



KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/2180/2023
TENTANG
PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN PALIATIF

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka penanganan pasien dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa atau pasien terutama dengan stadium lanjut dan terminal, diperlukan pelayanan paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien;
- b. bahwa pengaturan penyelenggaraan pelayanan paliatif dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 812/MENKES/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif sudah tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan pelayanan, teknologi, dan hukum sehingga perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1775);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN PALIATIF.

KESATU : Menetapkan Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

KEDUA : Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, tenaga medis, tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan pemangku kepentingan terkait dalam penyelenggaraan pelayanan paliatif.

KETIGA : Pelayanan paliatif sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan berupa rumah sakit, klinik, atau pusat kesehatan

- masyarakat.
- KEEMPAT : Selain diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KETIGA, pelayanan paliatif dapat dilaksanakan di rumah paliatif yang merupakan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat dalam rangka membantu pelayanan paliatif.
- KELIMA : Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan daerah provinsi, dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan paliatif sesuai dengan kewenangan masing-masing berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- KEENAM : Pada saat Keputusan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 812/MENKES/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KETUJUH : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 14 Desember 2023

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003

LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/2180/2023
TENTANG
PEDOMAN PENYELENGGARAAN
PELAYANAN PALIATIF

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN PALIATIF

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan paliatif merupakan pelayanan terpadu dan menyeluruh dengan pendekatan multidisplin yang bekerja secara interdisiplin. Pelayanan paliatif sangat dibutuhkan karena meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa baik pada dewasa, anak, dan geriatri seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, *cystic fibrosis*, stroke, parkinson, gagal jantung (*heart failure*), gagal ginjal, penyakit genetika, dan penyakit infeksi seperti *Human Immunodeficiency Virus Acquired/Immuno Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS), dan *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), yang memerlukan perawatan paliatif.

Saat ini kebutuhan pelayanan paliatif secara global menunjukkan peningkatan signifikan setiap tahunnya. Tercatat lebih dari 56,8 juta orang yang membutuhkan perawatan paliatif di seluruh dunia. Prevalensi tertinggi pasien yang membutuhkan pelayanan paliatif adalah pada usia tua atau lebih dari 70 tahun, yaitu sekitar 40%. Hal ini sejalan dengan meningkatnya usia harapan hidup di dunia. Kawasan asia tenggara mencatat sekitar 17,1% dari jumlah pasien yang membutuhkan pelayanan paliatif di dunia dengan penyakit tertinggi adalah kanker sebesar 20,4 %. Sedangkan di Indonesia, kebutuhan perawatan paliatif sebesar 0,35 % (*Global Atlas of Palliative Care*, 2020). Perawatan akhir kehidupan yang tepat mampu menurunkan pembiayaan perawatan rumah sakit di Amerika dengan

menghemat sekitar 1,6 juta dollar per tahun, sedangkan di Indonesia penelitian di RSUPN dr. Cipto mangunkusumo menunjukkan adanya penurunan pembiayaan satu episode perawatan sebesar 2,7 juta rupiah per pasien pada kanker terminal.

Pasien dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa pada umumnya mengalami gejala fisik yang berat, gangguan psikologis, kesulitan sosial dan masalah spiritual yang saling mempengaruhi sehingga membutuhkan tata laksana yang komprehensif dengan perawatan paliatif. Berdasarkan hal tersebut, untuk mengoptimalkan pelayanan paliatif diperlukan suatu pedoman sebagai acuan bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, dokter dan tenaga kesehatan lain, fasilitas pelayanan kesehatan, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan paliatif.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum:

Menjadi acuan dalam penyelenggaraan pelayanan paliatif agar setiap pasien mendapatkan peningkatan kualitas hidup sampai akhir kehidupan dan meninggal secara bermartabat.

2. Tujuan Khusus:

- a. Memberikan tata laksana nyeri dan gejala lain yang adekuat pada pasien dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa.
- b. Memberikan dukungan psikologis, sosial, dan spiritual kepada pasien dan keluarga yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa.
- c. Meringankan beban keluarga dalam memberikan perawatan bagi pasien dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa.
- d. Mengembangkan layanan yang komprehensif, terpadu, dan berkelanjutan dari tingkat layanan kesehatan yang satu ke tingkat layanan kesehatan yang lain oleh tim multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin.

C. Sasaran

1. Pemerintah pusat
2. Pemerintah daerah
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan
4. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

5. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
6. Organisasi Profesi
7. Masyarakat
8. Pemangku kepentingan terkait lainnya

D. Definisi

1. Pelayanan Paliatif adalah pelayanan dengan pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama, pengobatan nyeri dan gejala fisik lain, masalah psikososial, dan spiritual.
2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif ataupun paliatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
3. Rumah Paliatif adalah tempat perawatan pasien yang membutuhkan pelayanan paliatif berupa Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) dan merupakan jejaring fasilitas kesehatan tingkat pertama.
4. Stadium Lanjut adalah suatu tahapan penyakit dengan tujuan pengobatan untuk memperpanjang harapan hidup, bukan untuk penyembuhan.
5. Stadium Terminal adalah stadium lanjut yang tidak merespon pengobatan yang diberikan dan penyakitnya mengalami progresifitas menuju akhir kehidupan dan kematian.
6. Kondisi Penyakit Terminal (stadium lanjut) adalah penyakit yang tidak lagi respon terhadap terapi kuratif dengan harapan hidup terbatas dengan perburukan yang tidak dapat dikembalikan seperti adanya metastase, penurunan fungsi organ dan kualitas hidup. Harapan hidup kurang dari 12 bulan.
7. Kondisi pasien *end of life* adalah kondisi dimana telah terjadi kemungkinan kematian semakin jelas yang ditandai adanya perburukan faktor fisik dan psikologis secara cepat dan juga terjadi peningkatan *symptom* (keluhan). Harapan hidup kurang dari 12 bulan.

8. *Dying process* (akhir kehidupan) adalah fase akhir kehidupan menjelang kematian yang terjadi dalam beberapa jam atau hari (maksimal 14 hari-12 hari)
9. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

E. Prinsip Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif

Filosofi pelayanan paliatif adalah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan pelayanan yang terbaik sampai akhir hayat dan bahwa mengurangi penderitaan menjadi hal yang sangat penting dalam setiap layanan kesehatan ketika usaha untuk mencapai kesembuhan tidak lagi memungkinkan. Sebuah pendekatan yang bertujuan untuk memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarganya yang mengalami masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa melalui pencegahan dan mengurangi penderitaan melalui deteksi dini dan asesmen yang seksama serta pengobatan nyeri dan masalah lain baik fisik, psikologis, dan spiritual.

Pelayanan paliatif berfokus pada penatalaksanaan gejala, komunikasi tentang tujuan pengobatan yang selalu mengikuti perjalanan kondisi dan perjalanan penyakit, dan dukungan kepada pasien dan keluarga. Pelayanan paliatif berperan dalam membantu memberikan informasi tentang fase akhir kehidupan, mengidentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga dan membantu mempersiapkan kebutuhan penatalaksanaan fase akhir kehidupan. Dalam hal ini pelayanan paliatif mengusahakan agar pasien dapat meninggal di tempat yang sesuai dengan keinginannya. Selain itu, kekhususan pelayanan paliatif adalah perannya dalam mengurangi potensi terapi yang tidak sesuai dengan tujuan tata laksana pasien terminal khususnya fase akhir kehidupan dan memenuhi harapan dan kebutuhan pasien/keluarga.

Pelayanan paliatif diberikan dengan memegang prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. *Affirm life and regards dying as normal process* (memegang teguh kehidupan dan menempatkan kematian sebagai proses normal).
2. *Aims to neither hasten nor postpone death* (tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian).
3. *Gives the patient a central role in decision making* (memberikan pasien peranan yang terpenting dalam pengambilan keputusan).

4. *Provide relief from distressing symptoms* (memberikan tata laksana gejala yang menimbulkan stres).
5. *Integrates the psychological, emotional, spiritual and sosial aspects of care for the patients, the family and carers in a culturally sensitive manner* (mengintegrasikan aspek psikologis, emosi, spiritual dan sosial bagi pasien dan keluarganya serta pelaku rawat dengan memperhatikan aspek kultur yang dipegang oleh pasien dan keluarga).
6. *Avoids futile interventions* (menghindari intervensi yang sia-sia).
7. *Offers a support system to help patients live as actively as possible until death* (menyediakan sistem dukungan untuk membantu pasien dapat hidup seaktif mungkin sampai meninggal).
8. *Offers a support system to help the family and carers coping during the patient's illness and after the patient's death* (memberikan sistem dukungan untuk membantu keluarga dan pelaku rawat dalam menghadapi kondisi yang ada selama sakit dan setelah pasien meninggal).
9. *Uses a team approach to address the needs of patients and their care givers* (Menggunakan pendekatan tim dalam memenuhi kebutuhan pasien dan pelaku rawat).

F. Pendanaan

Pendanaan penyelenggaraan pelayanan paliatif bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah, pembiayaan jaminan kesehatan, dan/atau sumber pendanaan lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB II

PENYELENGGARAAN PELAYANAN PALIATIF

A. Kriteria Pelayanan Paliatif

Pelayanan paliatif diberikan pada pasien yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa terutama dalam stadium lanjut dan/atau stadium terminal dengan harapan hidup terbatas;
2. Pasien yang memerlukan perawatan untuk memperbaiki kualitas hidup; dan/ atau
3. Pasien yang membutuhkan dukungan psikologis, sosial, dan spiritual.

Selain kriteria di atas, pasien yang mendapatkan pelayanan paliatif ditetapkan dengan hasil skoring instrumen kriteria penapisan perawatan paliatif.

B. Pelayanan Paliatif

Pelayanan Paliatif meliputi kegiatan:

1. Tatalaksana Nyeri

International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, atau menyerupai yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Pengendalian nyeri merupakan bagian penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Tujuan utama dalam pengendalian nyeri adalah deteksi dini, bebas nyeri, monitoring dan dokumentasi

Nyeri pada pelayanan paliatif dapat disebabkan oleh faktor fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Manajemen nyeri yang efektif merupakan elemen inti dari praktik perawatan paliatif. Kompleksitas nyeri pada pasien membutuhkan perawatan yang dilakukan secara multidisiplin.

Setiap pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, dengan kondisi penyakit, diagnosis atau situasi yang mengindikasikan bahwa pasien tersebut berisiko menderita nyeri, harus dilakukan skrining nyeri dan pemeriksaan (*assessment*) terhadap nyeri yang dirasakan. Skrining nyeri dapat dilakukan oleh dokter, perawat, atau petugas

non medik (misalnya petugas administrasi registrasi), atau secara lapor mandiri oleh pasien (*self-reporting*).

Skrining nyeri dapat dilakukan secara lisan maupun tertulis dengan menggunakan formulir terintegrasi dengan rekam medik, pada saat pasien rawat jalan melakukan registrasi, atau saat diperiksa oleh perawat dan dokter. Pada pasien rawat inap dapat dilakukan saat serah terima pasien di ruang rawat dan saat pengukuran tanda vital rutin harian. Pada pasien gawat darurat, skrining nyeri dilaksanakan bersamaan dengan triase saat pasien datang. Penilaian nyeri dilakukan melalui metode anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang bila diperlukan.

Tata laksana nyeri pada pelayanan paliatif melibatkan tim multidisiplin dokter (spesialis dan umum), perawat, fisioterapis, dan farmasis di fasilitas pelayanan kesehatan. Kolaborasi antar tenaga kesehatan penting untuk mencapai mutu layanan dan keselamatan pasien. Tim paliatif di fasilitas pelayanan kesehatan berkolaborasi dengan tim nyeri serta tim lainnya.

Tata laksana nyeri dibagi menjadi terapi farmakologi dan nonfarmakologi dengan memperhatikan biopsikososiospiritual. Terapi farmakologik dilakukan dengan pendekatan “tangga analgetik WHO” (*WHO pain relief ladder*) yang dimodifikasi, dimana terdapat 4 (empat) anak tangga dan masing-masing anak tangga mewakili derajat nyeri serta terapinya. Semakin tinggi anak tangga mencerminkan derajat nyeri yang makin hebat. Terapi nonfarmakologik dapat diberikan pada pasien dengan semua tipe derajat nyeri dari ringan sampai paling berat, pada semua kelompok usia, pasien dengan gangguan fungsi organ, pasien dengan penurunan kesadaran, pasien dengan gangguan berkomunikasi, dan ibu hamil; selama tidak didapatkan kontraindikasi terapi tersebut pada pasien, dan setelah mendapatkan persetujuan *informed consent* dari pasien atau keluarganya. Beberapa jenis tindakan dalam pemberian terapi nonfarmakologi antara lain terapi musik, terapi fisik dan okupasi, akupunktur untuk nyeri kanker, pendekatan psikologis serta terapi intervensi (anestesi, pembedahan dan radioterapi) sesuai indikasi.

Terapi nyeri nonfarmakologik dapat dikombinasi dengan terapi farmakologik jika bersifat sinergis atau aditif. Terapi nonfarmakologik

dapat dijadikan terapi awal nyeri saat obat belum tersedia, maupun sebagai terapi tunggal untuk nyeri ringan sampai sedang. Keputusan untuk melakukan terapi nonfarmakologi dapat berawal dari dengan DPJP yang ikut merawat pasien, dan harus mendapat persetujuan DPJP utama serta Tim pilihan pasien, dan dikoordinasikan dengan tim nyeri. Pemilihan terapi nyeri nonfarmakologik dan farmakologik harus disertai pertimbangan terhadap keadaan umum pasien, tanda vital, penyakit yang mendasari, gangguan organ yang ada serta keadaan alergi terhadap zat yang akan diberikan dalam terapi.

Pada tata laksana nyeri kronis anak, WHO merekomendasikan :

- a. Terapi fisik dapat dilakukan secara tunggal maupun dikombinasikan dengan terapi lain;
- b. Terapi psikologis melalui terapi kognitif perilaku/*Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dan intervensi lain dapat digunakan;
- c. Terapi farmakologis diberikan sesuai dengan kondisi pasien (*Tailor made*);
- d. Terapi opioid untuk anak diberikan sesuai indikasi dan *tailor made*, termasuk penggunaan *opioid stewardship* pada pasien akhir hayat; dan/atau
- e. Pada pasien anak dengan nyeri kronis dengan lama hidup terbatas, pemberian opioid diberikan oleh tenaga kesehatan terlatih.

Edukasi tata laksana nyeri pada pasien adalah pemberian informasi mengenai tata laksana nyeri yang diberikan kepada pasien baik pada saat nyeri, sebelum nyeri, atau setelahnya. Edukasi tentang kemungkinan timbul nyeri pada setiap proses pemeriksaan, terapi dan prosedur tertentu terkait penyakitnya, serta pilihan tata laksana nyerinya. Tujuan pemberian edukasi tata laksana nyeri kepada pasien adalah untuk memberikan penjelasan mengenai persiapan, prosedur, manfaat, efek samping dan komplikasi yang mungkin timbul dari pemberian tata laksana nyeri terhadap pasien. Sebelum pemberian tata laksana nyeri pasien diinformasikan mengenai pilihan terapi nonfarmakologis dan farmakologis, dan pasien berhak memilih satu atau kedua jenis terapi tersebut bilamana kondisi pasien memungkinkan.

Edukasi tata laksana nyeri ini diberikan kepada seluruh pasien yang menjalani tata laksana nyeri di fasilitas pelayanan kesehatan,

baik pasien rawat inap maupun rawat jalan sesuai dengan kebutuhan pasien. Dalam pemberian edukasi sebaiknya meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Jenis terapi yang akan dilakukan.
- b. Obat-obatan analgesia yang akan digunakan, meliputi penjelasan mengenai kelebihan maupun kegunaan serta kekurangan maupun komplikasi dari obat-obatan yang digunakan.
- c. Penjelasan tindakan pencegahan terhadap efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi oleh karena obat-obatan tata laksana nyeri.
- d. Khusus bagi pasien yang akan pulang juga diberikan edukasi tata laksana nyeri untuk di rumah.

Pada pasien dengan derajat nyeri ringan, sedang, dan/atau berat maka edukasi yang perlu disampaikan meliputi:

- a. Bila merasakan nyeri harus segera melaporkan ke perawat, DPJP atau anggota tim tata laksana nyeri.
- b. Obat atau regimen anti nyeri yang diberikan, diminum secara teratur.

Pemberian edukasi mengenai tata laksana nyeri dapat dilakukan oleh perawat, DPJP, atau anggota tim tata laksana nyeri. Edukasi yang diberikan kemudian didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

2. Tatalaksana keluhan fisik lain

Beberapa gejala fisik yang sering dialami oleh pasien paliatif antara lain sesak nafas. Manajemen sesak nafas diberikan dengan memperhatikan penyebab sesak nafas dan aspek psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukan secara multidisiplin dengan menggunakan modalitas farmakologi dan non farmakologi. Apabila sesak nafas tidak dapat atasi dengan semua modalitas yang telah diberikan maka dapat digunakan opioid.

3. Dukungan psikologis

Memberikan dukungan psikologis merupakan bagian integral dalam perawatan paliatif. Prinsip dalam memberikan dukungan psikologis antara lain:

- a. Kenali gejala cemas dan depresi.

- b. Lakukan asesmen gangguan psikologis berupa cemas dan depresi dengan alat ukur yang ditentukan dan ditata laksana sesuai kebutuhan.
 - c. Kenali dan hormati *coping mechanism* yang dimiliki pasien dan keluarga.
 - d. Tanyakan status emosional, namun pasien tidak dipaksa untuk mendiskusikan masalah psikologis yang dialami.
 - e. Berikan dukungan psikologis yang diperlukan karena hal ini bersifat dinamis dengan berjalannya penyakit, perlu dengan hati hati didiskusikan dengan pasien dan keluarga.
 - f. Perhatikan faktor kultural dalam memberikan dukungan psikologis.
4. Dukungan Sosial

Ditinjau dari aspek sosial pasien dengan perawatan paliatif, hubungan dengan keluarga dan pekerjaan, nilai-nilai yang dianut pada keluarga pasien, aspek finansial, serta mekanisme adaptasi dan interaksi dengan lingkungan sekitar pasien merupakan hal-hal yang dapat mempengaruhi konsep terjadinya keluhan pada pasien.

Dukungan sosial harus memperhatikan:

- a. Menghormati nilai dan martabat pasien dan keluarga yang berhubungan dengan integritas fisik, psikologis, sosial dan spiritual serta kesejahteraan.
- b. Otonomi dan partisipasi sesuai dengan kekuatan dan ketangguhan dan sebagai pribadi yang utuh dalam lingkungannya.
- c. Keadilan sosial bagi individu dan masyarakat sebagai kesatuan, dan komitmen terhadap keberagaman kultur dan kebutuhan advokasi.
- d. Kerahasiaan terhadap aspek personal dalam kehidupan dan *informed consent*.
- e. Asesmen dalam aspek sosial meliputi kondisi fisik, psikologis, sosial dan spiritual pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi sumber-sumber kekuatan, ketangguhan, masalah dan kebutuhan praktis dapat menggunakan alat penilaian dengan mengandalkan komunikasi, hubungan yang baik, dan cara berpikir kritis.
- f. Asesmen meliputi dampak penyakit pada kondisi dan keseimbangan keluarga; hubungan interpersonal dalam keluarga

termasuk masalah perkawinan, kesepakatan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga, hubungan dengan orang lain. Perubahan peran dan tanggung jawab dalam keluarga, masalah finansial, aspek legal dalam pembuatan amanah dan warisan (*Do Not Resuscitation/DNR*, ritual pemakaman, donor organ, pendidikan anak atau acara-acara penting keluarga, dan lain-lain).

- g. Dukungan sosial dilakukan dengan melibatkan sumber-sumber yang ada dalam diri pasien, keluarga dan masyarakat; Pekerja Sosial Masyarakat (PSM) berfungsi advokasi dan membantu mencari dan bekerjasama dengan sumber-sumber tersebut.

5. Dukungan Spiritual

Meletakkan aspek spiritual pasien merupakan komponen yang fundamental di kualitas pelayanan paliatif. Spiritualitas bukan semata-mata masalah agama, tetapi meliputi makna dan tujuan hidup. Spiritualis seseorang dibentuk oleh agama yang diyakini, kultur dan kebiasaan dalam keluarga dan dimodifikasi oleh pengalaman hidup. Hal ini yang menjadi dasar sikap, nilai, keyakinan dan tindakan yang dilakukan. Spiritualitas menjadi nyata saat seseorang mengalami penyakit terminal.

Ditinjau dari aspek spiritual, pada akhirnya keluarga dan tim paliatif adalah sebagai pendamping dalam menghadapi kematian sehingga pada akhirnya menjadi kematian yang damai, nyaman dan bermartabat sesuai keyakinan yang dimiliki.

Dalam memberikan dukungan spiritual, perlu diperhatikan hal-hal antara lain:

- a. Asesmen terhadap aspek spiritual yang berhubungan dengan masa lalu: arti kehidupan masa lalu, hubungan di masa lalu, pencapaian, kenangan yang menyakitkan atau memalukan, rasa bersalah dan penyesalan, kegagalan mencapai sesuatu.
- b. Kondisi dan kebutuhan spiritual yang berhubungan dengan saat ini: integritas diri, ketergantungan terhadap orang lain, perubahan status sosial, arti penderitaan yang dialami, dan tujuan hidup.
- c. Kekhawatiran akan masa yang akan datang: perpisahan dengan orang yang dicintai, rasa tidak ada harapan, tidak berarti, dan ketakutan akan kematian.

- d. Aspek yang berhubungan dengan agama: harapan, pengampunan dosa, hukuman, kehidupan yang akan datang, dan sumber-sumber yang dapat memberikan dukungan secara keyakinan.

Dukungan spiritual dapat dilakukan oleh semua anggota tim paliatif, namun aspek keagamaan atau keyakinan secara khusus dilakukan oleh rohaniawan sesuai agama/keyakinan pasien dan atau keluarga.

6. Perencanaan perawatan di masa mendatang (*advance care planning*)

Perencanaan perawatan di masa mendatang (*Advance Care Planning/ACP*) adalah suatu proses dinamis rencana perawatan masa depan yang merupakan diskusi berkelanjutan antara pasien dan orang yang merawatnya, keluarga serta tenaga kesehatan (dokter/perawat) mengenai nilai dan kepercayaan pasien, serta pilihan perawatan dan pengobatannya. Preferensi pasien menjadi fokus utama dalam memilih perawatan dan pengobatannya di masa depan bilamana mereka tak lagi mampu mengambil atau menyampaikan keputusannya sendiri. Perencanaan perawatan di masa mendatang akan memperhatikan berbagai aspek dari individu, seperti masalah fisik, psikologis, sosial budaya dan spiritual.

Pelaksanaan perencanaan perawatan di masa mendatang adalah salah satu wujud penghormatan kepada hak otonomi pasien untuk menerima pelayanan kesehatan sejak lahir hingga akhir hayatnya dan telah diterima sebagai salah satu indikator mutu pelayanan paliatif yang dikenalkan oleh berbagai asosiasi paliatif di dunia. Perencanaan perawatan di masa mendatang dilakukan pada saat yang tepat yang disepakati antara tim paliatif, pasien dan keluarga. Perencanaan perawatan di masa mendatang dilakukan sedini mungkin sebelum masuk dalam akhir kehidupan.

Perencanaan perawatan di masa mendatang dapat berupa *advance directive*. *Advance Directive* adalah pernyataan tertulis berisi keinginan pasien atas perawatan kesehatan baginya di kemudian hari (*advance directive*) – yakni dokumen hukum yang menyatakan pilihan pasien mengenai perawatan medis yang ingin diterima/ditolaknya saat pasien tidak berkompeten untuk mengambil keputusan. Secara legal, maka hirarki pengambil keputusan yang berhak mewakili pasien adalah wali yang dikuasakan, pasangan (suami/isteri *de facto*), anak, orang tua, saudara kandung, pengasuh, kerabat dekat lain.

Perencanaan perawatan di masa mendatang dituangkan dalam bentuk dokumen yang berisi nilai, tujuan, pilihan terhadap tindakan atau penolakan tindakan. Perencanaan perawatan di masa mendatang dapat termasuk antara lain:

- a. Penunjukan pihak ke tiga yang akan bertindak atas nama pasien dalam pengambilan keputusan ketika pasien tidak mampu membuat keputusan;
 - b. Perencanaan *Do Not Resuscitate (DNR)*, tindakan invasif, dan atau tindakan penopang kehidupan lainnya di Rumah Sakit;
 - c. Donasi organ, jaringan atau tubuh; dan
 - d. Wasiat.
7. Perawatan akhir kehidupan

Perencanaan perawatan akhir kehidupan ditujukan bagi pasien menjelang proses kematian sampai kematian. Pasien pada saat menjelang proses kematian ditetapkan berdasarkan asesmen sesuai dengan panduan yang berlaku dan sesuai yang ditetapkan oleh pasien dalam perawatan di masa mendatang. Tujuan perawatan akhir kehidupan adalah untuk mencapai kenyamanan, kedamaian dan kematian bermartabat serta dan dalam iman sesuai kepercayaan pasien serta tidak melanggar peraturan perundang-undangan antara lain euthanasia dan *assisted suicide*.

Perencanaan perawatan akhir kehidupan termasuk keputusan tidak dilakukan resusitasi (DNR) dilakukan oleh pasien atau keluarga. Resusitasi (DNR) adalah permintaan untuk tidak melakukan resusitasi jantung paru apabila pasien mengalami henti jantung dan atau henti nafas. Resusitasi (DNR) diputuskan oleh dokter yang bertanggungjawab setelah memperoleh persetujuan keluarga secara tertulis atau atas permintaan keluarga setelah melalui diskusi antara dokter pemberi pelayanan dengan keluarga terdekat.

Perawatan paliatif memandang kematian sebagai bagian dari kehidupan, dan proses normal. Akhir kehidupan perlu dipersiapkan untuk mencapai sisa kehidupan yang berkualitas dan kematian yang damai dan bermartabat melalui layanan yang berkelanjutan sesuai dengan kondisi pasien dan memperhatikan pilihan pasien. Yang dimaksud dengan stadium terminal adalah tahapan akhir stadium lanjut, pada saat semua modalitas yang diberikan tidak mampu

mencegah progresifitas perjalanan penyakit. Secara klinis, laboratoris dan imaging kondisi pasien terus menurun mengarah kepada kematian.

Penegakan diagnosa stadium terminal penting agar pasien tidak terbebani oleh terapi atau tindakan lain yang sia-sia (tidak menyelamatkan jiwa, tidak memperpanjang usia, tidak meningkatkan kualitas hidup), dan kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual terpenuhi.

Penegakan diagnosis stadium terminal dilakukan oleh tim penyakit dasar dan tim paliatif. Pemberian informasi tentang stadium terminal dan harapan hidup dilakukan dengan memperhatikan keinginan dan kesiapan pasien dan atau keluarga. Tim penyakit dasar dan paliatif bersama keluarga dan pasien bila memungkinkan memutuskan jenis layanan yang diperlukan dan disepakati. Kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual pasien terminal perlu dinilai untuk memberikan dukungan yang diperlukan. Pemeriksaan penunjang mungkin tidak perlu dilakukan bila tidak bertujuan untuk menentukan tindakan yang akan diambil, karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk dilakukan tindakan tersebut bila diindikasikan.

Tidak ada keharusan bagi dokter melakukan tindakan yang kurang bermanfaat dan akan memperpanjang proses kematian, walaupun atas permintaan pasien atau keluarga. Pada pasien terminal, obat dan tindakan lain yang tidak bermanfaat dapat ditunda atau dihentikan. Penghentian atau penundaan terapi yang tidak bermanfaat dan bantuan hidup serta keluarga pasien dapat meminta dokter melakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup atau meminta menilai keadaan pasien untuk penghentian dan penundaan terapi bantuan hidup sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku tentang penentuan kriteria mati. Pemberian atau pemberhentian nutrisi dan hidrasi dilakukan dengan mempertimbangkan manfaat dan resiko tindakan tersebut. Kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual dilakukan keluarga dengan bantuan psikolog, pekerja sosial dan rohaniawan bila diperlukan. Tanda menjelang kematian dan tanda kematian diinformasikan kepada keluarga, dan dukungan duka cita diberikan sesuai kebutuhan dan kemampuan.

Tempat perawatan pasien kanker stadium terminal dalam akhir kehidupan disebut hospis. Kegiatan hospis melibatkan tenaga profesional, keluarga dan relawan untuk memberikan layanan medis, dukungan psikologis, sosial dan spiritual bagi pasien dan dukungan bagi keluarga. Hospis dapat dilakukan di rumah sakit (*hospital based hospice*), dalam bangunan dan sistem yang terpisah dari rumah sakit, atau di rumah (*hospice homecare*), sesuai dengan keinginan pasien untuk mendapatkan kedamaian, kenyamanan dan martabat.

8. Dukungan dan persiapan selama masa duka

Rasa duka akibat kehilangan seseorang yang dicintai atau dekat secara emosional, tidaklah ringan. Rasa kehilangan dapat menyebabkan kemunduran atau timbulnya gangguan jiwa bila tidak terselesaikan dengan baik atau sebaliknya menyebabkan meningkatnya kematangan kepribadian seseorang bila masa duka ini teratasi dengan baik. Karena itu dukungan di masa duka cita dianggap sangat penting. Rasa duka akibat perpisahan yang akan terjadi, juga dialami oleh pasien yang dalam keadaan terminal.

Duka cita mempunyai 3 tahapan yaitu, yakni tahapan-tahapan syok, rasa hampa dan rasa tidak percaya (*shock-numbness and denial*). Tahap kedua, rasa kehilangan dan kesepian (*acute mourning*). Ditahap ini rasa kesepian makin menjadi dan sangat menyakitkan. Rasa bingung akan kemampuan diri untuk hidup tanpa kehadiran yang meninggal. Rasa kacau dengan bayang-bayang silih berganti antara momen bersama yang gembira maupun duka. Rasa ingin memenuhi semua yang belum terselesaikan bersama. Tahap ini adalah tahap yang sangat menentukan, tahap krisis, dimana bila pendampingan dan respons yang berduka baik maka akan cepat beralih ke tahap berikutnya yaitu penyembuhan atau tahap *restitution*, dimana yang berduka mulai berusaha kembali ke fungsi harian yang normal dan belajar kehidupan baru tanpa kehadiran yang meninggal.

Dukungan yang harus diperhatikan yaitu:

- a. Menghormati nilai dan martabat yang meninggal dunia dan keluarganya yang berhubungan dengan ekspresi duka sesuai personal, budaya setempat dan faham spiritual.
- b. Menghargai keputusan yang ditentukan keluarga dalam prosesi pemakaman.

- c. Mewaspadaai gejala duka cita yang abnormal antara lain:
- 1) Duka cita berlebihan (*exagerated grief*), karena tanpa disadari akan mencederai diri atau kurangnya asupan makan minum. Hal ini juga perlu diwaspadai dengan memperhatikan apakah agresifitas itu masih dalam alam realita, karena ditakuti adanya keadaan psikosis.
 - 2) Duka cita yang tertunda (*delayed grief*), yang sangat ditakuti adalah duka cita terjadi setelah peziarah sudah meninggalkan yang sedang berduka tanpa pendampingan.
 - 3) Dukacita tersamar (*masked grief*), dukacita sejenis ini tersamar dengan keluhan fisik atau keluhan fungsi kognitif yang sering baru diketahui setelah parah.
 - 4) Dukacita yang kronis (*Complicated grief*), adalah dukacita yang berlangsung lebih dari masa penyesuaian yaitu lebih dari 6 bulan dengan gejala hampir sama dengan awal tahap duka cita.
 - 5) Perubahan ekspresi duka cita yang berfokus pada rasa kehilangan beserta dampaknya dan rasa sepi akibat ditinggal berubah menjadi ekspresi menyalahkan diri sendiri atas kematian tersebut, kegagalan merawat diri, merasa diri tidak berharga, apalagi tidak pantas untuk hidup lagi, karena hal ini kemungkinan berlanjut ke kecenderungan bunuh diri atau gangguan depresi berat (*mayor depressive disorder*).
 - 6) Perubahan pola tidur yang biasanya sesekali datang dengan ekspresi rasa kehilangan dan kerinduan akibat ditinggal orang yang dekat, menjadi mimpi-mimpi buruk yang menegangkan, gambaran kilas balik tentang detik-detik kematian itu sendiri yang menyebabkan gejala panik, maka kemungkinan gejala tersebut akan berlanjut ke gangguan stres pasca trauma (*post traumatic stress disorder*).
 - 7) Timbulnya kebiasaan baru yang kurang patut bahkan buruk, misalnya menolak makan atau sebaliknya makan berlebihan (*binge eating*), merokok, meminum obat berlebihan dengan berbagai alasan.

8) Penanganan duka cita itu harus secara holistik, dimana tahap awal adalah penanganan sudut psiko-sosio-spiritual atau non farmakologis dan terapi farmakologis

a) Terapi non farmakologis

Terapis atau pendamping harus mengetahui tahapan duka cita yaitu:

(1) Shock dan rasa tidak percaya, dimana sebaiknya yang berduka dibiarkan mengeluarkan isi hatinya (ventilasi).

(2) Tahap rasa kesepian dan kehilangan.

Ini adalah tahap yang sangat menentukan. *Grief work*, atau kerja mengatasi *grief* adalah segera mengisi kesepian dan rasa kehilangan dengan pendampingan yang penuh kasih sayang.

Tugas-tugas yang harus diselesaikan adalah sebagai berikut:

Tugas 1 : belajar menerima kenyataan.

Tugas 2 : belajar mengatasi rasa sepi dan nyeri (pilu).

Tugas 3 : belajar menyesuaikan diri dalam lingkungan baru tanpa kehadiran yang meninggal.

Tugas 4 : merelokasi bayangan yang meninggal dalam kenangan yang manis dan melangkah dalam hidup baru.

Tugas 5 : meningkatkan keimanan tanpa kehadiran sosok yang meninggal.

b) Terapi farmakologis

Apabila terdapat gejala yang berfokus rasa kehilangan dan rasa kerinduan, berubah fokus ke diri sendiri dari sudut negatif maka sebaiknya cepat dirujuk ke seorang psikiater untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut dengan pemberian obat anti depresan.

C. Pelayanan Paliatif di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

1. Sumber Daya Manusia

Puskesmas yang memberikan pelayanan paliatif harus memiliki Sumber Daya Manusia (SDM) yang paling sedikit terdiri atas:

- a. dokter;
- b. perawat; dan
- c. kader.

Dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan, terhadap SDM sebagaimana dimaksud pada huruf a, b, dan c diberikan pelatihan paliatif tingkat dasar di layanan primer.

Selain jenis SDM tersebut di atas, pelayanan paliatif di Puskesmas dapat dibantu oleh tenaga kesehatan lain dan/atau non tenaga kesehatan yang telah mengikuti pelatihan paliatif tingkat dasar, sesuai dengan kebutuhan pasien.

2. Penyelenggaraan Pelayanan

- a. Pelayanan paliatif diberikan kepada pasien paliatif dari rumah sakit, yang masih membutuhkan pelayanan kesehatan non spesialisik atau yang memenuhi kriteria paliatif, antara lain pada pasien-pasien dengan kondisi buruk karena gagal beberapa organ (*multiple organ failure*) sehingga tindakan diagnostik penyakit dasar tidak dapat dilakukan atau keluarga menolak untuk dirujuk ke rumah sakit.
- b. Pelayanan Paliatif di Puskesmas merupakan pelayanan yang diberikan kepada pasien paliatif sesuai kewenangan dan sumber daya Puskesmas.
- c. Pelayanan Paliatif di Puskesmas dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, dan/atau kunjungan rumah (*home care*).
- d. Pelayanan Paliatif di Puskesmas rawat inap umumnya dilakukan rawat inap selama 5 hari, apabila diperlukan perawatan lebih lanjut harus dilakukan rujukan ke rumah sakit, melanjutkan perawatan di rumah (*home care*), atau dirawat di rumah paliatif.
- e. Pelayanan paliatif di Puskesmas dalam bentuk *home care* dilakukan oleh tim yang terdiri atas dokter dan perawat. Apabila dibutuhkan pelayanan *home care* dapat melibatkan tenaga kesehatan lain, kader, dan/atau tenaga non kesehatan lain.

D. Pelayanan Paliatif di Klinik

1. Sumber Daya Manusia

- a. Pada klinik pratama, pelayanan paliatif diberikan oleh tim yang terdiri atas:
 - 1) dokter; dan
 - 2) perawat.
- b. Pada klinik utama, pelayanan paliatif diberikan oleh tim yang terdiri atas:
 - 1) dokter spesialis sesuai kewenangan;
 - 2) dokter; dan
 - 3) perawat.

Dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan, terhadap SDM sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b diberikan pelatihan paliatif tingkat dasar di layanan primer.

Selain jenis SDM tersebut di atas, pelayanan paliatif di klinik dapat dibantu oleh tenaga kesehatan lain dan/atau non tenaga kesehatan yang telah mengikuti pelatihan paliatif tingkat dasar, sesuai dengan kebutuhan pasien.

2. Penyelenggaraan Pelayanan

- a. Pelayanan paliatif di klinik utama diberikan kepada pasien paliatif dari rumah sakit yang membutuhkan pelayanan spesialistik sesuai dengan kewenangan dan sumber daya klinik utama.
- b. Pelayanan paliatif di klinik pratama merupakan pelayanan paliatif yang diberikan kepada pasien paliatif dari rumah sakit yang membutuhkan pelayanan medik dasar sesuai dengan kewenangan dan sumber daya klinik pratama.

E. Pelayanan Paliatif di Rumah Sakit

1. Sumber Daya Manusia

Penyelenggaraan pelayanan paliatif di rumah sakit dilakukan oleh tim paliatif dengan pendekatan interdisiplin yang terdiri dari berbagai disiplin dan spesialisasi, antara lain:

- a. dokter spesialis
- b. dokter
- c. perawat
- d. apoteker

- e. psikolog klinis
- f. fisioterapis
- g. nutrisionis
- h. kader
- i. relawan
- j. pelaku rawat (*care worker*)
- k. rohaniawan
- l. pekerja sosial medis

SDM sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf l disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan paliatif.

Tim Paliatif memberikan pelayanan sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan oleh rumah sakit dan berdasarkan pada standar operasional prosedur/panduan praktik klinis rumah sakit.

2. Pendidikan dan Pelatihan

Layanan perawatan paliatif dilakukan oleh tenaga yang telah dilatih dengan tingkatan sesuai jenis layanan. Perawatan paliatif adalah jenis ilmu baru, sehingga tenaga profesional di bidang paliatif harus terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan melalui pelatihan dan pendidikan formal karena perawatan paliatif disamping memerlukan pengetahuan dan keterampilan dasar bidang kesehatan, juga memiliki karakteristik yang perlu dipelajari dan dimiliki.

Pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan dalam pelayanan paliatif antara lain:

- a. Pelatihan perawatan paliatif dasar (*basic training in palliative care*) untuk semua tenaga medis, tenaga kesehatan, dan non tenaga kesehatan yang akan memberikan layanan perawatan paliatif dasar;
- b. Pelatihan perawatan paliatif menengah (*intermediate training in palliative care*) untuk semua tenaga medis, tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan yang akan memberikan layanan perawatan paliatif menengah (sekunder);
- c. Pelatihan perawatan paliatif lanjut (*advanced training in palliative care*) bagi semua tenaga medis, tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan yang akan memberikan layanan perawatan paliatif lanjut atau bekerja sebagai pimpinan paliatif

di rumah sakit rujukan atau institusi paliatif dengan layanan lanjut (tersier).

Kompetensi yang harus dicapai dalam pelatihan perawatan paliatif dasar meliputi:

- a. Prinsip dasar perawatan paliatif;
- b. Etika dalam perawatan paliatif;
- c. Pengambilan keputusan;
- d. Komunikasi dasar;
- e. Tata laksana gejala;
- f. Tata laksana nyeri dan opioid;
- g. Kedaruratan paliatif;
- h. Perawatan akhir kehidupan;
- i. Dukungan psikologis, sosial dan spiritual; dan
- j. Perawatan masa duka cita.

3. Penapisan Perawatan Paliatif

Pelayanan paliatif di rumah sakit diperlukan bagi pasien dengan penyakit akut berat maupun penyakit kronis dengan kondisi eksaserbasi yang masih dapat diatasi.

- a. Pelayanan paliatif pada pasien dewasa dengan menggunakan skor penapisan paliatif.
 - 1) Memiliki minimal 1 dari penyakit dasar di bawah ini:
 - a) Kanker (metastasis/rekuren);
 - b) Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) lanjut;
 - c) Stroke dengan penurunan fungsional > 50 %;
 - d) Penyakit ginjal kronik;
 - e) Penyakit jantung berat (CHF, CAD berat, CM (LVEF < 25%); dan/atau
 - f) HIV AIDS.
 - 2) Memiliki minimal 1 dari penyakit komorbid di bawah ini :
 - a) Penyakit hati kronis;
 - b) Penyakit ginjal moderat;
 - c) PPOK moderat;
 - d) Gagal jantung kongestif; dan/atau
 - e) Kondisi/komplikasi lain.
 - 3) Memiliki salah satu status fungsional (*Eastern Cooperative Oncology Group*) di bawah ini:

- a) Aktif penuh;
 - b) Terdapat hambatan dalam aktifitas berat tapi dapat melakukan pekerjaan ringan;
 - c) Rawat jalan, dapat mengurus diri sendiri tetapi tidak dapat melakukan semua aktifitas, > 50% jam bangun;
 - d) Dapat mengurus diri sendiri secara terbatas, lebih banyak waktunya di tempat tidur atau kursi roda; dan/atau
 - e) Tidak dapat mengurus diri sendiri, kondisi berat/cacat.
- 4) Memiliki minimal 1 dari kondisi di bawah ini :
- a) Tidak akan menjalani pengobatan kuratif;
 - b) Kondisi penyakit berat dan memilih untuk tidak melanjutkan terapi;
 - c) Nyeri tidak teratasi lebih dari 24 jam;
 - d) Memiliki keluhan psikososial dan spiritual yang perlu perhatian;
 - e) Memiliki keluhan yang tidak terkontrol (mual dan muntah);
 - f) Sering berkunjung ke unit gawat darurat/dirawat di rumah sakit (lebih dari 2 kali/ perbulan untuk diagnosa sama);
 - g) Lebih dari satu kali untuk diagnosis yang sama dalam 30 hari;
 - h) Memiliki lama perawatan tanpa kemajuan yang bermakna;
 - i) Lama rawat yang panjang di ICU tanpa kemajuan; dan/atau
 - j) Memiliki prognosis yang jelek.

Kriteria: Silahkan membuat skor bila anda akan menentukan pasien dalam kriteria paliatif	
1. Penyakit Dasar	SKORING
a. Kanker (metastasis / rekuren)	Skor 2, tiap poin
b. PPOK lanjut	_____
c. Stroke dengan penurunan	

<p>fungsiional > 50 %</p> <p>d. Penyakit Ginjal kronis</p> <p>e. Penyakit jantung berat (CHF, CAD berat, CM (LVEF < 25%)</p> <p>f. HIV/AIDS</p>	
<p>2. Penyakit Ko-Morbiditas</p> <p>a. Penyakit hati kronis</p> <p>b. Penyakit ginjal moderat</p> <p>c. PPOK moderat</p> <p>d. Gagal jantung kongestif</p> <p>e. Kondisi/komplikasi lain Malnutrisi</p> <p>f. Infeksi berulang</p> <p>g. Keterlambatan perkembangan</p> <p>h. Kelainan jantung</p>	<p>Skor 1, tiap poin</p> <p>_____</p>
<p>3. Status Fungsiional Pasien</p> <p>Menggunakan status performa (<i>eastern cooperative oncology group</i>)</p> <p>a. Aktif penuh</p> <p>b. Terdapat hambatan dalm aktifitas berat tapi dapat melakukan pekerjaan ringan</p> <p>c. Dapat mengurus diri sendiri tetapi tidak dapat melakukan semua aktivitas, > 50% jam bangun</p> <p>d. Dapat mengurus diri sendiri secara terbatas, lebih banyak waktunya di tempat tidur atau kursi roda</p> <p>e. Tidak dapat mengurus diri sendiri, kondisi berat/ cacat</p>	<p>Skor</p> <p>_____</p> <p>Skor 0</p> <p>Skor 0</p> <p>Skor 1</p> <p>Skor 2</p> <p>Skor 3</p>
<p>4. Kriteria lain yang perlu dipertimbangkan pasien:</p> <p>a. Tidak akan menjalani terapi kuratif</p> <p>b. Kondisi penyakit berat dan memilih tidak melanjutkan terapi</p> <p>c. Nyeri tidak teratasi lebih dari 24 jam</p>	<p>Skor 1 untuk tiap kondisi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

d. Terdapat keluhan yang tidak terkontrol (mual, muntah, sesak nafas)	_____
e. Terdapat kondisi psikologis dan spiritual yang perlu perhatian	_____
f. Sering berkunjung ke IGD/ dirawat di Rumah Sakit >2x/bulan dengan diagnosis yang sama	_____
g. Lebih dari 1x untuk diagnosis yang sama dalam 30 hari	
h. Memiliki lama perawatan tanpa kemajuan yang bermakna	
i. Lama rawat yang panjang di ICU tanpa kemajuan	
j. Memiliki prognosis yang buruk	
<p>Petunjuk Skoring :</p> <p>Total skor 0 – 2 Tidak perlu intervensi paliatif</p> <p>Total skor 3 Observasi</p> <p>Total skor >4 Perlu intervensi paliatif</p>	

Tabel 1. Penapisan Pasien Paliatif Dewasa

Keterangan:

- a. Selain kondisi di atas, tim multidisiplin dapat menetapkan kondisi pasien yang membutuhkan perawatan paliatif.
 - b. Apabila rumah sakit sudah memiliki skor penapisan paliatif selain yang di atas maka rumah sakit dapat menggunakan skor tersebut.
- b. Penapisan pelayanan paliatif pada pasien anak
- 1) Memiliki minimal 1 dari penyakit dasar di bawah ini:
 - a) Kanker (metastasis/rekuren);
 - b) Kelainan Kongenital multiple;
 - c) Kelainan Neurologis;
 - d) Penyakit ginjal kronis; dan/atau
 - e) HIV/AIDS.
 - 2) Memiliki minimal 1 dari penyakit komorbid di bawah ini:
 - a) Malnutrisi;

- b) Infeksi berulang;
 - c) Keterlambatan perkembangan; dan/atau
 - d) Kelainan jantung.
- 3) Memiliki salah satu status fungsional di bawah ini:
- a) Aktif penuh;
 - b) Aktifitas terbatas, perlu bantuan ringan;
 - c) Aktifitas terbatas 50%, perlu bantuan;
 - d) Aktifitas pasif, perlu bantuan penuh; dan/atau
 - e) Disabel komplet.
- 4) Memiliki minimal 1 dari kondisi di bawah ini:
- a) Tidak akan menjalani pengobatan kuratif;
 - b) Kondisi penyakit berat dan memilih untuk tidak melanjutkan terapi;
 - c) Nyeri tidak teratasi lebih dari 24 jam;
 - d) Memiliki keluhan psikososial dan spiritual yang perlu perhatian;
 - e) Memiliki keluhan yang tidak terkontrol (mual dan muntah);
 - f) Sering berkunjung ke unit gawat darurat/dirawat di rumah sakit (lebih dari 1 kali/perbulan untuk diagnosa sama);
 - g) Lebih dari satu kali untuk diagnosis yang sama dalam 30 hari;
 - h) Memiliki lama perawatan tanpa kemajuan yang bermakna;
 - i) Lama rawat yang panjang di ICU tanpa kemajuan; dan/atau
 - j) Memiliki prognosis yang jelek.

Kriteria : Silahkan membuat skor bila anda akan menentukan pasien dalam kriteria paliatif	
1. Penyakit Dasar	SKORING
a. Kanker (metastasis/rekuren)	Skor 2, tiap
b. Kelainan Kongenital multiple	poin
c. Kelainan Neurologis	_____
d. Penyakit Ginjal kronis	

e. Penyakit metabolik berat f. HIV/AIDS	
2. Penyakit Ko-Morbiditas a. Malnutrisi b. Infeksi berulang c. Keterlambatan perkembangan d. Kelainan jantung	Skor 1 poin _____
3. Status Fungsional Pasien Menggunakan status performa Skala Lansky (<16 tahun) a. Aktif penuh b. Aktifitas terbatas, perlu bantuan ringan c. Aktifitas terbatas 50%, perlu bantuan d. Aktifitas pasif, perlu bantuan penuh e. Disabel komplet	Skor _____ Skor 0 Skor 0 Skor 1 Skor 2 Skor 3
4. Kriteria lain yang perlu dipertimbangkan pasien: a. Tidak akan menjalani terapi kuratif b. Kondisi penyakit berat dan memilih tidak melanjutkan terapi c. Nyeri tidak teratasi lebih dari 24 jam d. Terdapat keluhan yang tidak terkontrol (mual, muntah, sesak nafas) e. Terdapat kondisi psikologis dan spiritual yang perlu perhatian f. Sering berkunjung ke IGD/ dirawat di rumah sakit >1x/bulan dengan diagnosis yang sama g. Lebih dari 1x untuk diagnosis yang sama dalam 30 hari h. Memiliki lama perawatan tanpa kemajuan yang bermakna i. Lama rawat yang panjang di ICU tanpa kemajuan j. Memiliki prognosis yang buruk	Skor 1 untuk tiap kondisi _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Petunjuk Skoring :	
Total skor 0 – 2 Tidak perlu intervensi paliatif	
Total skor 3 Observasi	
Total skor \geq 4 Perlu intervensi paliatif	

Tabel 2. Penapisan Pasien Paliatif Anak. Sumber : *Screening Scale and Quality of Life in Pediatric Cancer Patients*

Keterangan:

- a. Selain kondisi di atas, tim multidisiplin dapat menetapkan kondisi pasien yang membutuhkan perawatan paliatif.
- b. Apabila RS sudah memiliki skor penapisan paliatif selain yang di atas maka RS dapat menggunakan skor tersebut.

4. Level Pelayanan Paliatif di Rumah Sakit

Level pelayanan paliatif di rumah sakit terbagi menjadi 3 yang terdiri atas:

a. Dasar

Pelayanan paliatif diberikan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) atau tim sebelumnya untuk menilai dan mengatasi gejala dengan kompleksitas sederhana, komunikasi dasar dan pengambilan keputusan yang sulit tentang pengobatan penyakit dasar.

b. Menengah

Pelayanan paliatif dilakukan oleh tim paliatif dengan melakukan penilaian dan tata laksana gejala dengan kompleksitas sedang/menengah (*moderate*), perawatan psikologis, sosial dan spiritual yang diperlukan, komunikasi tentang pembuatan keputusan tentang akhir kehidupan dan perencanaan perawatan di masa mendatang dan melakukan perawatan akhir kehidupan. Dalam hal ini tim paliatif bisa sebagai konsulen atau merawat bersama dengan tim sebelumnya.

c. Lanjut

Pelayanan paliatif dilakukan oleh spesialis perawatan paliatif dan tim paliatif sebagai penanggung jawab utama pasien untuk melakukan penilaian dan tata laksana gejala *dengan kompleksitas berat (severe)*, perawatan psikologis, sosial dan

spiritual yang diperlukan, komunikasi tentang pembuatan keputusan tentang akhir kehidupan dan perawatan perencanaan di masa mendatang dan melakukan perawatan akhir kehidupan. Perawatan paliatif dilakukan di unit tersendiri, yang sekaligus berperan sebagai pusat pendidikan dan penelitian.

	Dasar	Menengah	Lanjut
Staf	Tim paliatif dasar	Tim paliatif menengah	Tim Paliatif lanjut
Peran	Perawatan paliatif dasar	Perawatan paliatif menengah	Perawatan paliatif lanjut
Kompleksitas	Kasus sederhana	Kasus menengah/ <i>moderate</i>	Kasus berat <i>/ severe</i>
Keterlibatan dalam Pendidikan	-	+/-	+
Keterlibatan dalam penelitian	-	+/-	+

Tabel 3. Level Pelayanan Paliatif

5. Indikasi Perawatan

Indikasi perawatan di rawat inap antara lain:

- a. Pasien mengalami perburukan gejala atau kondisi secara akut dan diperkirakan dapat diperbaiki dengan tindakan medik spesialistik;
- b. Gejala belum teratasi sampai tingkat dapat ditoleransi oleh pasien; dan/atau
- c. Gejala memerlukan pengobatan yang harus diberikan secara parenteral.

6. Alur Pelayanan

Pelayanan paliatif di rawat jalan, rawat inap dan IGD diberikan sesuai alur pelayanan sebagai berikut:

a. Alur pelayanan paliatif di pelayanan rawat jalan

- 1) Pasien yang mendapatkan pelayanan rawat jalan adalah pasien yang masih dapat mobilisasi dan kondisi umum stabil;
- 2) Pasien melakukan registrasi (triase keluhan);
- 3) Perawat melakukan pengkajian kepada pasien;
- 4) Dokter memberikan konsultasi dan melakukan tindakan kepada pasien. Jika dokter membutuhkan pemeriksaan penunjang maka pasien dikirim ke laboratorium atau radiologi;
- 5) Setelah dilakukan pemeriksaan atau tindakan, dokter dapat memutuskan untuk memulangkan atau mengirimkan pasien ke ruang rawat inap. Jika ada kondisi kegawatdaruratan, maka pasien di transfer ke ruang UGD;
- 6) Pasien yang tidak memerlukan perawatan di ruang rawat inap, pasien dapat mengambil obat di apotek dan kemudian menyelesaikan administrasi di kasir; dan
- 7) Obat yang diberikan cukup sampai kunjungan rawat jalan selanjutnya.

Pada kondisi tertentu, keluarga dapat meminta tim paliatif untuk melakukan asesmen ulang untuk tindakan selanjutnya.

b. Alur pelayanan paliatif di pelayanan rawat inap

- 1) Pasien UGD atau rawat jalan yang dikonsulkan ke pelayanan paliatif dilakukan pemeriksaan oleh dokter/tim paliatif dan dengan mempertimbangkan stadium penyakit, kondisi pasien, status pengobatan, prognosis, tujuan perawatan dan kondisi keluarga;
- 2) Pasien dapat dilakukan pemeriksaan penunjang jika diperlukan; dan
- 3) Pasien yang sudah tidak membutuhkan pelayanan medik spesialistik dapat dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama atau melakukan perawatan paliatif lebih lanjut di rumah (*home care*) oleh tim paliatif rumah sakit sesuai dengan kewenangan dan peraturan perundangan yang berlaku.

- c. Alur Pelayanan Paliatif di Pelayanan Gawat Darurat
- 1) Pasien dirujuk dari Puskesmas, klinik, praktik mandiri, atau rumah sakit lain, atau datang dari rumah;
 - 2) Triase dilakukan kepada pasien;
 - 3) Dokter jaga melakukan konfirmasi kepada DPJP, melakukan penapisan paliatif, konsultasi kepada tim paliatif dan tata laksana kegawatdaruratan;
 - 4) Pasien dilakukan observasi dan pemeriksaan penunjang jika dibutuhkan; dan
 - 5) Setelah dilakukan observasi dan tata laksana yang diperlukan, maka pasien dapat dipulangkan atau ditransfer ke rawat inap. Jika pasien paliatif pulang ke rumah, koordinasi dengan layanan paliatif di rumah sakit terdekat atau layanan primer dikoordinasikan oleh tim paliatif rumah sakit.

7. Perawatan Paliatif Pada Ruang Perawatan

a. Perawatan paliatif di Unit Gawat Darurat (UGD)

Perawatan paliatif yang dilakukan di UGD bersifat individual, kasus per kasus dengan mempertimbangkan:

- 1) Stadium penyakit dan harapan hidup;
- 2) Komorbiditas dan gejala yang muncul;
- 3) Kondisi umum pasien;
- 4) Jenis kondisi kedaruratan: apakah dapat diperbaiki, apakah perlu diperbaiki;
- 5) Tingkat intervensi yang dibutuhkan: penilaian manfaat, resiko, efek samping dan *outcome* yang dapat diharapkan; dan
- 6) Harapan dan keinginan pasien.

b. Perawatan paliatif di unit perawatan paliatif atau ruang rawat inap umum

Perawatan paliatif di unit perawatan paliatif atau rawat inap diberikan kepada pasien yang memenuhi kriteria rawat inap dan termasuk ke dalam kondisi yang dapat diperbaiki dengan perawatan/tindakan medis.

Perawatan paliatif dapat dilakukan di unit perawatan paliatif pada pasien paliatif yang masih membutuhkan tindakan

medis spesialistik dan/atau potensial memerlukan tindakan invasif paliatif. Unit perawatan paliatif adalah sebuah ruangan yang memiliki tempat tidur khusus bagi pasien stadium terminal atau kondisi terminal dengan masalah yang kompleks, yang terletak di sebuah rumah sakit. Apabila rumah sakit tidak memiliki unit perawatan paliatif maka pasien paliatif dirawat di ruang rawat inap umum. Pasien paliatif tersebut di rawat bersama dengan tim paliatif untuk tata laksana gejala eksaserbasi akut dan dukungan psikososial dan spiritual pada saat pasien mendapatkan terapi penyakit primer. Tata laksana gejala dan dukungan bertujuan untuk mencapai kualitas hidup pasien dan keluarga. Apabila terjadi progresifitas perburukan penyakit secara aktif maka perananan tim perawatan terkait penyakit primer menurun. Untuk pasien paliatif dengan gejala terkontrol dilakukan rujuk balik ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.

c. Perawatan paliatif di ruang rawat intensif

Perawatan paliatif di ruang intensif bertujuan untuk mempersiapkan akhir kehidupan yang akan dilakukan di luar ruang intensif jika kondisi memungkinkan.

Pasien ICU yang memerlukan perawatan paliatif akan tetap di rawat di ICU bersama tim paliatif sampai diputuskan untuk keluar dari ICU secara bersama oleh tim ICU, tim paliatif dan keluarga. Hal yang dapat dipertimbangkan untuk memutuskan pasien ICU untuk perawatan paliatif dengan mengacu pada kriteria mendapatkan perawatan paliatif dengan menggunakan skor penapisan paliatif.

d. Perawatan paliatif di ruang rawat jalan

Perawatan paliatif di ruang rawat jalan diberikan kepada pasien paliatif untuk memberikan kualitas hidup melalui pemantauan dan tata laksana nyeri dan gejala lain, perawatan stoma dan luka dan higiene, ketersediaan obat dan alat yg diperlukan serta pemantauan dan dukungan bagi kebutuhan keluarga dalam merawat pasien dalam keadaan stabil termasuk dukungan spiritual, psikologis dan sosial.

8. Suplai Obat-Obatan Esensial

Pasien di akhir kehidupan dan proses kematian memerlukan obat-obat yang berbeda dengan fase sebelumnya. Ketika kematian makin dekat, obat-obat yang sebelumnya dianggap penting perlu dievaluasi. Tujuan obat yang diberikan adalah semata-mata untuk kenyamanan, oleh karena itu rute pemberiannya perlu diperhatikan. Obat yang tidak memberikan efek untuk mengurangi gejala dalam waktu singkat dipertimbangkan untuk dihentikan dengan persetujuan pasien dan atau keluarga.

Obat-obat yang perlu dihentikan pengobatannya misalnya anti hipertensi, anti koagulan, antidepresan, laksatif, antibiotik, vitamin. Sedang obat yang dipertimbangkan untuk dihentikan adalah steroids, hormon, antidiabetes, diuretik, antiaritmia, antikonvulsan. Sedang obat yang harus dipersiapkan atau dilanjutkan adalah analgetik, antiemetik, sedatives/anxiolytic, anticholinergic.

9. Nutrisi

Salah satu aspek yang penting dalam pemberian terapi paliatif adalah mempertahankan status gizi pasien. Status gizi yang baik dapat mencegah timbulnya bermacam-macam komplikasi tambahan yang dapat memperberat kondisi kesehatan pasien karena penyakitnya. Salah satu masalah yang perlu diwaspadai pada pasien dalam masa perawatan paliatif adalah malnutrisi kecuali pasien di akhir kehidupan yang menekankan kepada kenyamanan pasien dan pemenuhan makanan yang diinginkan oleh pasien jika memungkinkan.

Pada umumnya pasien paliatif tidak membutuhkan diet yang ketat tetapi bagi pasien dengan penyakit tertentu seperti diabetes, penyakit ginjal atau jantung tetap harus di bawah pengawasan dokter dalam hal diet yang dibutuhkan oleh pasien.

F. Rumah Paliatif

Dalam upaya meningkatkan peran serta masyarakat dalam pelayanan paliatif, maka masyarakat dapat mendirikan rumah paliatif. Rumah paliatif merupakan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang merupakan jejaring dari fasilitas kesehatan tingkat pertama terutama Puskesmas. Dalam pendirian rumah paliatif dan pemberian pelayanannya perlu untuk diatur terkait persyaratan dan penyelenggaraan rumah paliatif.

1. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia pada rumah paliatif terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Tenaga kesehatan pada rumah paliatif merupakan tenaga kesehatan yang berasal dari puskesmas, klinik, atau tempat praktik mandiri dokter atas dasar perjanjian kerjasama. Tenaga non kesehatan merupakan tenaga yang telah mendapatkan pelatihan paliatif.

2. Persyaratan

a. Sarana/Bangunan

Bangunan yang akan digunakan sebagai rumah paliatif harus memenuhi persyaratan:

- 1) bersifat permanen;
- 2) memenuhi persyaratan administratif dan persyaratan teknis bangunan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- 3) memenuhi persyaratan lingkungan sehat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dengan memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk orang berkebutuhan khusus, anak-anak, dan orang lanjut usia.

Persyaratan ruangan rumah paliatif paling sedikit terdiri atas:

- 1) ruang administrasi/ruang tunggu;
- 2) ruang perawatan;
- 3) ruang mandi/wc; dan
- 4) ruangan lainnya sesuai dengan kebutuhan.

b. Prasarana

Prasarana pada rumah paliatif harus memiliki paling sedikit:

- 1) sistem air bersih;

- 2) sistem kelistrikan;
- 3) pencahayaan yang cukup; dan
- 4) tata udara yang baik.
- 5) Peralatan.

Peralatan pada rumah paliatif terdiri atas peralatan kesehatan dan peralatan non kesehatan. Peralatan kesehatan pada rumah paliatif terdiri dari alat untuk pemeriksaan tanda-tanda vital, oksigen, nebulizer, suction, dan alat kesehatan lain yang menunjang pemberian pelayanan paliatif.

3. Penyelenggaraan Pelayanan

- a. Rumah paliatif merupakan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang merupakan jejaring dari fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dilaksanakan dalam bentuk perjanjian kerjasama.
- b. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah bekerjasama dengan rumah paliatif melakukan kunjungan rutin dan sewaktu-waktu apabila terjadi keadaan darurat pada pasien paliatif.
- c. Pasien paliatif di rumah paliatif sesuai dengan kriteria pasien paliatif dengan memberikan pelayanan yang tidak mengobati penyakit primernya. Pasien yang dirawat di rumah paliatif ditetapkan oleh dokter yang berasal dari fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- d. Penyelenggaraan pelayanan rumah paliatif harus tercatat dan dilaporkan ke pimpinan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama.
- e. Dalam hal kondisi tertentu, apabila rumah paliatif membutuhkan pelayanan rujukan maka dapat dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

BAB III
PENUTUP

Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif ini diharapkan dapat mewujudkan pelayanan kesehatan bagi pasien terminal atau pasien yang tidak bisa disembuhkan melalui peningkatan kualitas hidup pasien secara komprehensif yang bermutu, efektif dan efisien, terutama untuk mendukung terwujudnya kendali mutu dan kendali biaya di dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003