



MODUL

Praktikum Keperawatan Menjelang ajal & Paliatif



Masyita Haerianti, S.Kep., Ns., M.Kep

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Sulawesi Barat

2024

Dosen Pengampu

Masyita Haerianti, S.Kep., Ns., M.Kep

Erviana, S.Kep., Ns., M.Kep

Helmi Juwita, S.Kep., Ns., M.Kep

Lembar Pengesahan	3
Visi Misi Fakultas Ilmu Kesehatan	4
Visi Misi Prodi Keperawatan	5
Informasi Mata Kuliah	6
Edmonton Symptom Assessment Scale -revised version (ESAS -r)	8
Complicated Grief Assesment	15
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well -Being	21
FAMCARE	24
Palliative Performance Scale	28
Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status Scale	33
Daftar Pustaka	36




**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**


No. Dokumen : 04-Modul-Kep-2024

**MODUL PRAKTIKUM
KEPERAWATAN MENJELANG AJAL DAN PALIATIF**

Disusun : Tim Penyusun


(Masyita Haeranti, S.Kep., Ns., M.Kep)

Diajukan : Koordinator Mata Kuliah


(Masyita Haeranti, S.Kep., Ns., M.Kep)

Dikendalikan : Koordinator Program Studi


(Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kes)

Disahkan : Wakil Dekan 1 Bidang Akademik


(Muhammad Irwan, S.Kep., Ns., M.Kes)

INFORMASI MATA KULIAH

Mata kuliah	: Keperawatan Menjelang Ajal & Paliatif
KODE MK	: KEP245221
Semester	: V/ 2 SKS
Koordinato MK	: Masyita Haerianti, S.Kep., Ns., M.Kep
TIM Dosen Pengajar	: <ol style="list-style-type: none">1. Masyita Haerianti, S.Kep., Ns., M.Kep (MH)2. Erviana, S.Kep., Ns., M.Kep (EV)3. Helmi Juwita, S.Kep., Ns., M.Kep (HJ)

Deskripsi Mata Kuliah:

Mata kuliah ini mempelajari tentang konsep perawatan paliatif yang meliputi pengkajian dan manajemen serta tantangannya dalam menerapkan perawatan paliatif baik dari segi fisik, psikologi, sosial dan spiritual yang dialami oleh pasien dan keluarga. Kemampuan komunikasi, pendekatan dari segi spiritual, sosial dan budaya digunakan untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul baik secara fisik dan psikososial dengan mempertimbangkan aspek legal dan etik

Capaian Pembelajaran: Setelah mengikuti pembelajaran ini, bila diberi kasus, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan perspektif keperawatan dan konsep perawatan paliatif
2. Menjelaskan etik dan kebijakan tentang perawatan paliatif
3. Berkomunikasi dengan pasien dan keluarga yang mendapat perawatan paliatif
4. Menjelaskan patofisiologi penyakit terminal
5. Melakukan pengkajian bio, psiko, sosio, spiritual dan kultural
6. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien penyakit terminal.

Capaian pembelajaran pada mata kuliah Keperawatan Menjelang Ajal & Paliatif yakni sebagai berikut;

CPL yang dibebankan pada MK	
CP 1	Bertakwa kepada Tuhan YME, menunjukkan sikap profesional, prinsip etik, perspektif hukum dan budaya dalam keperawatan
CP 2	Mampu menguasai keterampilan umum pada bidang keilmuannya
CP 3	Mampu memahami ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan proses keperawatan
CP 4	Mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan peka budaya serta tanggap darurat pada tatanan laboratorium dan lapangan (klinik dan komunitas) untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan klien
CP 5	Mampu melaksanakan edukasi dengan keterampilan komunikasi dalam Asuhan keperawatan dan informasi ilmiah
CP 9	Mampu melaksanakan edukasi dengan keterampilan komunikasi dalam Asuhan keperawatan dan informasi ilmiah
Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)	
CPMK 1	Menjelaskan perspektif keperawatan dan konsep perawatan paliatif
CPMK 2	Menjelaskan etik dan kebijakan tentang perawatan paliatif
CPMK 3	Berkomunikasi dengan pasien dan keluarga yang mendapat perawatan paliatif
CPMK 4	Menjelaskan patofisiologi penyakit terminal

CPMK 5	Melakukan pengkajian bio, psiko, sosio, spiritual dan kultural
CPMK 6	Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien penyakit terminal
CPMK □ Sub-CPMK	
S-CPMKI 1	Perspektif keperawatan (CPMK 1)
S-CPMKI 2	Konsep perawatan paliatif (CPMK 1)
S-CPMK 3	Etik – legal dalam perawatan paliatif (CPMK 2)
S-CPMK 4	Kebijakan nasional terkait perawatan paliatif (CPMK 2)
S-CPMK 5	Prinsip komunikasi dalam perawatan paliatif (CPMK 3)
S-CPMK 6	Patofisiologi berbagai penyakit kronik dan terminal (CPMK 4)
S-CPMK 7	Pengkajian fisik dan psikologis (CPMK 5)
S-CPMK 8	Tinjauan spiritual tentang perawatan paliatif (CPMK 5)
S-CPMK 9	Tinjauan sosial dan budaya tentang perawatan paliatif (CPMK 5)
S-CPMK 10	Asuhan keperawatan pada pasien terminal illness (palliative care) (CPMK 6)
S-CPMK 11	Manajemen nyeri (CPMK 6)
S-CPMK 12	Terapi komplementer diberbagai setting yankes (CPMK 6)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Alamat:Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat,Email:fik.unsulbar@gmail.com

VISI DAN MISI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

a. Visi;

Pada tahun 2040 menjadi institusi pendidikan kesehatan yang unggul dalam mengembangkan dan memanfaatkan ilmu teknologi kesehatan untuk memecahkan masalah kesehatan lokal, nasional dan global.

b. Misi;

- 1) Menyelenggarakan program pendidikan kesehatan untuk menghasilkan lulusan yang berkualitas, berdedikasi tinggi dan berakhlak mulia dalam rangka memenuhi tuntutan dan kebutuhan pembangunan
- 2) Mengembangkan lmu pengetahuan dan teknologi melalui kegiatan penelitian dan pengembangan inovasi di bidang kesehatan
- 3) Memanfaatkan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan dalam mewujudkan kesejahteraan dan peradaban yang tinggi
- 4) Mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu kesehatan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat, Email: fik.unsulbar@gmail.com

VISI DAN MISI
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

Visi Misi Program Studi memiliki Pencirian yakni **Profesional, Peka Budaya, dan Tanggap Darurat** yang terwujud didalam Visi Misi, yakni;

a. Visi;

Terwujudnya program studi keperawatan yang menghasilkan tenaga keperawatan profesional tanggap darurat dan peka budaya pada tahun 2030 dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

b. Misi;

- 1) Melaksanakan Pendidikan keperawatan profesional yang tanggap darurat dan peka budaya dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 2) Melaksanakan dan mengembangkan penelitian yang relevan dengan tantangan pelayanan kesehatan dan keperawatan.
- 3) Melaksanakan pengabdian masyarakat dengan memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.
- 4) Menyelenggarakan tata kelola good governance pada program studi.
- 5) Menjalin kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu keperawatan

BAB I

INSTRUMEN

1. Instrumen Edmonton Symptom Assessment Scale-revised version (ESAS-r)

Instrumen Edmonton Symptom Assessment Scale-revised version (ESAS-r) adalah instrumen yang digunakan untuk mengetahui gejala yang paling sering muncul pada pasien dengan penyakit kronik atau mengancam jiwa. Gejala tersebut antara lain nyeri, kelelahan, perasaan mengantuk, mual, nafsu makan berkurang, depresi, cemas, sesak nafas dan perasaan sejahtera. Terdapat pula satu kolom yang kosong untuk menilai masalah lain yang dialami pasien seperti konstipasi.

a. Deskripsi alat ukur

Pasien diinstruksikan untuk menilai tingkat keparahan setiap gejala dengan skala 0-10, dimana 0 menunjukkan tidak merasakan gejala dan 10 menunjukkan tingkat keparahan terburuk (gejala yang dirasakan sangat buruk). Penilaian angka dilakukan dengan memberikan lingkaran pada salah satu angka antara angka 0-10. Penilaian dilakukan berdasarkan gejala yang sekarang dirasakan pasien. Petugas kesehatan dapat mengajukan pertanyaan tambahan tentang tingkat keparahan gejala pada satu waktu, misal tingkat gejala yang paling baik dan paling buruk selama 24 jam terakhir. Diagram tubuh di sisi belakang ESAS dapat digunakan untuk menunjukkan lokasi nyeri yang dirasakan pasien. Angka yang dilingkari pasien pada instrumen awal ESAS-r selanjutnya dipindahkan ke grafik ESAS-r untuk melihat grafik gejala yang dirasakan pasien. Terdapat keterangan lain yang dapat digunakan untuk memudahkan pasien memahami maksud dari Sembilan gejala tersebut, seperti:

- 1) Lelah : tidak bertenaga
- 2) Kantuk: merasa mengantuk
- 3) Depresi : merasa sedih, putus asa
- 4) Cemas: merasa gugup
- 5) Perasaan sejahtera: perasaan pada umumnya

b. Fungsi

ESAS-r menggambarkan profil keparahan gejala pasien pada 1 titik waktu. Penilaian berulang dapat membantu mengidentifikasi perubahan keparahan gejala dari waktu ke waktu. ESAS-r hanya merupakan satu bagian dari penilaian klinis, bukan penilaian gejala yang lengkap. Pengisian ESAS-r direkomendasikan dikaji saat kesempatan pertama bersama pasien.

c. Interpretasi penilaian skoring

Semakin tinggi skor ESAS-r maka semakin berat gejala yang dialami pasien, dengan catatan jika nilai lebih dari >4 maka perawat segera dilakukan rencana perawatan dengan pengkajian lanjutan serta monitoring dengan ESAS-r untuk menilai pencapaian intervensi keperawatan ataupun dengan penilaian dengan *cut off point* dimana 3 (nyeri, perasaan mengantuk, mual, nafsu makan berkurang, sesak nafas, cemas, perasaan sejahtera), 2 (depresi), 4 (konstipasi), 4 (gejala muntah). Waktu untuk recall pada setiap pertanyaan adalah 7 hari



d. Sasaran

- 1) Pengisian kuesioner ESAS-r diharapkan dapat diselesaikan oleh pasien sendiri
- 2) Jika pasien tidak mampu Secara mandiri memberikan penilaian terhadap keparahan gejala, tetapi masih bisa memberikan masukan, maka ESAS-r diselesaikan oleh caregiver
- 3) Jika pasien tidak bisa sama sekali atau menolak berpartisipasi dalam penilaian gejala, penilaian ESAS-r diselesaikan oleh caregiver (anggota keluarga, teman terdekat atau petugas kesehatan) dengan pedoman penilaian objektif, namun penilaian yang dilakukan oleh family caregiver hanya pada gejala subjektif (nyeri, mual, sesak napas) tidak pada gejala (kelelahan, depresi, cemas dan kesejahteraan)
 - Pain (nyeri): ditunjukkan dengan respon menyeringai/meringis, melindungi daerah yang sakit

- Tiredness (kelelahan): peningkatan jumlah waktu yang dihabiskan untuk beraktivitas; penurunan tingkat energi
 - Drowsiness (mengantuk): menurunnya tingkat kewaspadaan
 - Nausea (Mual): adanya muntah
 - Lack of appetite (nafsu makan berkurang): jumlah asupan makanan
 - Shortness of breath (sesak napas): peningkatan laju pernapasan
 - Depresi: adanya air mata, perasaan datar, menarik diri dari interaksi sosial, mudah tersinggung, penurunan konsentrasi dan/atau ingatan, pola tidur yang terganggu
 - Cemas: adanya agitasi, marah, gelisah, sesak napas
 - Perasaan sejahtera: keseluruhan kenyamanan kondisi pasien baik fisik ataupun psikis
- 4) Jika family care giver, tidak dapat menilai gejala, maka bisa diisi U (unable to asses) pada isian ESAS-r atau grafiks ESAS-r
- 5) Orang yang mengisi ESAS-r diberikan keterangan dibawah skala ESAS-r atau grafik ESAS-r dengan memberi tanda *checklist* apakah diisi oleh pasien, *caregiver*, petugas kesehatan, atau caregiver dengan dibantu.

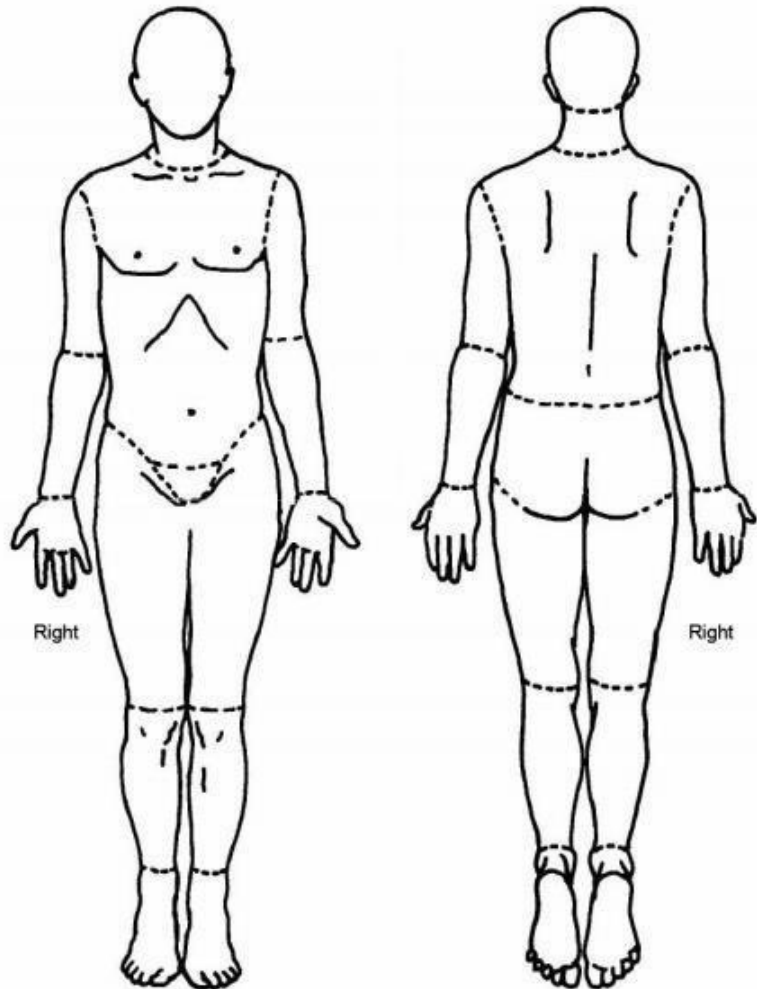
e. Instrumen

ESAS-r

		
Edmonton Symptom Assessment System: (revised version) (ESAS-R)		
Please circle the number that best describes how you feel NOW:		
No Pain	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Pain
No Tiredness <i>(Tiredness = lack of energy)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Tiredness
No Drowsiness <i>(Drowsiness = feeling sleepy)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Drowsiness
No Nausea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Nausea
No Lack of Appetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Lack of Appetite
No Shortness of Breath	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Shortness of Breath
No Depression <i>(Depression = feeling sad)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Depression
No Anxiety <i>(Anxiety = feeling nervous)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Anxiety
Best Wellbeing <i>(Wellbeing = how you feel overall)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Wellbeing
No _____ Other Problem <i>(for example constipation)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible _____
Patient's Name _____ Date _____ Time _____		Completed by (check one): <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Family caregiver <input type="checkbox"/> Health care professional caregiver <input type="checkbox"/> Caregiver-assisted
ESAS-r <small>Revised: November 2010</small>		BODY DIAGRAM ON REVERSE SIDE

f. Diagram Nyeri Tubuh ESAS-r

Please mark on these pictures where it is that you hurt:



**PROSEDUR PENGKAJIAN GEJALA MENGGUNAKAN
Edmonton Symptom Assessment Scale-revised version (ESAS-r)**

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A. Tahap Pra Interaksi				
1.	Cek catatan keperawatan dan rekam medis			
2.	Siapkan alat dan bahan – Instrument pengkajian ESAS-r Scale – Catatan kecil – Alat tulis – APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
3.	Cuci tangan			
4.	Gunakan APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
B. Tahap orientasi				
5.	Beri salam, panggil klien dengan namanya			
6.	Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan			
C. Tahap kerja				
7.	Berikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
8.	Meminta pasien untuk menandatangani lembar <i>inform concent</i>			
9.	Jaga privasi klien			
10.	Memulai pengkajian dengan menjelaskan instruksi pengisian kuesioner			
11.	Menanyakan pertanyaan yang ada di instrumen			
	A. Sembilan Gejala			
	1. Nyeri: ditunjukkan dengan respon menyeringai/meringis, melindungi daerah yang sakit			
	2. Kelelahan: peningkatan jumlah waktu yang dihabiskan untuk beraktivitas; penurunan tingkat energi			
	3. Mengantuk: menurunnya tingkat kewaspadaan			
	4. Mual: adanya muntah			
	5. Nafsu makan: jumlah asupan makanan			
	6. Sesak napas: peningkatan laju pernapasan			
	7. Depresi: adanya air mata, perasaan datar, menarik diri dari interaksi sosial, mudah tersinggung, penurunan konsentrasi dan/atau ingatan, pola tidur yang terganggu			
	8. Cemas: adanya agitasi, marah, gelisah, sesak napas			
NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		

		0	1	2
	9. Kesejahteraan: keseluruhan kenyamanan kondisi pasien baik fisik ataupun psikis			
	10. Masalah lain yang dialami pasien seperti konstipasi			
	B. Diagram Nyeri Tubuh			
	11. Memberikan tanda pada lokasi gambar yang menunjukkan lokasi nyeri			
	C. Grafik ESAS			
	12. Memberikan tanda pada grafik sesuai dengan hasil pengkajian instrumen ESAS yang didapatkan			
	D. Tahap Terminasi			
12.	Mengecek kembali apakah kuesioner sudah terisi lengkap atau belum			
13.	Evaluasi hasil kegiatan (subjektif & objektif)			
14.	Berikan umpan balik positif pada klien			
15.	Kontrak pertemuan selanjutnya (kegiatan, waktu dan tempat)			
16.	Akhiri pertemuan dengan cara yang baik			
17.	Cuci tangan			
	E. Dokumentasi			
18.	Berikan tanda pada ESAS-Graph dari setiap hasil pengkajian per harinya (apakah per harinya naik atau turun skornya?)			
19.	Catat siapa yang mengisi instrumen: pasien, caregiver, health care professional atau caregiver dengan cara dipandu			

Keterangan:

0 : tidak dikerjakan

1 : prosedur belum dilakukan dengan sempurna, atau dilakukan dalam urutan tidak sesuai

2 : prosedur dilakukan dengan sempurna

2. Instrumen Complicated Grief Assesment

a. Definisi

Berduka adalah respon emosi yang diekspresikan terhadap kehilangan yang dimanifestasikan dengan adanya perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, susah tidur dan sulit konsentrasi, kehilangan nafsu makan, berduka kepanjangan: mengingkari kenyataan kehilangan yang terjadi dalam waktu yang lama, sedih berkepanjangan, ada gejala fisik yang berat, keinginan untuk bunuh diri. NANDA merumuskan ada dua tipe berduka yaitu berduka diantisipasi dan berduka disfungsi. Berduka diantisipasi adalah suatu status yang merupakan pengalaman individu dalam merespon kehilangan yang aktual ataupun yang dirasakan seseorang, hubungan, objek atau ketidakmampuan fungsional sebelum terjadinya kehilangan. Tipe berduka diantisipasi masih dalam batas normal. Berduka disfungsi adalah suatu status yang merupakan pengalaman individu yang responnya dibesar-besarkan saat individu kehilangan secara actual meskipun potensial, hubungan, objek atau ketidakmampuan fungsional. Tipe berduka disfungsi terkadang menjurus ke tipe yang abnormal atau kacau/salah.

Complicated Grief Assesment merupakan penyimpangan dari pengalaman berduka yang normal baik dalam perjalanan waktu, intensitas atau keduanya yang memerlukan pengalaman emosional yang kronis.

b. Kuesioner Complicated Grief Assesment

Harap tandai kotak di samping jawaban yang paling menggambarkan perasaan pasien selama sebulan terakhir. Bagian yang kosong mengacu pada orang yang telah meninggal yang membuat pasien bersedih.

Kriteria A

A.1.a Dalam sebulan terakhir seberapa sering Anda merasa merindukan dan mendambakan (Alm)?

1. Hampir tidak pernah (kurang dari sekali dalam sebulan)
2. Jarang (2-6 kali dalam sebulan)
3. Terkadang (lebih dari 7 kali dalam sebulan, tetapi tidak setiap hari)
4. Setiap hari
5. Beberapa kali sehari

A.1b. Dalam sebulan terakhir, apakah kerinduan itu membebani Anda atau mengganggu rutinitas harian Anda?

1. Ya
2. Tidak

Kriteria A terpenuhi JIKA jawaban pada frekuensi “setiap hari” atau “beberapa kali sehari” ATAU terdapat beban atau gangguan yang disebabkan oleh kerinduan itu dipertimbangkan mengarah pada kondisi komplikasi berduka.

Kriteria B

B1. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda dapat menerima kematian?

1. Tidak ada kesulitan menerima kematian
2. Sedikit kesulitan menerima kematian
3. Beberapa rasa sulit menerima kematian
4. Kesulitan menerima kematian
5. Sangat kesulitan menerima kematian

B2. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda mengalami kesulitan untuk mempercayai orang lain?

1. Tidak ada kesulitan mempercayai orang lain
2. Sedikit kesulitan mempercayai orang lain
3. Beberapa rasa sulit mempercayai orang lain
4. Kesulitan mempercayai orang lain
5. Sangat kesulitan mempercayai orang lain

B3. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa pahit atas kematian (Alm)?

1. Tidak ada rasa pahit
2. Sedikit rasa pahit
3. Rasa pahit hanya beberapa
4. Rasa pahit yang nyata
5. Rasa pahit yang sangat ekstrem

B4. Terkadang orang yang kehilangan orang yang dicintai merasa tidak nyaman untuk melanjutkan hidup. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa perubahan seperti misalnya mencari teman baru, mengajar minat baru akan sulit bagi Anda?

1. Berubah tidak akan sulit
2. Berubah akan sedikit sulit
3. Berubah akan agak sulit
4. Berubah akan sangat sulit
5. Berubah akan sangat ekstrem sulit

B5. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa hampa atau kesulitan untuk berhubungan dengan orang lain?

1. Tidak ada rasa hampa
2. Sedikit rasa hampa
3. Ada rasa hampa
4. Ada rasa hampa yang jelas
5. Ada rasa hampa yang ekstrem

B6. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa kosong dan tidak berarti tanpa (alm)?

1. Tidak ada rasa kosong atau tidak berarti
2. Sedikit ada rasa kosong atau tidak berarti
3. Beberapa rasa kosong

4. Rasa kosong yang jelas
5. Rasa kosong yang ekstrem

B7. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa masa depan tidak memiliki makna atau tujuan tanpa (alm)?

1. Tidak ada perasaan bahwa masa depan tidak memiliki tujuan
2. Sedikit perasaan bahwa masa depan tidak memiliki tujuan
3. Beberapa perasaan bahwa masa depan tidak memiliki tujuan
4. Rasa yang jelas bahwa masa depan tidak memiliki tujuan
5. Rasa ekstrem bahwa masa depan tidak memiliki tujuan

B8. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa gelisah atau mudah terkejut

1. Tidak ada perasaan gelisah
2. Sedikit perasaan gelisah
3. Beberapa perasaan gelisah
4. Rasa gelisah yang jelas
5. Rasa gelisah yang ekstrem

Kriteria B terpenuhi JIKA empat dari delapan kriteria B memiliki nilai “4” atau “5”.

Kriteria C

Apakah kesedihan yang dirasakan berpengaruh pada kehidupan sosial, pekerjaan atau bidang lain? Misalnya membuat Anda sulit melakukan aktivitas normal setiap harinya?

- Ya
- Tidak

Kriteria C terpenuhi JIKA jawabannya “Ya”

Kriteria D

Apakah salah satu dari gejala di atas, termasuk kerinduan dan setidaknya satu gejala kriteria B, berlangsung setidaknya selama enam bulan?

- Ya
- Tidak

Gejala harus bertaham setidaknya selama enam bulan untuk dianggap “Ya”, jika responden berpendapat bahwa gejala tersebut muncul sesekali beri tanda “tidak”. Jika Ya, maka kriteria D terpenuhi
Petunjuk penilaian

Apabila kriteria A, B, C & D terpenuhi maka pasien terdiagnosis berduka yang rumit (**complicated grief**).

**PROSEDUR PENGKAJIAN BERDUKA MENGGUNAKAN
Complicated Grief Assesment**

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A. Tahap Pra Interaksi				
1.	Cek catatan keperawatan dan rekam medis			
2.	Siapkan alat dan bahan – Instrumen pengkajian Complicated Grief Assesment – Catatan kecil – Alat tulis – APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
3.	Cuci tangan			
4.	Gunakan APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
B. Tahap orientasi				
5.	Beri salam, panggil klien dengan namanya			
6.	Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan			
C. Tahap kerja				
7.	Berikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
8.	Meminta pasien untuk menandatangani lembar <i>inform concent</i>			
9.	Jaga privasi klien			
10.	Memulai pengkajian dengan menjelaskan instruksi pengisian kuesioner			
11.	Menanyakan pertanyaan yang ada di instrumen			
Kriteria A				
	A.1.a Dalam sebulan terakhir seberapa sering Anda merasa merindukan dan mendambakan (Alm)?			
	A.1b. Dalam sebulan terakhir, apakah kerinduan itu membebani Anda atau mengganggu rutinitas harian Anda?			
Kriteria B				
	B1. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda dapat menerima kematian?			
	B2. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda mengalami kesulitan untuk mempercayai orang lain?			
	B3. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa pahit atas kematian (Alm)?			
	B4. sejauh mana Anda merasa perubahan seperti misalnya mencari teman baru, mengajjar minat baru akan sulit bagi Anda?			

	B5. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa hampa atau kesulitan untuk berhubungan dengan orang lain?			
	B6. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa kosong dan tidak berarti tanpa (alm)?			
NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	3
	B7. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa masa depan tidak memiliki makna atau tujuan tanpa (alm)?			
	B8. Dalam sebulan terakhir, sejauh mana Anda merasa gelisa atau mudah terkejut			
	Kriteria C Apakah kesedihan yang dirasakan berpengaruh pada kehidupan sosial, pekerjaan atau bidang lain? Misalnya membuat Anda sulit melakukan aktivitas normal setiap harinya?			
	Kriteria D Apakah salah satu dari gejala di atas, termasuk kerinduan dan setidaknya satu gejala kriteria B, berlangsung setidaknya selama enam bulan?			
D. Tahap Terminasi				
12.	Mengecek kembali apakah kuesioner sudah terisi lengkap atau belum			
13.	Evaluasi hasil kegiatan (subjektif & objektif)			
14.	Berikan umpan balik positif pada klien			
15.	Kontrak pertemuan selanjutnya (kegiatan, waktu dan tempat)			
16.	Akhiri pertemuan dengan cara yang baik			
17.	Cuci tangan			
E. Dokumentasi				
18.	Catat hasil pengkajian berduka berdasarkan panduan perhitungan dan interpretasikan hasil perhitungan tersebut. Apabila kriteria A, B, C & D terpenuhi maka pasien terdiagnosis berduka yang rumit (complicated grief).			

Keterangan:

0 : tidak dikerjakan

1 : prosedur belum dilakukan dengan sempurna, atau dilakukan dalam urutan tidak sesuai
2 : prosedur dilakukan dengan sempurna

3. Instrumen pengakajian spiritual pada pasien paliatif (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)*)

a. Definisi

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) adalah kuesioner untuk menilai kesejahteraan spiritual pasien dengan penyakit kanker atau kronis. FACIT-sp dikembangkan pada tahun 1990-an untuk menilai kesejahteraan spiritual yang singkat dan luas dengan konten yang tidak terbatas hanya pada satu tradisi agama atau spiritual.

b. Fungsi

Fungsi instrument FACIT-sp yakni:

- 1) Menilai tingkatan spiritual pasien dengan penyakit kronis sebagai akibat dari penyakit kronis yang dialami
- 2) Mengevaluasi tingkatan spiritual pasien dalam menjalani kehidupan dengan penyakit kronis yang dialami

c. Deskripsi alat ukur

Instrument FACIT-sp terdiri dari 12 item dengan 3 sub domain dari kesejahteraan spiritual yang membantu memfasilitasi eksplorasi mendalam tentang komponen yang membentuk kesejahteraan spiritual. Subdomain tersebut *peace* (damai), *meaning* (makna) dan *faith* (kepercayaan).

- 1) Subskala "*meaning*" terdapat pada pernyataan 2, 3, 5, 8
- 2) Subskala "*peace*" terdapat pada pernyataan 1, 4, 6, 7
- 3) Subskala "*faith*" terdapat pada pernyataan 9, 10, 11, 12

Pilihan jawaban yang disediakan menggunakan skala Likert dengan skoring 0 (tidak pernah), 1 (kadang-kadang), 2 (jarang), 3 (sering), dan 4 (selalu). Waktu untuk recall pada setiap pertanyaan adalah 7 hari

d. Interpretasi penilaian skoring

- 1) Hitung skor sesuai respon yang telah dicatat dan dijumlahkan atau dikurangi kemudian isi dibagian item score
- 2) Jumlahkan semua item skor
- 3) Kalikan dengan 4
- 4) Bagi dengan jumlah item indikator yang telah dijawab pada setiap domain
- 5) Lakukan Langkah 2-4 untuk domain berikutnya
- 6) Untuk menghitung total nilai FACIT-sp dengan menjumlahkan hasil domain maka, damai dan kepercayaan
- 7) Skor berkisar antara 0-48, dengan interpretasi semakin tinggi skor yang didapat maka semakin baik kualitas hidupnya, dengan ketentuan
 - a) Skor 0-35 (kesejahteraan spiritual pasien berkurang)
 - b) Skor 36-48 (kesejahteraan spiritual pasien baik)

**e. Kuesioner Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)**

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Jarang	Sering	Selalu
1.	Saya merasa damai					
2.	Saya memiliki alasan untuk hidup					
3.	Saya mudah produktif					
4.	Saya merasa mengalami kesulitan untuk merasa tenang					
5.	Saya memiliki tujuan hidup					
6.	Saya merasakan kenyamanan pada diri saya					
7.	Saya merasakan harmoni, kesesuaian, kecocokan, keselarasan pada diri saya					
8.	Saya merasakan tidak memiliki makna dan tujuan hidup					
9.	Saya merasakan kenyamanan dalam keyakinan atau kepercayaan spiritual pada diri saya					
10.	Saya menemukan kekuatan dalam spiritual, kekuatan dalam keyakinan, atau kepercayaan spiritual pada diri saya					
11.	Saya merasa penyakit ini telah memperkuat keyakinan atau kepercayaan spiritual saya					
12.	Saya merasa akan baik-baik saja apapun yang terjadi pada penyakit saya					

**PROSEDUR PENGKAJIAN KESEJAHTERAAN
SPIRIUAL MENGGUNAKAN FACIT-sp**

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A. Tahap Pra Interaksi				
1.	Cek catatan keperawatan dan rekam medis			
2.	Siapkan alat dan bahan – Instrument pengkajian FACIT-sp – Catatan kecil – Alat tulis – APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
3.	Cuci tangan			
4.	Gunakan APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
B. Tahap orientasi				
5.	Beri salam, panggil klien dengan namanya			
6.	Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan			
C. Tahap kerja				
7.	Berikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
8.	Meminta pasien untuk menandatangani lembar <i>inform concent</i>			
9.	Jaga privasi klien			
10.	Memulai pengkajian dengan menjelaskan instruksi pengisian kuesioner			
11.	Menanyakan pertanyaan yang ada di instrumen			
	1. Saya merasa damai			
	2. Saya memiliki alasan untuk hidup			
	3. Saya mudah produktif			
	4. Saya merasa mengalami kesulitan untuk merasa tenang			
	5. Saya memiliki tujuan hidup			
	6. Saya merasakan kenyamanan pada diri saya			
	7. Saya merasakan harmoni, kesesuaian, kecocokan, keselarasan pada diri saya			
	8. Saya merasakan tidak memiliki makan dan tujuan hidup			
	9. Saya merasakan kenyamanan dalam keyakinan atau kepercayaan spiritual pada diri saya			
	10. Saya menemukan kekuatan dalam spiritual, kekuatan dalam keyakinan, atau kepercayaan spiritual pada diri saya			

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	11. Saya merasa penyakit ini telah memperkuat keyakinan atau kepercayaan spiritual saya			
	12. Saya merasa akan baik-baik saja apapun yang terjadi pada penyakit saya			
D. Tahap Terminasi				
12.	Mengecek kembali apakah kuesioner sudah terisi lengkap atau belum			
13.	Evaluasi hasil kegiatan (subjektif & objektif)			
14.	Berikan umpan balik positif pada klien			
15.	Kontrak pertemuan selanjutnya (kegiatan, waktu dan tempat)			
16.	Akhiri pertemuan dengan cara yang baik			
17.	Cuci tangan			
E. Dokumentasi				
18.	Catat hasil pengkajian kesejahteraan spiritual sesuai panduan perhitungan dan interpretasikan hasil perhitungan tersebut			

Keterangan:

0 : tidak dikerjakan

1 : prosedur belum dilakukan dengan sempurna, atau dilakukan dalam urutan tidak sesuai
2 : prosedur dilakukan dengan sempurna

4. Instrumen FAMCARE a. Definisi

Instrumen FAMCARE merupakan instrument untuk mengkaji kepuasan terhadap pelayanan paliatif mencakup ketersediaan perawatan, perawatan pasien Secara fisik, perawatan psikososial, dan pemberian informasi.

b. Komponen

Instrument FAMCARE terdiri dari beberapa komponen/subskala, yaitu aksesibilitas perawatan, koordinasi dalam perawatan, manajemen gejala, komunikasi dan informasi, serta dukungan dalam pengambilan keputusan.

c. Sasaran

Keluarga pasien yang mendapatkan pelayanan pada unit perawatan paliatif selama lebih dari atua sama dengan 3 hari dan/atau keluarga dari pasien yang telah meninggal dalam kurun waktu 1 bulan.

d. Deskripsi alat ukur

FAMCARE-Scale terdiri dari 17 item pertanyaan untuk mengukur sejauh mana anggota keluarga puas dengan perawatan kesehatan yang diterima oleh pasien dan keluarga. Kuesioner dijawab dengan menggunakan enam pilihan jawaban yang diukur dengan menggunakan skala Likert yakni tidak relevan (TR) nilai 0, sangat tidak puas (ST) nilai 1, tidak puas (TP) nilai 2, ragu-ragu (RR) nilai 3, puas (P) nilai 4 dan sangat puas (SP) nilai 5.

e. Panduan penilaian

Total nilai diperoleh dengan menjumlah seluruh nilai sesuai dengan jawaban dari keluarga pasien, dengan kriteria skor

71-85 : sangat puas

57-70 : puas

43-56 : ragu-ragu

29-42 : tidak puas

15-28 : sangat tidak puas

0-14 : tidak relevan

f. Kuesioner FAMCARE-Scale versi Indonesia

Harap jawab pertanyaan di bawah ini yang menunjukkan seberapa puas Anda dengan perawatan yang diterima

No	Pernyataan	Penilaian					
	SEBERAPA PUASKAH ANDA DENGAN:	SP	P	RR	TP	ST	TR
1.	Kenyamanan pasien						
2.	Penjelasan terkait kondisi dan tau perkembangan kondisi pasien						
3.	Informasi tentang efek samping pengobatan						
4.	Cara tim paliatif menghormati martabat pasien						
5.	Diskusi yang diadakan oleh tim paliatif untuk membahas kondisi dan rencana perawatan pasien						
6.	Kecepatan tim perawatan paliatif dalam menangani gejala						
7.	Perhatian tim paliatif terhadap gejala yang ditunjukkan pasien						
8.	Cara memenuhi kebutuhan fisik pasien akan rasa aman nyaman						
9.	Tersedianya perawatan paliatif untuk keluarga						
10.	Dukungan emosional diberikan kepada anggota keluarga oleh tim perawatan paliatif						
11.	Bantuan praktis yang diberikan oleh tim perawatan paliatif (misalnya: mandi, perawatan di rumah, dan istirahat)						
12.	Perhatian dokter terhadap gejala yang dirasakan pasien						
13.	Keterlibatan keluarga dalam pengendalian dan keputusan terhadap perawatan dan pengobatan						
14.	Informasi yang diberikan tentang bagaimana mengelola gejala pasien (misalnya nyeri, konstipasi)						
15.	Respon (kecepatan dan ketepatan) tim paliatif mengelola gejala pasien						
16.	Tanggapan atau respon tim paliatif dalam menanggapi pemenuhan kebutuhan perawatan pasien						
17.	Dukungan emosional diberikan kepada pasien oleh tim paliatif						

**PROSEDUR PENGAJIAN KEPUASAN KELUARGA
MENGUNAKAN INSTRUMEN FAMCARE SCALE**

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A. Tahap Pra Interaksi				
1.	Cek catatan keperawatan dan rekam medis			
2.	Siapkan alat dan bahan – Instrumen pengkajian FAMCARE Scale – Catatan kecil – Alat tulis – APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
3.	Cuci tangan			
4.	Gunakan APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
B. Tahap orientasi				
5.	Beri salam, panggil klien dengan namanya			
6.	Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan			
C. Tahap kerja				
7.	Berikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
8.	Meminta pasien untuk menandatangani lembar <i>inform consent</i>			
9.	Jaga privasi klien			
10.	Memulai pengkajian dengan menjelaskan instruksi pengisian kuesioner			
11.	Menanyakan pertanyaan yang ada di instrumen			
	1. Kenyamanan pasien			
	2. Penjelasan terkait kondisi dan tau perkembangan kondisi pasien			
	3. Informasi tentang efek samping pengobatan			
	4. Cara tim paliatif menghormati martabat pasien			
	5. Diskusi yang diadakan oleh tim paliatif untuk membahas kondisi dan rencana perawatan pasien			
	6. Kecepatan tim perawatan paliatif dalam menangani gejala			
	7. Perhatian tim paliatif terhadap gejala yang ditunjukkan pasien			
	8. Cara memenuhi kebutuhan fisik pasien akan rasa aman nyaman			
	9. Tersedianya perawatan paliatif untuk keluarga			
	10. Dukungan emosional diberikan kepada anggota keluarga oleh tim perawatan paliatif seperti motivasi			

	11. Bantuan praktis yang diberikan oleh tim perawatan paliatif (misalnya: mandi, perawatan di rumah, dan istirahat)			
NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	12. Perhatian dokter terhadap gejala yang dirasakan pasien			
	13. Keterlibatan keluarga dalam pengendalian dan keputusan terhadap perawatan dan pengobatan			
	14. Informasi yang diberikan tentang bagaimana mengelola gejala pasien (misalnya nyeri, konstipasi)			
	15. Respon (kecepatan dan ketepatan) tim paliatif mengelola gejala pasien			
	16. Tanggapan atau respon tim paliatif dalam menanggapi pemenuhan kebutuhan perawatan pasien			
	17. Dukungan emosional diberikan kepada pasien oleh tim paliatif			
D. Tahap Terminasi				
12.	Mengecek kembali apakah kuesioner sudah terisi lengkap atau belum			
13.	Evaluasi hasil kegiatan (subjektif & objektif)			
14.	Berikan umpan balik positif pada klien			
15.	Kontrak pertemuan selanjutnya (kegiatan, waktu dan tempat)			
16.	Akhiri pertemuan dengan cara yang baik			
17.	Cuci tangan			
E. Dokumentasi				
18.	Catat hasil pengkajian kepuasan keluarga sesuai panduan perhitungan dan interpretasikan hasil perhitungan tersebut			

Keterangan:

0 : tidak dikerjakan

1 : prosedur belum dilakukan dengan sempurna, atau dilakukan dalam urutan tidak sesuai 2 : prosedur dilakukan dengan sempurna

5. Instrumen *Palliative Performance Scale* (PPS)

a. Definisi

Kuesioner *Palliative Performance Scale* (PPS) atau *Karnofsky Performance Status Scale* merupakan kuesioner yang digunakan untuk menilai progresivitas kondisi pasien.

b. Deskripsi instrumen

PPS diukur dengan cara mengidentifikasi secara urut dan horizontal dari 5 domain yaitu derajat ambulasi, kemampuan untuk beraktifitas dan keberadaan penyakit, kemampuan untuk melakukan perawatan diri, asupan nutrisi dan tingkat kesadaran untuk menemukan gembatan yang paling sesuai dengan kondisi pasien.

Setiap domain yang terletak disebelah kiri dari menjadi petunjuk terkait kondisi pasien, dimana jika item sebelah kirim sudah teridentifikasi maka menjadi penentu dalam menilai item pada domain berikutnya secara urut sehingga nilai PPS dapat teridentifikasi. Setiap penurunan 10% menunjukkan adanya penurunan fungsi fisik.

c. Penilaian pengukuran

Kategorisasi penilaian PPS dibagi menjadi 11 kategori, dengan nilai terendah (0%) yang berarti pasien meninggal dan nilai tertinggi (100%) yang berarti pasien dapat melakukan ambulasi penuh, aktifitas normal dan tidak memiliki penyakit, perawatan diri mandiri, asupan nutrisi normal, dan tingkat kesadaran penuh. Hal ini berarti bahwa semakin rendah persentase dari nilai PPS maka semakin buruk kondisi pasien dan membutuhkan bantuan dari tenaga kesehatan dan anggota keluarga, dengan interpretasi penilaian

- 1) Skor 70-100% (mandiri)
- 2) 30-60% (bantuan perawatan minimal)
- 3) < 30% (ketergantungan / total care)

d. Kuesioner

Level PPS	Ambulasi	Tingkat aktifitas dan keberadaan penyakit	Perawatan diri	Asupan nutrisi	Kesadaran
100%	Penuh	Aktifitas dan kerja normal, tidak ada penyakit yang mendasari	Mandiri	Normal	Penuh
90%	Penuh	Aktifitas dan kerja normal, terdapat beberapa penyakit	Mandiri	Normal	Penuh

Level PPS	Ambulasi	Tingkat aktifitas dan keberadaan penyakit	Perawatan diri	Asupan nutrisi	Kesadaran
		yang mendasari			
80%	Penuh	Aktifitas dan kerja perlu tenaga lebih, terdapat beberapa penyakit yang mendasari	Mandiri	Normal atau menurun	Penuh
70%	Menurun	Tidak mampu bekerja dan beraktifitas normal, terdapat penyakit yang mendasari	Mandiri	Normal atau menurun	Penuh
60%	Menurun	Tidak mampu melakukan aktivitas hobi / pekerjaan rumah, terdapat penyakit yang mendasari	Kadang membutuhkan bantuan	Normal atau menurun	Penuh / bingung
50%	Banyak duduk/berbaring	Tidak mampu melakukan pekerjaan apapun,	Sering membutuhkan bantuan	Normal atau menurun	Penuh / bingung

Level PPS	Ambulasi	Tingkat aktifitas dan keberadaan penyakit	Perawatan diri	Asupan nutrisi	Kesadaran
		menderita penyakit berat			
40%	Banyak berbaring	Tidak mampu melakukan banyak aktivitas, menderita penyakit berat	Banyak membutuhkan bantuan	Normal atau menurun	Penuh atau mengantuk, bingung +/-
30%	Total di tempat tidur	Tidak mampu melakukan aktivitas apapun, menderita penyakit berat	Total care	Normal atau menurun	Penuh atau mengantuk, bingung +/-
20%	Total di tempat tidur	Tidak mampu melakukan aktivitas apapun, menderita penyakit berat	Total care	Hanya mampu menyeruput "asupan minimal"	Penuh atau mengantuk, bingung +/-
10%	Total di tempat tidur	Tidak mampu melakukan aktivitas apapun, menderita penyakit berat	Total care	Hanya dapat dialkaskan perawatan mulut	Mengantuk atau koma, bingung +/-
0%	Meninggal				

**PROSEDUR PENGKAJIAN PROGRESIVITAS KONDISI PASIEN
PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)**

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A. Tahap Pra Interaksi				
1.	Cek catatan keperawatan dan rekam medis			
2.	Siapkan alat dan bahan – Instrumen pengkajian PPS – Catatan kecil – Alat tulis – APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
3.	Cuci tangan			
4.	Gunakan APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
B. Tahap orientasi				
5.	Beri salam, panggil klien dengan namanya			
6.	Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan			
C. Tahap kerja				
7.	Berikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
8.	Meminta pasien untuk menandatangani lembar <i>inform concent</i>			
9.	Jaga privasi klien			
10.	Memulai pengkajian dengan menjelaskan instruksi pengisian kuesioner			
11.	Menanyakan pertanyaan yang ada di instrumen			
	1. Tingkat PPS 100%			
	2. Tingkat PPS 90%			
	3. Tingkat PPS 80%			
	4. Tingkat PPS 70%			
	5. Tingkat PPS 60%			
	6. Tingkat PPS 50%			
	7. Tingkat PPS 40%			
	8. Tingkat PPS 30%			
	9. Tingkat PPS 20%			
	10. Tingkat PPS 10%			
	11. Tingkat PPS 0%			
	12. Perhatian dokter terhadap gejala yang dirasakan pasien			
D. Tahap Terminasi				

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
12.	Mengecek kembali apakah kuesioner sudah terisi lengkap atau belum			
13.	Evaluasi hasil kegiatan (subjektif & objektif)			
14.	Berikan umpan balik positif pada klien			
15.	Kontrak pertemuan selanjutnya (kegiatan, waktu dan tempat)			
16.	Akhiri pertemuan dengan cara yang baik			
17.	Cuci tangan			
E. Dokumentasi				
18.	Catat hasil pengkajian progresivitas kondisi pasien sesuai panduan perhitungan dan interpretasikan hasil perhitungan tersebut			

Keterangan:

0 : tidak dikerjakan

1 : prosedur belum dilakukan dengan sempurna, atau dilakukan dalam urutan tidak sesuai
2 : prosedur dilakukan dengan sempurna

6. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status Scale

a. Definisi

Instrumen Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status Scale merupakan kuesioner yang digunakan untuk menilai status fungsional pasien

b. Deskripsi instrumen

Instrumen ECOG bertujuan untuk menilai progresivitas penyakit pasien, mengkaji dampak penyakit terhadap kemampuan aktifitas sehari-hari pasien dan menentukan prognosis perawatan yang tepat. terdiri dari beberapa domain yakni kemampuan fungsional,

c. Interpretasi penilaian

Kategorisasi penilaian ECOG dibagi menjadi 5 kategori, dengan nilai terendah (5) yang berarti pasien meninggal dan nilai tertinggi (0) yang berarti pasien dapat melakukan ambulasi penuh dan mampu melakukan semua kegiatan tanpa hambatan. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi nilai ECOG maka semakin buruk kondisi pasien dan membutuhkan bantuan dari tenaga kesehatan dan anggota keluarga

d. Kuesioner Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status Scale

Level	Deskripsi
0	Aktif penuh, mampu melakukan semua kegiatan tanpa hambatan
1	Terbatas dalam pekerjaan fisik yang berat, tapi masih mampu berpindah dan melakukan aktifitas ringan seperti pekerjaan rumah atau kantor yang ringan
2	Mampu melakukan perawatan diri dan bergerak, namun tidak mampu melakukan pekerjaan lainnya. Bangun lebih 50% dari waktu terjaganya
3	Hanya mampu melakukan perawatan diri yang terbatas, hanya di atas tempat tidur dan kursi lebih dari 50% dari waktu terbangun
4	Ketidakmampuan secara total, tidak bisa melakukan perawatan diri sendiri, total berada di tempat tidur atau kursi
5	Meninggal dunia

**PROSEDUR PENGKAJIAN STATUS PERFORMA
PASIEN EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY
GROUP (ECOG) PERFORMANCE STATUS**

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A. Tahap Pra Interaksi				
1.	Cek catatan keperawatan dan rekam medis			
2.	Siapkan alat dan bahan – Instrumen pengkajian ECOG – Catatan kecil – Alat tulis – APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
3.	Cuci tangan			
4.	Gunakan APD (handscoen, masker, faceshield, hand sanitizer)			
B. Tahap orientasi				
5.	Beri salam, panggil klien dengan namanya			
6.	Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan			
C. Tahap kerja				
7.	Berikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
8.	Meminta pasien untuk menandatangani lembar <i>inform concent</i>			
9.	Jaga privasi klien			
10.	Memulai pengkajian dengan menjelaskan instruksi pengisian kuesioner			
11.	Menanyakan pertanyaan yang ada di instrumen			
	1. Tingkat 0			
	2. Tingkat 1			
	3. Tingkat 2			
	4. Tingkat 3			
	5. Tingkat 4			
	6. Tingkat 5			
D. Tahap Terminasi				
12.	Mengecek kembali apakah kuesioner sudah terisi lengkap atau belum			
13.	Evaluasi hasil kegiatan (subjektif & objektif)			
14.	Berikan umpan balik positif pada klien			
15.	Kontrak pertemuan selanjutnya (kegiatan, waktu dan tempat)			
16.	Akhiri pertemuan dengan cara yang baik			

17.	Cuci tangan			
NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
E. Dokumentasi				
18.	Catat hasil pengkajian progresivitas kondisi pasien sesuai panduan perhitungan dan interpretasikan hasil perhitungan tersebut			

Keterangan:

0 : tidak dikerjakan

1 : prosedur belum dilakukan dengan sempurna, atau dilakukan dalam urutan tidak sesuai

2 : prosedur dilakukan dengan sempurna

DAFTAR PUSTAKA

- Effendy C., Visser K., Tejawinata S., Vernooij-Dassen, Engels Y. 2015. Dealing with symptoms and issues of hospitalized patients with cancer in Indonesia: the role of families, nurse and physicians. *Pain pract.* Jun: 15 (5): 441-6: doi: 10.1111/papr. 12203. Epub 2014
- Effendy C., Visser K., Tejawinata S., Vernooij-Dassen, Engels Y. 2014. Comparison of problems and unmet needs of patients with advanced cancer in a European country and an Asian country. *Pain practice.* Vol 15 (5):433-440. doi. 10.1111/papr. 12196
- Center of Health Research Indonesia. 2013. Research of basic health 2013. Jakarta: Ministry of Health RI.
- Effendy, C., Vernooij-Dassen, M., Setyandini, S., Kristanto, M., Tejawinata, S., Vissers, K., & Engels, Y. (2014). Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. *Psycho-Oncology*, 24(5), 585-591. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3701>
- Oemia, R., Rahajeng, E., & Kristanto, A. (2011). Prevalence of Tumor and Factors Influencing in Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 39(4), 190-204.