**MIDDLE RANGE THEORY:
PEACEFUL AND OF LIFE THEORY**

OLEH:

Setiyo Adi Nugroho.Ns. M.kep

**FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NURUL JADID**

2021

DAFTAR ISI

Kata Pengantar

Daftar Isi

Bab 1 Pendahuluan

1. Latar Belakang 5
2. Tujuan 6

Bab 2 TinjauanPustaka

1. Riwayat hidup ahli teori 7
2. Sumber teori 10
3. Penggunaan bukti empiris 12
4. Konsep utama dan kegunaan..... 12
5. Asumsi mayor 13
6. Pengembangan teori EOL 15
7. Framework teori *peaceful end of life* 19

Bab 3 Aplikasi Kasus

1. Kasus 20
2. Asuhan Keperawatan 20

Bab 4 Penutup

1. Kesimpulan 31
2. Saran 32

Daftar Pustaka

Cornelia M. Ruland

1954 to present

Shirley M. Moore

1948 to present

Peaceful End-of-Life Theory

Patricia A. Higgins and Dana M. Hansen

"Standards of care offer a promising approach for the development of middle-range prescriptive theories because of their empirical base in clinical practice and their focus on linkages between interventions and outcomes"
(Ruland & Moore, 1998, p. 169).

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Teori *Peaceful End Of Life* dikembangkan dari standar dengan tujuan dapat hidup tenang sebelum kehidupan berakhir. Standar dari kekhawatiran dikembangkan oleh satu group berpengalaman dari perawat yang berasal dari Norwegia. Perawat tersebut berada pada satu unit *gastroenterological* dimana setengah dari pasien didiagnose dengan *cancer* dan dihadapkan pada pasien terminal dalam setiap harinya (Ruland dan Moore 1998). Dengan pasien terminal dokter tidak memfokuskan pada mereka, sehingga perawat harus memiliki pengetahuan untuk merawat pasien dalam kondisi terminal dan management gejalanya. Menurut salah satu ahli teori keperawatan Shirley M. Moore, teori *Peaceful End Of Life*, menyatakan bahwa perawat integral akhir dari ketenangan hidup meliputi, kebebasan dari sakit, dukungan emosional, kedekatan dan keikutsertaan pada kenyataan lain yang berpengaruh, dan perlakuan dengan empati dan hormat (Alligood, 2014).

Berdasarkan situasi diatas menunjukkan bahwa seorang perawat perlu untuk mengetahui secara kompleks perawatan pasien yang mengalami penyakit terminal dan bagaimana perawat dapat berkontribusi dalam memberikan ketenangan akhir dari hidup pasien. Kondisi ini dapat dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan pasien dan memberikan bimbingan klinis dalam perawatan dan memberikan mereka pelayanan yang berkualitas. Dengan demikian dapat diketahui bahwa penerapan yang dilakukan oleh perawat tersebut merupakan hasil pengembangan dari teori *Peaceful End Of life* (Ruland dan Moore 1998).

Teori ini tidak hanya berfokus pada kematian dari pasien, melainkan ketenangan dan arti dari kehidupan selama akhir dari hidup yang bisa diingat oleh pasien, kenyataan lain dan anggota keluarga. Teori dikembangkan dari satu standar kekhawatiran yang diciptakan oleh pakar keperawatan untuk

mengatur pasien dengan penyakit terminal (Ruland dan Moore 1998). Suatu hal yang sangat menarik tentunya, ketika seorang perawat mampu menterjemahkan bagaimana mengembangkan teori ini menjadi lebih mudah untuk dapat diterapkan pada pasien. Untuk itu Penulis sangat tertarik mengangkat teori ini agar dapat difahami bersama bagaimana teori *peaceful end of life* ini bisa diterapkan dalam asuhan keperawatan khususnya pada pasien terminal.

1.2. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menganalisa *Middle Range Theory* salah satunya teori yang dibahas adalah *Peaceful End Of Life*

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui salah satu bagian *Middle Range Theory* yang salah satunya teorinya adalah *Peaceful End of Life*
- b. Membandingkan perbedaan dan persamaan antara teori tersebut berfokus pada asumsi teoritis terhadap konsep-konsep sentral disiplin ilmu keperawatan dan pernyataan/hubungan antar konsep sesuai masa dan orientasi teoritis.
- c. Menganalisa teori menggunakan proses keperawatan sebagai pendekatan aplikatif dalam asuhan keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

1. Riwayat Hidup Ahli Teori *Peaceful End of life* (EOL)

a. Cornelia M. Ruland

Cornelia M. Ruland lahir di Norwegia tahun 1954. Lulus sarjana keperawatan (B.Sn) pada tahun 1974 dari Universitas Bergen, Norwegia. Pada tahun 1979, Ruland mengambil Registered Nurse (RN) selanjutnya bekerja menjadi perawat klinik spesialis anak di tahun 1983. Tahun 1994 ia mengambil Master dan tahun 1998 mendapatkan gelar doktornya dari Universitas Case Western Reserve, Cleveland, Ohio.

Karir keperawatannya dimulai sejak tahun 1979 sampai tahun 1980 dengan menjadi staf keperawatan di unit anak di Rumah Sakit Bergen, Norwegia. Dilanjutkan dengan menjadi staf perawat di unit anak dan onkologi di Oslo tahun 1980-1983. Tahun 1983-1988, Ruland menjadi perawat klinik spesialis anak di Oslo, dilanjutkan dengan menjadi kepala unit anak tahun 1988-1990. Tahun 1990-1994, ia menjabat sebagai direktur keperawatan di Rumah Sakit Aker University. Pada tahun 1994-

1997, Ruland mendapat beasiswa untuk mengambil doctor di USA dilanjutkan dengan menjadi asisten professor post doctoral di Oslo tahun 1998-1999. Tahun 2000-2001 ia menjadi asisten professor di Hanover dan tahun 2001-2002 menjadi asisten professor di New York. Tahun 2006 mendapat gelar professor di department of clinical medicine, University of Oslo.

Ruland memulai karir penelitian mulai tahun 1994 sebagai asisten peneliti. Lalu menjabat sebagai direktur proyek riset bersama Shirley Moore tahun 1995 sampai 1997. Saat ini (Juni 2002 – sekarang) Ruland menjabat sebagai Direktur Center for shared Decision Making and Nursing Research di RS Universitas Rikshospitalet Oslo Norwegia dan menjadi asisten professor di Dartmouth Medical School, Hanover, New Hampshire juga di Nursing College Universitas Iowa, Amerika Serikat.

Aktifitas profesional dan akademik umum Cornelia M. Ruland meliputi:

- 1) Sebagai manuscript reviewer dari: JAMIA (Journal of the American Medical Informatics Association), AMIA (American Medical Informatics Association), Society for medical Decision Making, Medical Care, Patient education and counseling, Computer in nursing, Health services research, Expert review of pharmaco-economics and outcomes research, Vardi Norden, dan Nursing informatics di tahun 2003.
- 2) Menerima hibah penelitian nasional dan internasional: pada presentasi doctoral dari Konsil riset Norwegia tahun 1994-1997
- 3) Memperoleh penghargaan profesional: dari AMIA, Sigma Theta Tau, Paper nursing Informatics. Aktif di riset dan kongres internasional.
- 4) Melakukan publikasi: tesis, paper di jurnal, konferensi dan menerbitkan buku tentang nursing informatics.
- 5) Menjadi pembicara di tingkat nasional dan internasional
- 6) Menjadi peneliti utama pada sejumlah penelitian
- 7) Mengajar

Ruland mengembangkan program riset untuk menerapkan pengambilan keputusan dan hubungan pasien-pemberi pelayanan di institusi kesehatan serta mengembangkan, melaksanakan dan mengevaluasi system informasi untuk mendukung program tersebut. Penelitiannya berfokus pada aspek-aspek instrument/alat pengambilan keputusan bersama dalam situasi klinik yang menantang, seperti:

- 1) Saat pasien dihadapkan dengan tindakan yang sulit atau keputusan skrining. Situasi ini membuat pasien sangat membutuhkan bantuan untuk mengerti keuntungan dan kerugian alternative pilihan dan memperoleh nilai-nilai serta pilihan/preferensi mereka
- 2) Pilihan/preferensi disesuaikan dengan manajemen penyakit kronis atau penyakit serius yang lama.

b. Shirley M. Moore

Shirley M. Moore lahir pada tahun 1948. Lulus diploma keperawatan tahun 1969 di *Youngtown Hospital Association School of nursing*. Tahun 1974 mengambil *Bachelor of Nursing* di Kent State University, kemudian mengambil gelar Master di bidang mental psikiatri (1990) dan Doktornya di bidang *Nursing Science* pada tahun 1993 di Case Western Reserve University.

Moore tertarik di bidang epistemology dan teori-teori keperawatan, model-model asuhan tim interdisiplin serta peningkatan kualitas berkesinambungan (*Continuous Quality Improvement*). Ia menjadi peneliti utama di beberapa riset dan melakukan riset dibidang:

- 1) *Recovery following cardiac events*
- 2) *Health behavior change*
- 3) *Exercise following cardiac events*
- 4) *Obesity*
- 5) *Quality and safety*

Proyek pelatihan yang dilakukan Moore adalah menjadi sponsor mentor dan menjadi anggota dari komite kepemimpinan. Publikasi yang telah dilakukan mencakup tesis, jurnal dan paper. Saat ini Moore menjabat sebagai wakil dekan untuk penelitian di *School of nursing, Case Western Reserve University*. Fokus pemikirannya adalah penerapan teori keperawatan dan sains keperawatan di semua level mahasiswa keperawatan dan pusat perhatiannya pada program pengembangan riset dan teori pada kondisi pemulihan setelah cardio.

Di awal studi doktoralnya, Moore bersama beberapa ahli teori seperti Joyce J. Fitzpatrick, Jean Johnson dan Elizabeth Lenz tidak hanya menggunakan teori tetapi juga mengembangkannya. Selama beberapa tahun, Moore diberi kesempatan untuk menjelaskan teori yang digunakan pada tools praktik untuk para praktisi, peneliti dan dosen pada konferensi yang selalu diadakan setiap tahun di Universitas Case Western Reserve. Dalam hal ini Moore telah dibantu untuk mengembangkan dan mempublikasikan beberapa teori (Good and Moore, 1996) dan telah menerapkan bentuk teori menjadi sebuah keterampilan yang penting bagi mahasiswa doktoral.

2. Sumber Teori

Peaceful End of life dikembangkan dari beberapa kerangka teori, secara primer berdasarkan model klasik Donabedian baik struktur, proses dan outcomes (Ruland dan Moore, 1998) yang sebagiannya berkembang dari teori

system umum *grand* teori. Pengaruh teori sistem umum dapat menembus semua teori keperawatan, dari model konsep hingga teori *middle* dan *microrange*, sebagai indikator kegunaanya dalam menjelaskan kompleksitas interaksi antara kesehatan dan organisasi (Higgins dalam buku Tomey dan Alligood, 2002). Dalam teori EOL, *setting* struktur adalah sistem keluarga (pasien penyakit terminal dan orang-orang terdekat) yang menerima asuhan dari tenaga profesional di unit akut rumah sakit, dan prosesnya dijelaskan sebagai tindakan-tindakan (intervensi keperawatan) yang didesain untuk meningkatkan hasil positif terkait dengan:

- 1) Bebas dari rasa nyeri
- 2) Mengalami rasa nyaman
- 3) Mengalami penghargaan dan bermartabat
- 4) Menjadi lebih tenang
- 5) Mengalami kedekatan dengan orang-orang terdekat dan pemberi asuhan.

Landasan teoritis kedua dari teori ini adalah teori preferensi atau pilihan (Brandt, 1979), digunakan oleh para ahli filosofi untuk menjelaskan dan mendefinisikan kualitas kehidupan (Sandoe, 1999). Ini merupakan suatu konsep yang sangat penting dalam riset dan praktik EOL. Di dalam teori preferensi, definisi kehidupan yang baik adalah mendapatkan apa yang diinginkan, pendekatan ini terlihat sangat tepat pada asuhan EOL. Hal ini dapat diaplikasikan untuk orang sadar maupun orang yang tak berdaya yang sudah ada dokumentasinya untuk pengabilan keputusan EOL. Kualitas kehidupan dapat dievaluasi sebagai manifestasi kepuasan melalui penilaian empiris seperti berkurangnya gejala dan kepuasan dalam hubungan interpersonal. Pilihan pasien menggabungkan keputusan asuhan dianggap baik dan sesuai dengan teori ini (Ruland & Bakken, 2001; Ruland, Kresevic & Lorensen, 1997) dan penting untuk kesuksesan proses dan hasil (Ruland & Moore, 2001).

Teori EOL diturunkan dalam berbagai cara pragmatis. Hal ini terjadi saat Ruland mengambil doktoral dan Moore sebagai orang fakultas. Teori-

teori *middle range* saat ini baru muncul dan ada beberapa definisi dan contoh yang baik. Kelas ditantang untuk memikirkan kegunaan dan pengembangan teori *mid range* dalam ilmu keperawatan dan praktiknya di masa depan. Selanjutnya mahasiswa berdiskusi tentang sumber-sumber ilmu teori *mid range* tersebut diperoleh seperti ilmu empiris, ilmu praktik klinik dan ilmu sintesa. Setiap mahasiswa bertanya darimana teori-teori *middle range* itu berasal. Ruland saat itu baru saja menyelesaikan proyek utamanya yaitu mengembangkan standar praktik klinik untuk *peaceful EOL* dengan sekelompok perawat kanker di Norwegia. Standar tersebut disintesa ke dalam teori *peaceful EOL* oleh Ruland dan selanjutnya diperhalus dengan bantuan Moore. Teori ini menjadi contoh awal penggunaan standar praktik sebagai sumber pengembangan teori *middle range*.

3. Penggunaan bukti empiris

Teori ini berdasarkan bukti empiris yang berasal dari pengalaman langsung perawat-perawat ahli dan tinjauan menyeluruh dari literature beberapa komponen teori berasal. Kelompok praktisi ahli yang mengembangkan standar asuhan *peaceful EOL* ini mempunyai pengalaman klinik sekurang-kurangnya 5 tahun dalam merawat pasien penyakit terminal. Standar asuhan terdiri dari praktik-praktik terbaik berdasarkan bukti penelitian dalam area manajemen nyeri, rasa nyaman, nutrisi dan relaksasi. Di dalam teori preferensi terdapat usulan pernyataan yang berhubungan dengan bukti empiris yang dibutuhkan dan dari pernyataan ini hipotesis dapat diturunkan dengan mudah untuk dites kegunaannya.

4. Konsep Utama dan Kegunaannya

a) Tidak mengalami nyeri

Bebas dari penderitaan ataupun distress adalah bagian utama dari banyaknya pengalaman EOL pasien. Nyeri dianggap sebagai pengalaman sensoris atau emosi yang tidak menyenangkan dikaitkan dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial (Lenz, Suppe, Gift, Pugh & Milligan, 1995; Pain term, 1979)

b) Mengalami rasa nyaman

Rasa nyaman didefinisikan secara inklusif, menggunakan Kolcaba dan Kolcaba's work (1991) sebagai bebas dari rasa tidak nyaman, kondisi sentosa dan damai/puas dan apapun yang membuat hidup lebih mudah dan menyenangkan (Ruland & Moore, 1998, p.172)

c) Merasa bermartabat dan dihargai

Setiap pasien penyakit terminal dihargai dan dinilai sebagai seorang manusia (Ruland & Moore, 1998. P.172). Konsep ini menyatukan pendapat tentang nilai pribadi, yang diekspresikan oleh prinsip etik (otonomi) atau menghargai orang lain yang menyatakan bahwa individu seharusnya diperlakukan sebagai agen otonomi dan orang-orang yang otonominya berkurang mempunyai hak atas perlindungan (United State, 1978). Munn, et al 2008 mengatakan dalam penelitiannya bahwa merasa dihargai (contoh: perhatian perawat terhadap inkontinen) merupakan hal yang penting dalam EOL.

d) Menjadi damai

Damai adalah perasaan tenang, harmonis dan puas, bebas dari kecemasan, kegelisahan, kekhawatiran dan ketakutan (Ruland & Moore, 1998, p.172).keadaan penuh damai meliputi dimensi fisik, psikologis dan spiritual.

e) Kedekatan dengan orang-orang terdekat

Kedekatan adaah perasaan terhubung dengan manusia-manusia yang peduli (Ruland & Moore, 1998, p.172). hal ini meliputi kedekatan fisik atau emosi yang diekspresikan melalui kehangatan dan hubungan yang dekat/intim. Munn etal, 2008 dalam penelitiannya mengatakan bahwa ada peran yang signifikan dalam hubungan kedekatan perawat-pasien saat memberikan asuhan EOL.

5. Asumsi Mayor EOL (Keperawatan, individu, Kesehatan, dan lingkungan)

Seperti halnya teori Middle-range lainnya focus teori EOL ini yaitu akhir kehidupan klien dengan penuh damai (peaceful end of life) tidak begitu membahas masing-masing konsep metaparadigma. Teori ini berasal dari

standart perawatan yang ditulis oleh perawat ahli yang berpengalaman di praktek. Oleh karena itu, konsep paradigm yang secara eksplisit ditujukan kepada keperawatan dan individu. Teori ini berfokus kepada fenomena keperawatan yang kompleks, perawatan secara holistic untuk mendukung individu dalam menghadapi kematian secara damai.

Ada dua asumsi Roland and Moore (1998) identifikasi teori sebagai berikut:

- a. Pengalaman kejadian dan perasaan pada masa akhir hidup merupakan bersifat pribadi dan individual.
- b. Asuhan Keperawatan mempunyai peranan yang sangat penting dalam menciptakan pengalaman untuk menghadapi kematian dengan damai (*peaceful end of life*). Perawat melakukan pengkajian dan menginterpretasikan isyarat yang merefleksikan pengalaman seseorang dalam menghadapi kematian dan mengintervensi dengan tepat untuk memperoleh atau mempertahankan pengalaman yang damai. Bahkan sekalipun pasien yang akan menghadapi kematian dengan keadaan tidak dapat komunikasi verbal.

Ada dua tambahan asumsi yang tersirat, yaitu:

- a. Keluarga, sebuah istilah yang mencakup orang lain yang berate bagi pasien merupakan bagian penting dalam perawatan klien dengan keadaan menjelang kematian.
- b. Tujuan pelayanan *end of life* adalah bukan mengoptimalkan pelayanan dengan cara teknologi terbaik melainkan untuk memaksimalkan pelayanan demi mencapai kualitas hidup dan kematian yang penuh kedamaian.

Roland and Moore (1998) mengidentifikasi enam pernyataan hubungan eksplisit dalam teori mereka yaitu :

1. Memantau dan memberikan obat penghilang nyeri dan intervensi farmakoterapi – nonfarmakoterapi untuk memberikan pengalaman hidup tanpa nyeri

2. Mencegah, memantau dan memberi kenyamanan fisik, membantu istirahat, relaksasi dan mencegah komplikasi yang berkontribusi pada pengalaman merasa nyaman
3. Mengikutsertakan pasien dan orang terdekat dalam proses pengambilan keputusan terkait pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien, memberlakukan pasien dengan martabat, empati dan hormat, dan bersikap atentif terhadap kebutuhan pasien, harapan untuk membuat pasien merasa bermartabat dan dihormati
4. Mendukung emosi, memantau dan memenuhi kebutuhan pasien akan obat-obatan anti cemas, memenuhi keinginan percaya untuk membuat pasien merasa damai
5. Memfasilitasi partisipasi orang-orang terdekat dalam pelayanan keperawatan pasien, menerima rasa berduka keluarga, kekhawatiran, pertanyaan-pertanyaan dan memberi kesempatan pada keluarga untuk mengalami kedekatan pada orang yang dirawat
6. Kesemua lima point diatas dapat berkontribusi terhadap akhir kehidupan yang penuh kedamaian

6. Pengembangan Teori EOL

Peaceful end of life atau akhir kehidupan yang penuh kedamaian merupakan teori yang terutama berdasarkan model klasik Donabedian, mengikuti struktur, proses hingga tujuannya yang dikembangkan dari *grand theory*. Menurut Donabedian tahun 1970, konsep kualitas dengan proses evaluasi mendefinisikan mutu asuhan sebagai suatu keselarasan antara perawatan aktual dan kriteria yang telah dibentuknya. Tiga jenis pendekatan yang mutu asuhan yang berkaitan dengan struktur, proses dan hasil akhir (Marr and Giebing, 2001).

Figure 1: The Donabedian model of measuring health care system performance¹⁰

Pada teori ini setting strukturnya adalah sistem keluarga yang menjadi resipien pelayanan keperawatan dari para professional pada unit rawat di rumah sakit untuk mendapatkan hal-hal yang positif yaitu bebas dari rasa nyeri, merasa nyaman, tetap merasa bermartabat dan dihormati, merasa damai, merasakan kedekatan dengan orang-orang terdekat

Proses yang dimaksud adalah proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Sedangkan hasil akhir yang diinginkan dalam teori ini adalah pasien meninggal dengan damai dan tenang.

Dalam teori ini konsep yang digunakan untuk menjelaskan *end of life* adalah teori kualitas hidup, yang dimanifestasikan dengan kepuasan melalui pengkajian empiris misalnya gejala penyakit yang dirasakan menjadi

berkurang, kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain. Dasar pembuatan teori adalah teori pemilihan hal yang disukai (Brandt, 1979) yang digunakan oleh para teoris untuk mendefinisikan kualitas kehidupan (Sandoe, 1999). Teori ini menjelaskan hidup yang berkualitas sebagai keadaan dimana seseorang mendapatkan apa yang diinginkan, sebuah pendekatan yang dirasa tepat untuk memberikan perawatan pada seseorang yang ingin menghadapi kematian dengan tenang dan damai.

Berikut digambarkan dalam *circle diagram: peaceful journey end of life process* Reinette Powars Murray, M.S.N, R.N

- Diagnosis : Pasien menerima kenyataan bahwa prognosis penyakit yang di derita merupakan penyakit yang terminal atau EOL.
- Comfort : Pasien memiliki hak untuk berada dalam keadaan nyaman setiap saat meliputi fisik, lingkungan dan atau intervensi psikospiritual.
- Advance care directive / embracing your choice : Setelah di diagnosis pasien harus memiliki instruksi lanjutan, hal ini memungkinkan pasien menunjuk seseorang untuk berbicara mewakili mereka dalam hal keinginan kesehatan mereka, sekalipun pasien tersebut tidak dapat

berbicara. Keputusan pasien tersebut yang oleh hukum harus dihormati bagi kalangan dokter.

- d. Palliative / hospice care : perawatan total care yang aktif kepada pasien yang penyakitnya tidak responsif terhadap pengobatan kuratif. yang terpenting dalam penanganan adalah pengendalian rasa sakit dan sytomatis serta mengatasi masalah psikologis, sosial dan spiritual. pencapaian tujuan dalam perawatan adalah kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga (WHO, 1990).
- e. Sprituality : secara terbuka di definisikan sebagai pencarian individu akan makna utama kehidupan sesuai dengan keyakinan atau pengalaman sendiri. Penyedia layanan kesehatan lebih baik dapat memberikan bantuan kepada pasien maupun keluarga yang mengalami masalah dalam spitualitas.
- f. Caring Quilt / Caring cart : berbagai alat perawatan bisa membantu pasien terminal memberikan suasana nyaman dan menghibur pasien serta menjadi kenangan bagi yang terkasih pasien. Seperti music, film dan kamera.
- g. No one dies alone : kehadiran pendampin yang terkasih sangat penting untuk memberikan keyakinan kepada pasien bahwa tidak akan meninggal disaat sendirian.

7. Framework Teori Peaceful End of Life

BAB 3

APLIKASI KASUS DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN

DENGAN TEORI EOL

1. Kasus

Mr. S berusia 75 tahun penduduk Amerika Afrika dirawat di ruang medical dengan keluhan sesak nafas dan fatigue. Mr. di diagnosa Heart failure. Dia merupakan tulang punggung keluarga, dia tinggal bersama istrinya di sebuah apartemen. Semenjak di diagnosa heart failure 4 bulan yang lalu Mr.S tidak bekerja.

Melihat keadaan pasien, tim perawatan paliatif menyadari bahwa selain dari manajemen perawatan paliatif. Ada kebutuhan lain yaitu dukungan psikologis, social, dan spiritual. Pasien mengeluh bahwa takut mati karena ia khawatir tentang bagaimana keluarganya akan mengelola financial. Mr S juga ingin pulang untuk dirawat di rumah, dia mengatakan,” Saya ingin perawatan dilakukan di rumah sampai nafas terakhir hidupku”.

<http://txnmhospice.org/docs/2013Conference/HandoutsELNEC/Mod%201%20Case%20Studies.doc>

2. Asuhan Keperawatan dengan Konsep *Peaceful end of life*

a. Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan tahap awal dalam melakukan proses asuhan keperawatan. Pada tahap ini perawat dapat mengkaji berbagai data, baik data yang terkait aspek fisik (biologis), psikologis (mental), sosial, dan spiritual.

1) Aspek fisik (biologis)

Pengkajian yang dapat dilakukan terkait aspek fisik, diantaranya: kaji skala nyeri, monitoring dan catat hal – hal yang meringankan/memperberat rasa nyeri, apakah dengan menggunakan obat-obatan atau tidak yang dapat memberikan kontribusi dalam

meringankan rasa sakit, monitoring hal – hal untuk pencegahan rasa tidak nyaman pada fisik, fasilitasi klien untuk beristirahat, dan relaksasi.

2) Aspek Psikologis (Mental)

Perawat harus mampu mengkaji respon emosional klien dalam menghadapi kematian. Apakah klien berada pada fase menyangkal, kemarahan, tawar menawar, depresi, atau penerimaan (Yosep I, 2007). Kaji kemampuan klien menghadapi stress dan identifikasi kemungkinan faktor penghambat klien dalam menghadapi proses berduka.

3) Aspek Sosial (hubungan interaksi dengan orang lain)

Kaji apakah penyakit terminal/kritis yang dialami klien, berpengaruh terhadap kepuasannya dalam melakukan hubungan interpersonal, seperti mengalami isolasi sosial. Kaji dukungan sosial (keluarga) terhadap penerimaan kondisi klien.

4) Aspek Spiritual

Kaji persepsi klien terhadap kondisi sakit yang dialaminya, apakah klien menyalahkan diri sendiri, atau sudah mampu menerima kondisinya saat ini. Menurut Sherill & Larson (1992), makin kuat komitmen agama klien yang mengalami penyakit terminal/kritis, maka proses penyembuhan makin cepat, lebih mampu mengatasi nyeri, mengatasi depresi, dan penderitaan.

3. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan (Carpenito, 1995). Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan penyakit terminal/kritis, dipengaruhi oleh data yang diperoleh dari hasil pengkajian. Pada teori ini, lebih menitikberatkan pada dampak psikologis yang dialami klien (sesuai tujuan

akhir teori). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, diantaranya: berduka disfungsi kronik, isolasi sosial, harga diri rendah, distress spiritual, anxietas, kehilangan, dll.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah dari diagnosa tertentu, dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus sudah tercapai. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan klien yang perlu dicapai atau dimiliki klien. Umumnya kemampuan pada tujuan khusus dibagi dalam tiga aspek yaitu: kemampuan kognitif, kemampuan psikomotor, dan kemampuan affektif. Ketiga kemampuan tersebut terkait langsung dengan kemampuan klien terhadap diri sendiri, kemampuan klien menggunakan sumber daya yang tersedia, dan terkait dengan penggunaan terapi medik atau terapi lain yang diperlukan (stuard and Sundeen, 2007). Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien *end of life* mengacu pada lima aspek dalam teori tersebut, yang bertujuan agar pasien bebas dari rasa nyeri, terbebas dari ketidaknyamanan sehingga menimbulkan kepuasan hidup, menghargai pasien sehingga pasien merasa dihormati dan dihargai sebagai manusia, memperoleh kedamaian baik secara fisik, psikologis dan spiritual serta tetap merasakan kedekatan hubungan baik secara fisik maupun emosi.

Intervensi keperawatan yang dapat dirumuskan berdasarkan pada teori *Peaceful End of Life* adalah:

Tujuan umum: Klien dapat menghadapi akhir kehidupan dengan penuh kedamaian

Tujuan Khusus:

- Klien mampu mengungkapkan perasaannya
- Klien mampu berbagi rasa dengan orang lain (keluarga atau teman)
- Klien/keluarga mampu menerima kenyataan kehilangan dengan perasaan damai

- Gejala penyakit yang dirasakan menjadi berkurang
- Klien mengalami kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain, seperti: merasakan kedekatan dengan orang-orang terdekat
- Pada unit rawat di rumah sakit klien mendapatkan hal-hal yang positif yaitu: bebas dari rasa nyeri, merasa nyaman, tetap merasa bermartabat dan dihormati, merasa damai

Rencana Tindakan Keperawatan:

1. Prinsip rencana tindakan keperawatan pada klien yang mengalami kehilangan (Yosep I, 2007).:
 - a. Bina dan tingkatkan hubungan saling percaya
 - b. Identifikasi kemungkinan faktor yang menghambat proses berduka
 - c. Kurangi/hilangkan faktor penghambat proses berduka
 - d. Beri dukungan terhadap respon kehilangan klien
 - e. Tingkatkan rasa kebersamaan antara anggota keluarga
2. Tentukan kondisi klien sesuai dengan fase yang sedang dialaminya:
 - a. Fase pengingkaran
 - 1) Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaannya
 - 2) Berikan umpan balik yang tepat
 - 3) Tunjukkan sikap menerima, ikhlas, dan mendorong klien untuk berbagi rasa
 - 4) Jadi pendengar aktif dan tidak menilai
 - 5) Jadi pendukung dalam pemenuhan ADL
 - 6) Berikan jawaban yang jujur terhadap pertanyaan klien tentang sakit, pengobatan, dan kematian
 - b. Fase marah
 - 1) Ijinkan dan mendorong klien mengungkapkan perasaan marahnya secara verbal tanpa melawan dengan kemarahan
 - 2) Jadi pendengar yang aktif
 - c. Fase tawar menawar

Bantu klien mengidentifikasi rasa bersalah dan perasaan takut

- d. Fase depresi
 - 1) Identifikasi tingkat depresi dan resiko merusak diri sendiri
 - 2) Bantu klien mengurangi rasa bersalah
- e. Fase penerimaan
 - 1) Bantu klien untuk menerima kehilangan yang tidak bisa dielakkan
 - 2) Motivasi klien untuk mengekspresikan perasaan, pandangan tentang dirinya
 - 3) Bantu klien untuk merencanakan masa depan
 - 4) Klien dapat menggunakan koping yang konstruktif
- 3. Beri informasi dan dukungan dengan menghadirkan orang – orang yang memahami tentang penyakit terminal seperti kanker, jantung kongestif , ginjal, dan neuromuskuler.
- 4. Berikan informasi mengenai proses kematian.
- 5. Bantu menyediakan pelayanan di rumah bila diinginkan
- 6. Pastikan keluarga tersebut mengetahui apa yang harus dilakukan saat kematian tiba.
- 7. Berikan privasi dan waktu yang cukup bagi mereka untuk menerima kenyataan tersebut
- 8. Ambil keputusan untuk memberikan perhatian pada klien yang membutuhkan, dan memberikan rasa hormat untuk meningkatkan martabat klien
- 9. Sediakan dukungan emosional, kebenaran, dan menemui klien untuk menanyakan apa yang dibutuhkan untuk mengurangi kecemasan
- 10. Partisipasi dalam memfasilitasi klien untuk mengurangi kecemasan dengan bertanya dan memberi kesempatan untuk didampingi oleh orang terdekatnya.
- 11. Berikan perhatian dengan menghilangkan rasa nyeri, nyaman, kedamaian dengan memberikan kesempatan orang terdekat untuk mendampingi.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan : dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat, dalam pelaksanaannya lebih menitikberatkan dalam mengurangi rasa nyeri, memberikan rasa nyaman, menghormati martabat sebagai manusia, memberi dukungan emosional dan rasa damai pada pasien menjelang akhir kehidupan.

Prinsip implementasi yang dapat dilakukan adalah gunakan teknik komunikasi therapeutic dan libatkan support sistem, seperti: keluarga atau teman (Yosep I, 2007).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan secara terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan (Keliat, B. A, dkk, 1999). Evaluasi keperawatan meliputi respon fisik, respon emosi, dan respon sosial. Perawat dapat memberi asuhan keperawatan dengan pasien terminal dan mengantarkan mereka untuk mengakhiri kehidupan dengan tenang dan damai dengan menghormati dan menghargai manusia sebagai individu yang bermartabat

BAB 4

PENUTUP

1. Kesimpulan

Peaceful end of life theory merupakan salah satu teori yang termasuk dalam *middle range theory*. Teori ini dikemukakan oleh Rulland & Moore yang menfokuskan pada pasien kondisi terminal dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup manusia. Konsep utama teori ini meliputi lima aspek yaitu membebaskan rasa nyeri pada pasien, mempertahankan kenyamanan, respek dan menghargai martabat, kedamaian dan kedekatan hubungan pasien dengan orang lain.

Berbagai pernyataan diatas yang kemudian mendasari penggunaan teori ini dalam asuhan keperawatan. Teori ini menjadi contoh awal penggunaan standar praktik sebagai sumber pengembangan teori *middle range*. Standar praktik ini menggunakan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Hal-hal yang dikaji dalam teori ini meliputi fisik (biologis), psikologis (mental), sosial, dan spiritual. Hasil pengkajian merupakan landasan bagi perawat dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang menitikberatkan pada dampak psikologis yang dialami pasien. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, diantaranya: berduka disfungsi kronik, isolasi sosial, harga diri rendah, distress spiritual, anxietas, kehilangan, dll.

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien *end of life* bertujuan agar pasien bebas dari rasa nyeri, terbebas dari ketidaknyamanan sehingga menimbulkan kepuasan hidup, menghargai pasien sehingga pasien merasa dihormati dan dihargai sebagai manusia, memperoleh kedamaian baik secara fisik, psikologis dan spiritual serta tetap merasakan kedekatan hubungan baik secara fisik maupun emosi. Hasil akhir yang diinginkan dalam teori ini adalah pasien meninggal dengan damai dan tenang.

2. **Saran**

Teori *peaceful end of life* lebih menitikberatkan pada masalah psikologis pasien. Hal ini berpengaruh terhadap intervensi yang akan disusun oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Untuk itu seorang perawat harus dapat menggunakan teori-teori lainnya yang mendukung agar dapat merumuskan diagnosa keperawatan lainnya yang tidak hanya fokus terhadap masalah psikologis. Sebagaimana diketahui masalah yang muncul pada pasien selain aspek psikologis juga aspek lainnya seperti fisik, sosial, ekonomi, budaya dan spiritual.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M.R. (2014). *Nursing theorists and their work eighth edition*. USA: Mosby Elseiver.701-709.
- Dochterman, J. M and Bulechek, G. M., 2004, *Nursing Interventions Clasification (NIC)*, Mosby: St. Louis, Missouri
- <http://txnmhospice.org/docs/2013Conference/HandoutsELNEC/Mod%201%20Case%20Studies.doc>
- Keliat, B A, dkk. (1999). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Munn, JC, Dobbs, D, et.al. (2008). *The end of life experience in long term care: five themes identified from focus groups with residents, family members, and staff*. The Gerontologist 48.4
- Murish, J., (2010). *Development of an End of Life Care Pamhlet in the ICU*. California.
- Nanda International. 2014. *Nursing Diagnoses;definition & Clasification*. Tenth edision. Wiley Blackwell.
- Reinette Powars Murray,. *circle diagram: peaceful journey end of life process*. (online). <http://www.endoflifejourney.com/circle.htm>
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. Nursing Outlook. Vol 46 (4). 169-175
- Sherill & Larson. (1992). *Religious Commitment And Health*. APA: Annual Meeting
- Sue Moorhead., Johnson, M., Mass. M., 2004, *Nursing Outcomes Clasification (NOC)*, Mosby: St. Louis, Missouri
- Yosep I, (2007). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Reflika Aditama.