampiran 1.

FORMAT DOKUMENTASI UNTUK MANAJEMEN KASUS PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH

1. Pengkajian Awal Kasus
2. Persetujuan Pelayanan Keperawatan keluarga di Rumah (Informed Consent)
3. Jadwal Kunjungan Tim Pelayanan Keperawatan Keluarga di Rumah
4. Tindakan Tim Pelayanan Perawatan Keluarga di Rumah
5. Formulir Daftar Pengobatan Kliien
6. Pertemuan Tim Pelayanan Keperawatan Keluarga di Rumah
7. Formulir Rujukan Kasus
8. Format Penghentian Pelayanan Keperawatan Keluarga di Rumah

JADWAL KUNJUNGAN TIM PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH

MINGGU							IV
SABTU							III
JUM'AT							II
KAMIS							I
RABU							
SELASA							
SENIN							
MINGGU							

Catatan: Jadwal Kunjungan disesuaikan dengan kebutuhan klien

**PERSETUJUAN (Informed Consent)
PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH**

Yang bertandatangan dibawah ini

Klien
 Nama
 Tempat /Tanggal lahir
 No. Telepon
 No Register
 Penanggung jawab (Keluarga)
 Nama
 Alamat
 No. Telepon
 Hubungan dengan klien

Setelah mendapat penjelasan tentang pelayanan keperawatan keluarga di rumah, yang memuat tentang HAK dan KEWAJIBAN KLIEN, menyatakan setuju / tidak setuju * menerima pelayanan perawatan diri oleh tim pelayanan keperawatan keluarga di rumah (*Coret salah satu).

HAK KLIEN

1. ikut menentukan rencana pelayanan keperawatan keluarga di rumah
2. Menerima pelayanan yang sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan kode etik, norma agama dan sosial budaya tanpa diskriminasi berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia atau asal usul kebangsaan.
3. Mengemukakan keberatan tentang tindakan setelah menerima penjelasan yang lengkap, kecuali tindakan kegawatan-daruratan.
4. Mengemukakan keberatan terhadap individu petugas yang melayani, dan dapat mengusulkan petugas pengganti.
5. Memperoleh informasi yang berkaitan dengan setiap perubahan pelayanan, termasuk perubahan tarif pelayanan.
6. Memperoleh perlindungan hukum atas tindakan yang menyimpang dari standar prosedur.

KEWAJIBAN KLIEN / KELUARGA

1. Bekerjasama dan membantu petugas untuk mendukung tercapainya tujuan pelayanan keperawatan keluarga di rumah.
2. Mematuhi rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat berdasarkan kesepakatan bersama petugas.
3. Membayar pelayanan yang diterima sesuai dengan tarif yang berlaku.
4. Memperlakukan petugas sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan etika, norma agama dan sosial budayanya tanpa diskriminasi berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia, atau asal-usul kebangsaan.

Saya memahami bahwa persetujuan ini dibuat sebagai upaya meningkatkan rasa aman dalam menerima pelayanan sesuai standar dan memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan peraturan yang ditetapkan. Saya percaya bahwa petugas pelayanan keperawatan keluarga di rumah akan menjaga hak-hak saya dan kerahasiaan pribadi saya sebagai klien, sesuai dengan peraturan yang ditetapkan dan hak-hak yang berkenaan dengan kepribadian saya.

.....200....

.....
 Nama & tanda tangan penanggung jawab klien

.....
 Nama & tanda tangan

.....
 Nama & tanda tangan perawat

.....
 Jabatan

TINDAKAN TIM PENYEDIA PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH

NAMA KLIEN	
UMUR	
ALAMAT/ TELP	
NAMA PENANGGUNG JAWAB KELUARGA	
ALAMAT/ TELP	
DIAGNOSA MEDIK	

TGL	DATA PENUNJANG	TINDAKAN	TINDAK LANJUT	DISIPLIN PROFESI	NAMA/ TTD

FORMULIR DAFTAR PENGOBATAN KLIEN

NAMA KLIEN									
DIAGNOSA MEDIK									
ALERGI									
NAMA MANAJER KASUS/TELP									
HARI/ TGL	JENIS OBAT	DOSES/ WAKTU/ CARA PEMBERIAN	TGL MULAI	TGL BERHENTI	NAMA & TTD DOKTER	KET.			

FORMAT DOKUMENTASI UNTUK PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH

1. Pengkajian Keperawatan Keluarga
2. Perencanaan Keperawatan
3. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

FORMAT PENGHENTIAN PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH

NAMA KLIEN	
NAMA PENANGGUNG JAWAB KELUARGA	
ALAMAT	
MANAJER KASUS	
DOKTER	
DIAGNOSA MEDIS (AWAL)	

PERIODE PELAYANAN		P :		S :	
TD :	N :	TERCAPAI	TDK TERCAPAI	TERCAPAI	ALASAN TDK TERCAPAI
HASIL AKHIR PERAWATAN					
1. Mengikuti program pengobatan dengan tepat					
2. Mendemonstrasikan program diet dengan tepat					
3. Mengerti Masalah Kesehatan					
4. Melakukan upaya pemulihan kesehatan secara maksimal					
5. Mengikuti Intervensi kesehatan dan keperawatan yang direncanakan					
6. Melaporkan adanya penyimpangan					
1. Mengerti waktu yang tepat saat meminta bantuan					
2. Melakukan Upaya pencegahan memberatnya masalah secara aktif					
3. Melakukan Upaya promosi kesehatan untuk peningkatan masalah kesehatan yang ada					

Perubahan medikasi/pengobatan/diet selama perawatan :

Frekuensi dan waktu kunjungan yang dilakukan tenaga kesehatan :

Perubahan dalam rencana keperawatan :

Alasan penghentian perawatan :

Koordinasi yang telah dilakukan diantara tenaga kesehatan yang merawat klien :
Tanggal :

Nama & TTD Klien/ Keluarga Nama & TTD Manajer Kasus Nama & TTD Dokter*
Cat : * Jika masih dalam penanganan dokter



PERENCANAAN KEPERAWATAN

Facilitas Yankekes	No. Register
Nama Perawat yang mengkaji	Nama Penanggungjawab/ KK
Nama Individu/ Keluarga/ Kelompok	Alamat
Penyakit/ Masalah Kesehatan	

Tgl/ No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan



IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Facilitas Yankekes	No. Register
Nama Perawat yang mengkaji	Nama Penanggungjawab/ KK
Nama Individu/ Keluarga/ Kelompok	Alamat
Penyakit/ Masalah Kesehatan	

Tgl/ No.	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Ttd Perawat



**PEDOMAN PROMOSI KESEHATAN BAGI PERAWAT
KESEHATAN MASYARAKAT**

DIREKTORAT BINA PELAYANAN KEPERAWATAN DAN KETEKNISIAN MEDIK
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA