

## Model *Palliative Home Care* (PHC)

Menap Menap <sup>1)</sup>

1. Universitas Qamarul Huda Badaruddin (UNIQHBA)

DOI: 10.37824/pai.v1i1.3

### Abstrak

Setiap orang yang menderita penyakit kronis dengan prognose yang jelek harus dibantu dan diringankan penderitaannya, agar kualitas hidupnya dapat ditingkatkan selama sakit dan meninggal dengan tenang. Untuk itu perlu dikembangkan model pelayanan paliatif yang holistik dan terintegrasi (Kathleen, 2001). Penerapan model pelayanan perawatan paliatif tersebut dapat dilakukan secara efektif di rumah atau pada tatanan keluarga.

Perspektif model keperawatan *palliative home care* (PHC) di Indonesia diperkirakan akan berkembang dari Keperawatan Keluarga menjadi Keperawatan Paliatif pada tatanan *home care*. Hal itu diprediksi akan terjadi disebabkan oleh beberapa faktor yaitu 1) ekonomi, 2) sosial-budaya, 3) keyakinan/agama, 4) keterbatasan fasilitas di RS.

Faktor ekonomi bisa menjadi salah satu pertimbangan utama karena penyakit yang dikategorikan paliatif membutuhkan waktu tinggal di RS cukup lama, bahkan sampai ajal tiba. Hal ini tentu akan menghabiskan biaya yang besar. Semakin lama klien berada di RS maka akan semakin banyak pula biaya yang dibutuhkan. Semakin banyak waktu produktif atau waktu kerja keluarga yang hilang sebagai akibat menjaga keluarga yang dirawat di suatu rumah sakit.

Faktor sosial-budaya yang berlaku pada masyarakat tempat domisili klien akan berpengaruh terhadap sikap klien dan keluarga untuk menjalani perawatan paliatif di RS. Budaya masyarakat tertentu menganggap lebih baik di rawat di rumah jika sudah dikategorikan dalam kasus paliatif. Klien dianggap lebih nyaman, tenang dan siap menghadapi ajal di rumahnya sendiri jika dibandingkan dengan di RS. Klien tidak merasa asing, dan dukungan lingkungan keluarga dan tetangga lebih akrab (familier).

---

*Koresponden:*

*Dr. H. Menap., SKp., M,Kes*

*Fakultas Kesehatan*

*Universitas Qamarul Huda  
Badaruddin (UNIQHBA)*

*E-mail: hmenap06@gmail.com*

---

**Keywords:** *Palliative Home Care, Model, Keperawatan, Manajemen Keperawatan*

### Latar Belakang Pemikiran

Setiap orang yang menderita penyakit kronis dengan prognose yang jelek harus dibantu dan diringankan penderitaannya, agar kualitas hidupnya dapat ditingkatkan

selama sakit dan meninggal dengan tenang. Untuk itu perlu dikembangkan model pelayanan paliatif yang holistik dan terintegrasi (Kathleen, 2001). Penerapan model pelayanan perawatan paliatif tersebut dapat dilakukan secara efektif di rumah atau pada tatanan keluarga.

Perspektif model keperawatan *palliative home care* (PHC) di Indonesia diperkirakan akan berkembang dari Keperawatan Keluarga menjadi Keperawatan Paliatif pada tatanan *home care*. Hal itu diprediksi akan terjadi disebabkan oleh beberapa faktor yaitu 1) ekonomi, 2) sosial-budaya, 3) keyakinan/agama, 4) keterbatasan fasilitas di RS.

Faktor ekonomi bisa menjadi salah satu pertimbangan utama karena penyakit yang dikategorikan paliatif membutuhkan waktu tinggal di RS cukup lama, bahkan sampai ajal tiba. Hal ini tentu akan menghabiskan biaya yang besar. Semakin lama klien berada di RS maka akan semakin banyak pula biaya yang dibutuhkan. Semakin banyak waktu produktif atau waktu kerja keluarga yang hilang sebagai akibat menjaga keluarga yang dirawat di suatu rumah sakit.

Faktor sosial-budaya yang berlaku pada masyarakat tempat domisili klien akan berpengaruh terhadap sikap klien dan keluarga untuk menjalani perawatan paliatif di RS. Budaya masyarakat tertentu menganggap lebih baik di rawat di rumah jika sudah dikategorikan dalam kasus paliatif. Klien dianggap lebih nyaman, tenang dan siap menghadapi ajal di rumahnya sendiri jika dibandingkan dengan di RS. Klien tidak merasa asing, dan dukungan lingkungan keluarga dan tetangga lebih akrab (*familier*).

Faktor agama yang dianut klien dan keluarga merupakan faktor yang sangat kuat. Keputusan klien dan keluarga sangat tergantung dari tingkat pemahaman, tingkat keyakinan dan nasihat dari tokoh agama. Sebagai contoh jika Tn.X mengalami penyakit yang tergolong paliatif, maka kemungkinan anak dari Tn.X tersebut akan memutuskan untuk tetap merawat orang tuanya di RS sebagai bentuk ibadahnya yaitu berbakti kepada orang tuanya dan terus beribadah. Tetapi atas dasar alasan agama juga bisa memutuskan untuk menjalani *home care* dengan alasan agar lebih khusuk, tenang dan lebih sempurna menjalani ibadah menjelang ajal.

Ketersediaan fasilitas pelayanan merupakan faktor yang dapat menjadi

pertimbangan tersendiri klien dan keluarga untuk menjalani perawatan paliatif di rumah sakit. Faktor fasilitas pelayanan kesehatan ini mencakup aspek :

1. Akses secara geografis yaitu jarak antara rumah sakit dengan tempat domisili klien,
2. Ketersediaan alat dan kapasitas tempat tidur rumah sakit,
3. Tenaga profesional
4. Sistem dan kualitas pelayanan

Kecendrungan isu keperawatan paliatif yang berkembang ke arah *palliative home care* didukung data bahwa umur harapan hidup yang semakin meningkat sehingga populasi penduduk lanjut usia semakin besar. Pada tahun 2019, populasi penduduk lanjut usia mencapai 9,6% dan jumlah rumah tangga lanjut usia sebesar 27,88% (BPS.2020). Masalah kesehatan atau penyakit yang menyerang Lansia sebagian besar penyakit degeneratif yang bersifat kronis, misalnya hipertensi yang menyebabkan *cerebrovascular attack* (CVA), diabetes melitus dengan komplikasi, kanker stadium lanjut dan lain sebagainya. Semua contoh kasus tersebut termasuk dalam masalah paliatif.

Perkembangan Keperawatan Paliatif yang cenderung diselenggarakan di rumah atau panti jompo perlu mendapat perhatian dari berbagai pihak terkait, misalnya Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, termasuk jajaran Kementerian Agama serta para praktisi dan profesi bidang kesehatan. Perhatian dan keterlibatan berbagai pihak tersebut dipandang penting karena masalah paliatif adalah masalah yang unik, kompleks dan membutuhkan penanganan secara multi profesi, multi disiplin keilmuan bahkan multi sektor.

## Rancang Bangun Sistem *Palliative Home Care* (PHC)

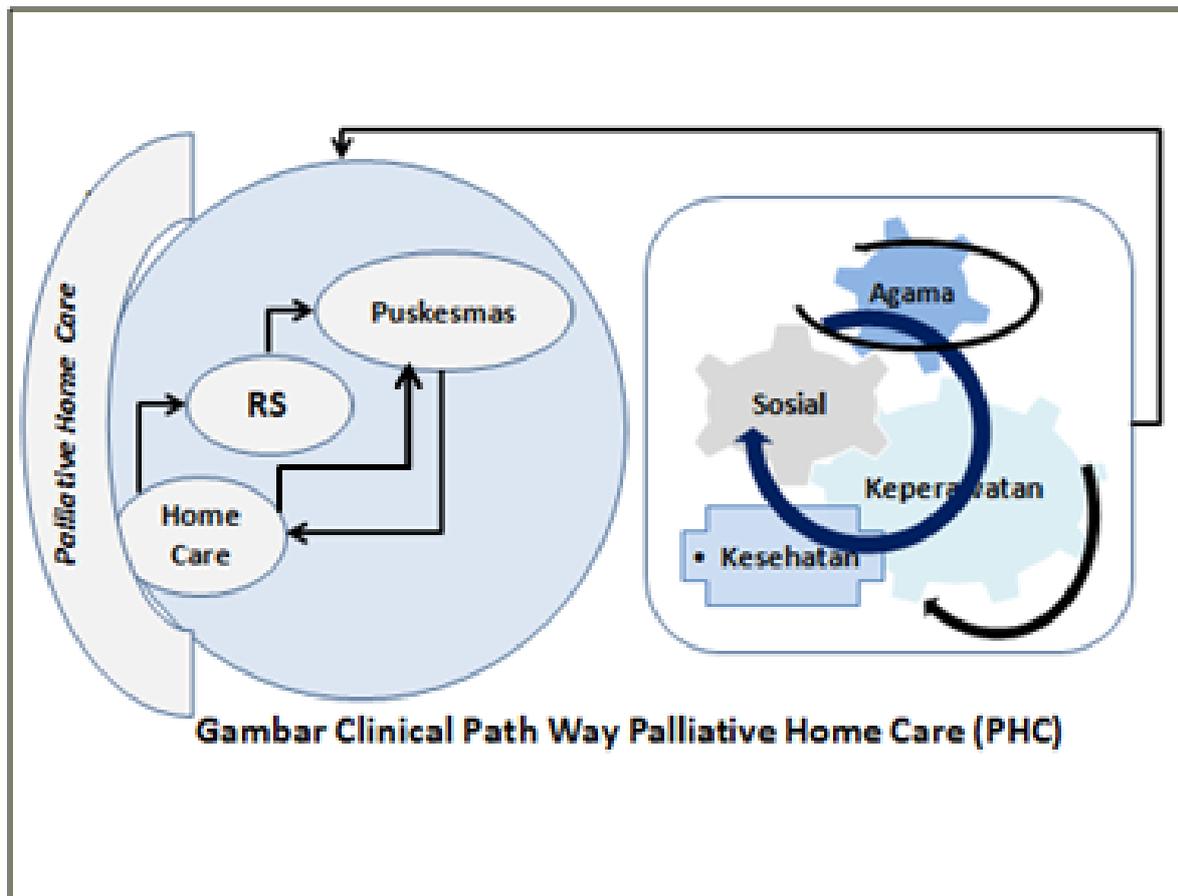
Kasus atau penyakit paliatif merupakan penyakit kronis yang memiliki prognose yang jelek sehingga sering disebut juga sebagai penyakit terminal. PHC merupakan model pelayanan perawatan

paliatif yang dilaksanakan di rumah klien dengan menerapkan *caring* secara utuh dan terintegrasi (Menap, 2017). Sistem layanan keperawatan paliatif ini dapat dikaji dan dikembangkan menjadi sebuah Pendekatan atau Konsep Keperawatan Paliatif yang dianggap dapat memberi kontribusi teoritik maupun praktis dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat pada tatanan keluarga. Kajian ini dapat dikembangkan dari Keperawatan Keluarga dan Komunitas dengan memasukkan variabel Kesehatan Masyarakat, Sosial – budaya dan Agama.

Konsep model yang diharapkan dari kajian tersebut adalah konsep model sistem pelayanan paliatif yang terintegrasi dalam

*clinical path way* dari sistem pelayanan RS, Puskesmas dan *home care*. Di dalam sistem ini dapat dikembangkan sistem penunjang berupa sistem informasi pelayanan kesehatan paliatif. Sistem layanan keperawatan paliatif tersebut mengaplikasikan *caring* secara total dan terintegrasi pada setiap tahap proses keperawatan paliatif dengan memodifikasi rumah klien sebagai fasilitas pelayanan keperawatan (Tonges,2011)

Rancang bangun dari sistem pelayanan *Palliative Home Care* (PHC) yang perlu dikembangkan sebagaimana diuraikan di atas dapat digambarkan seperti di bawah ini.



**Gambar Clinical Path Way Palliative Home Care (PHC)**

Gambar 1. Clinical Pathway Palliative Home Care

Kompetensi klinis yang dimiliki RS diaplikasikan secara profesional dalam sistem pelayanan paliatif di rumah. Selain kompetensi klinis, dalam sistem pelayanan paliatif di rumah, petugas juga harus memiliki kompetensi dalam bidang:

1. Kerja tim yang lebih baik,
2. Kemampuan dalam *health education* yang lebih profesional,
3. Lebih inovatif dalam memodifikasi lingkungan rumah dengan

menggunakan kompetensi Bidang Kesehatan Masyarakat.

4. Inovatif dan kreatif menggali dan memanfaatkan sumber daya
5. Proaktif menggali dan memanfaatkan teknologi tepat guna.

Pengembangan Keperawatan Paliatif yang menerapkan model Paliatif *Home Care* (PHC) secara total dan terintegrasi, selain di rumah (*home care*) juga sangat relevan di lakukan di Panti Jompo atau sejenisnya. Sistem pelayanan paliatif di Panti Jompo atau sejenisnya mempunyai perbedaan dari segi sistem, visi, misi, regulasi dan kelembagaan jika dibandingkan dengan RS dan *home care*. Kelembagaan dan pengelolaan Panti Jompo dilakukan oleh pemerintah dan swasta/non pemerintah dan pada umumnya memiliki visi dan misi bersifat sosial dan kemanusiaan. Sistem dan standar pelayanan paliatif yang dijalankan secara teknis medis dan keperawatan di Panti Jompo atau sejenisnya relatif sama dengan di RS maupun *home care*. Sedangkan sistem non teknis bervariasi dan memiliki ciri tersendiri dalam hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban, prosedur administrasi, tata tertib dan sistem regulasi internal lembaga lainnya.

## Implementasi PHC

Penerapan PHC dilandasi oleh filosofi dari *hospice home care* yaitu “manusia yang menderita harus dibantu dan diringankan penderitaannya, agar kualitas hidupnya dapat ditingkatkan selama sakit sampai ajal, dan meninggal dengan tenang”. Naluri kemanusiaan yang dimiliki oleh setiap orang pada umumnya secara alamiah akan terpanggil dan tergerak untuk menolong orang yang menghadapi masalah paliatif. Tetapi panggilan naluri kemanusiaan itu ada yang mampu diwujudkan dan ada yang tidak mampu, karena tidak menguasai teknis, tidak memahami masalah dan tidak tersedia sumber daya, bahkan menurut aspek legalitas tidak memenuhi syarat atau tidak berwenang.

Dalam rangka memenuhi hak setiap orang yang menghadapi masalah paliatif, dikembangkan keperawatan paliatif. Implementasi PHC dalam pelayanan kesehatan masyarakat pada tatanan keluarga sangat relevan dan efektif untuk memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalah klien paliatif. *Palliative Home Care* (PHC) merupakan keperawatan paliatif yang dilaksanakan di rumah klien dengan menerapkan *caring* secara utuh. Model ini dapat diterapkan di tingkat Puskesmas secara terintegrasi dengan program lain dan diyakini dapat memberi kontribusi bagi peningkatan kesehatan keluarga.

Prinsip penerapan PHC adalah pelayanan holistik, terintegrasi (kerja tim lintas program dan lintas sektor) dan keterlibatan keluarga dalam perspektif *clinical path way* dari RS, Puskesmas dan *home care*. Penerapan PHC mutlak dilandasi oleh kemanusiaan, *caring* dan secara total tanpa diskriminatif. Semua tim harus patuh pada standar operasional prosedur (SOP) *clinical path way* PHC yang sudah ditetapkan. SOP *clinical path way* PHC ini dimaksudkan untuk menjamin kesinambungan pelayanan secara profesional dan akuntabel, efektifitas dan efisiensi sumber daya.

Langkah-langkah implementasi model PHC meliputi penyiapan aspek regulasi pelayanan, pelaksanaan pelayanan dan evaluasi.

### Penyiapan Aspek Regulasi Pelayanan.

Tahap ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan kegiatan sebagai berikut:

1. Penetapan kebijakan pelayanan PHC
2. Penetapan jenis pelayanan
3. Penetapan kebijakan mutu pelayanan
4. Penetapan standar pelayanan
5. Penetapan manual pelayanan termasuk SOP PHC
6. Penetapan instrumen penilaian
7. Pendidikan dan pelatihan
8. Pelaksanaan Pelayanan

9. Penetapan tim
10. Penggalangan kerja sama lintas program dan lintas sektor sesuai kebijakan yang sudah ditetapkan
11. Pelaksanaan pelayanan sesuai model PHC

Moorhead, S., Johnson, M., Swanson, E. (2016) *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Ed 5, Bahasa Indonesia, Elsevier Singapore, Pte Ltd.

Menap (2017) *Caring Dalam Keperawatan*, Maghza Pustaka, Yogyakarta

## Evaluasi Kegiatan Pelayanan

Evaluasi atau penilaian kegiatan pelayanan dilakukan secara berkala dan terus menerus sesuai dengan instrumen penilaian yang sudah ditetapkan. Hasil evaluasi harus dijadikan bahan perbaikan kualitas pelayanan.

Potter, P.A., dan Perry, A.G. (1997) *Fundamental of Nursing Concept: Process and Practice*. St. Louis, Mosby, Jilid 2.

Tonges, M. (2011) *Translating Caring Theory Into Practice The Carolina Care Model*, JONA, Vol 41, No 9, pp 374-381

## Daftar Pustaka

Alligood, M.R. (2014), *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*, Edisi -Indonesia ke-8, Volume 1, Elsevier Singapore, Pte Ltd.

\_\_\_\_\_ (2014), *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*, Edisi -Indonesia ke-8, Volume 2, Elsevier Singapore, Pte Ltd

Tomey, A.M., dan Alligood, M.R. (2006) *Nursing Theorist and Their Work*, 6th ed, St.Louis, Mosby.

Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2014, Tentang Keperawatan. Jakarta

Watson, J. (2002) *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*, Springer Publishing Company, Inc, New York.

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. (2016) *Nursing Interventions Classification* 6th Indonesian ed. Elsevier Singapore, Pte Ltd.

Hewitt, M and Simone, J.V (1999) *Ensuring Quality Cancer Care*, Academy Press Washington, D.C. 1999

Kozier, B. Erb, G., dan Blais, K. (1997) *Professional Nursing Practice Concept, and Prespective*. California, Addison Wesley Logman, Inc.

Kathleen M. F and Hellen, G (2001) *Improving Palliative Care for Cancer*