



# ILMU PENYAKIT DALAM

# ILMU PENYAKIT DALAM

Dalam dunia medis, ilmu penyakit dalam memegang peranan yang penting sebagai landasan utama dalam diagnosa, pengobatan, dan pemahaman penyakit-penyakit yang berkembang dalam tubuh manusia. Ilmu penyakit dalam, atau dikenal juga sebagai kedokteran internal, merupakan cabang kedokteran yang berfokus pada pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, dan pencegahan penyakit yang mempengaruhi organ dalam tubuh manusia.

Buku ini membahas tentang Konsep Dasar Ilmu Penyakit Dalam, Konsep Asites, Konsep Anemia, dan Perawatan Paliatif.

ILMU PENYAKIT DALAM



PT MAFY MEDIA LITERASI INDONESIA  
ANGGOTA IKAPI 041/SBA/2023  
Email : penerbitmafya@gmail.com  
Website : penerbitmafya.com  
FB : Penerbit Mafy



Andi Suriyani, S. Kep., Ns., M. Kes.  
dr. Devin Mahendika, S. Ked., C. SIMI., C. PS., C. TSSA., C. Hg. Sch., C. IPM., C. BPA®.  
Dewi Hestiani K, S. Kep., Ns., M. Kes.  
Ns. Achmad Efendi, S. Kep., M. Kep.

# **ILMU PENYAKIT DALAM**

## UU No 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat ciptaan dan/atau produk hak terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. penggandaan ciptaan dan/atau produk hak terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. penggandaan ciptaan dan/atau produk hak terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan fonogram yang telah dilakukan pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu ciptaan dan/atau produk hak terkait dapat digunakan tanpa izin pelaku pertunjukan, produser fonogram, atau lembaga penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

# ILMU PENYAKIT DALAM

Andi Suriyani, S.Kep., Ns., M.Kes.  
dr. Devin Mahendika, S.Ked., C.STMI., C.PS., C.TSSA.,  
C.HG.Sch., C.IPM., C.BPA®.  
Dewi Hestiani K, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Ns. Achmad Efendi, S.Kep., M.Kep.



## **Ilmu Penyakit Dalam**

Penulis:

**Andi Suriyani, Devin Mahendika, Dewi Hestiani,  
Achmad Efendi**

Editor:

**Andi Asari, SIP., S.Kom., M.A.**

Desainer:

**Tim Mafy**

Sumber Gambar Cover:

**[www.freepik.com](http://www.freepik.com)**

Ukuran:

**viii, 102 hlm., 15,5 cm x 23 cm**

ISBN:

**978-623-8638-97-0**

Cetakan Pertama:

**Mei 2024**

**Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-undang. Dilarang menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.**

**PT MAFY MEDIA LITERASI INDONESIA**

**ANGGOTA IKAPI 041/SBA/2023**

Kota Solok, Sumatera Barat, Kode Pos 27312

Kontak: 081374311814

Website: [www.penerbitmafy.com](http://www.penerbitmafy.com)

E-mail: [penerbitmafy@gmail.com](mailto:penerbitmafy@gmail.com)

# DAFTAR ISI

<b>PRAKATA</b> .....	<b>vii</b>
<b>BAB I KONSEP DASAR PENYAKIT DALAM</b> .....	<b>1</b>
A. PENDAHULUAN .....	1
B. PENGENALAN PENYAKIT DALAM .....	2
C. PRINSIP DASAR DIAGNOSIS PENYAKIT DALAM .....	6
D. PENGELOLAAN PENYAKIT DALAM .....	9
E. ASPEK PREVENTIF DALAM PENYAKIT DALAM...	11
<b>BAB II KONSEP ASITES</b> .....	<b>15</b>
A. PENDAHULUAN .....	15
B. KONSEP ASITES.....	16
C. PEMERIKSAAN KHUSUS PADA ASITES.....	40
D. PEMERIKSAAN CAIRAN ASITES.....	41
<b>BAB III KONSEP ANEMIA</b> .....	<b>49</b>
A. PENDAHULUAN .....	49
B. KONSEP ANEMIA.....	50
<b>BAB IV PERAWATAN PALIATIF</b> .....	<b>65</b>
A. PENDAHULUAN .....	65
B. KONSEP DAN PERSPEKTIF PERAWATAN PALIATIF .....	66
C. PELAYANAN PERAWATAN PALIATIF.....	72

D. HAMBATAN PENERAPAN PERAWATAN	
PALIATIF .....	75
E. KUNCI KEBERHASILAN PERAWATAN PALIATIF .	78
F. PERAN KELUARGA DALAM PERAWATAN	
PALIATIF .....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>85</b>
<b>TENTANG PENULIS .....</b>	<b>97</b>

# PRAKATA

Segala puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan yang maha Esa, karena atas pertolongan dan limpahan rahmat-Nya sehingga penulis bisa menyelesaikan buku yang berjudul Ilmu Penyakit Dalam. Buku ini disusun secara lengkap dengan tujuan untuk memudahkan para pembaca memahami isi buku ini. Buku ini membahas tentang Konsep Dasar Ilmu Penyakit Dalam, Konsep Asites, Konsep Anemia, dan Perawatan Paliatif.

Kami menyadari bahwa buku yang ada di tangan pembaca ini masih banyak kekurangan. Maka dari itu kami sangat mengharapkan saran untuk perbaikan buku ini di masa yang akan datang. Dan tidak lupa kami mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penerbitan buku ini. Semoga buku ini dapat membawa manfaat dan dampak positif bagi para pembaca.

Malang 23 April 2024

Penulis



# **BAB I**

## **KONSEP DASAR PENYAKIT DALAM**

Oleh: Andi Suriyani, S.Kep., Ns., M.Kes.

### **A. PENDAHULUAN**

Dalam dunia medis, ilmu penyakit dalam memegang peranan yang penting sebagai landasan utama dalam diagnosa, pengobatan, dan pemahaman penyakit-penyakit yang berkembang dalam tubuh manusia. Ilmu penyakit dalam, atau dikenal juga sebagai kedokteran internal, merupakan cabang kedokteran yang berfokus pada pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, dan pencegahan penyakit yang mempengaruhi organ dalam tubuh manusia. Definisi ini mencakup berbagai aspek, mulai dari pemahaman akan patofisiologi penyakit hingga penanganan secara holistik terhadap pasien (Saraswati et al, 2020).

Sejarah ilmu penyakit dalam mencerminkan evolusi pengetahuan medis dari masa ke masa. Dari zaman kuno yang mengandalkan pengetahuan empiris hingga perkembangan ilmu pengetahuan modern dengan teknologi canggih, ilmu penyakit dalam terus berkembang seiring waktu. Para pionir dalam ilmu ini telah memberikan kontribusi besar dalam membangun fondasi pengetahuan yang kita miliki saat ini (Saraswati et al, 2020).

Peran ilmu penyakit dalam sangatlah luas. Selain menjadi bagian integral dalam praktik klinis, ilmu ini juga berperan dalam pengembangan penelitian medis yang mendalam, penyusunan pedoman pengobatan, dan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan. Dengan demikian, pemahaman yang mendalam tentang konsep ilmu penyakit dalam menjadi kunci untuk menjembatani pengobatan yang efektif dan pemeliharaan kesehatan yang optimal bagi individu dan populasi secara keseluruhan (Saraswati et al, 2020).

## **B. PENGENALAN PENYAKIT DALAM**

Menurut Undang-Undang RI No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, kesehatan merupakan kondisi baik secara fisik, mental, dan sosial yang memungkinkan individu untuk hidup produktif secara ekonomi dan sosial. Definisi dari WHO menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan dinamis yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial, tidak sekadar bebas dari penyakit atau cacat. Kesehatan fisik menandakan tubuh tidak mengalami gangguan klinis, sementara kesehatan mental mencakup keseimbangan emosional dan spiritual. Kesehatan sosial mencakup kemampuan berinteraksi dengan lingkungan, sedangkan kesehatan ekonomi terkait dengan produktivitas dalam mendukung kehidupan keluarga (Saraswati et al, 2020).

### **1. Defenisi dan Ruang Lingkup**

Talley, et al (2015) menguraikan definisi dan ruang lingkup Ilmu Penyakit Dalam sebagai berikut :

#### **a. Definisi**

Ilmu Penyakit Dalam secara umum dapat diartikan sebagai cabang ilmu kedokteran yang fokus pada diagnosis dan pengelolaan penyakit yang mempengaruhi organ internal tubuh. Ini mencakup berbagai kondisi medis yang berkaitan dengan sistem organ seperti kardiovaskuler, respiratori,

sistem pencernaan, genitourinaria, dan sistemik metabolik.

Definisi penyakit dalam konteks ini mencakup suatu keadaan abnormal dari tubuh atau pikiran yang menyebabkan ketidaknyamanan, disfungsi, atau kesukaran terhadap seseorang. Ilmu yang mempelajari tentang penyakit disebut patologi, yang mencakup penyakit infeksi (baik menular maupun tidak menular) dan penyakit non-infeksi yang bisa disebabkan oleh faktor degeneratif, proses metabolik, atau asupan gizi

Ilmu Penyakit Dalam merujuk pada cabang kedokteran yang menitikberatkan pada identifikasi dan penanganan penyakit yang memengaruhi organ-organ internal tubuh. Tenaga Kesehatan dalam bidang ini mempergunakan pendekatan komprehensif, mulai dari anamnesis hingga manajemen terapi, untuk menanggapi gejala klinis dan mendiagnosis serta merawat kondisi penyakit yang umumnya terjadi dalam ruang lingkup Ilmu Penyakit Dalam.

b. Ruang Lingkup

Ilmu Penyakit Dalam mencakup pemahaman menyeluruh tentang berbagai faktor yang memengaruhi kesehatan dan perkembangan penyakit. Ini termasuk lingkungan fisik dan sosial, perilaku individu, pelayanan kesehatan yang tersedia, serta faktor genetik dan keturunan. Dalam ruang lingkup ini, dokter tidak hanya fokus pada diagnosis dan pengelolaan penyakit, tetapi juga mempertimbangkan berbagai aspek yang dapat memengaruhi kesehatan seseorang.

Salah satu pendekatan yang digunakan dalam Ilmu Penyakit Dalam adalah model epidemiologi, seperti Segitiga Epidemiologi. Model ini menjelaskan bagaimana penyakit berkembang sebagai hasil dari interaksi kompleks antara faktor-faktor tertentu. Secara khusus, Segitiga Epidemiologi menggambarkan bahwa penyakit timbul dari kombinasi faktor agen penyebab penyakit, inang (yang mungkin menjadi tempat hidup bagi agen penyebab), dan lingkungan tempat interaksi tersebut terjadi.

Dengan memahami model ini, praktisi Ilmu Penyakit Dalam dapat menganalisis lebih baik bagaimana suatu penyakit bermula, menyebar, dan berdampak pada populasi. Ini memungkinkan mereka untuk merancang strategi pencegahan dan pengelolaan yang lebih efektif, serta memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang dinamika penyakit dalam konteks kesehatan masyarakat.

## **2. Sejarah Perkembangan Ilmu Penyakit Dalam**

Cabang ilmu kedokteran yang dikenal sebagai Ilmu Penyakit Dalam telah mengalami kemajuan yang luar biasa seiring berjalannya waktu, menandai evolusi yang signifikan dalam pendekatan terhadap diagnosis serta penanganan penyakit. Hal ini mencakup pencapaian dalam pemahaman lebih mendalam tentang berbagai kondisi medis, pengembangan teknik diagnostik yang lebih canggih, serta peningkatan dalam strategi pengelolaan dan terapi yang lebih efektif. Dari zaman kuno hingga era modern, Ilmu Penyakit Dalam terus berkembang, menyesuaikan diri dengan kemajuan ilmiah dan teknologi untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien.

Beberapa aspek penting dari perkembangan ilmu ini dapat disimpulkan dari prinsip-prinsip umum dan pendekatan terhadap penyakit, diantaranya :

Pertama, pentingnya sejarah penyakit dan eksposur dalam evaluasi penyakit menular menunjukkan bahwa pemahaman tentang penyakit dan cara penyebarannya telah berkembang dari waktu ke waktu. Pendekatan ini mencakup penilaian terhadap kemungkinan infeksi zoonosis berdasarkan riwayat perjalanan, pekerjaan, dan hobi pasien, yang menunjukkan pengakuan terhadap berbagai faktor risiko dan cara penularan penyakit (Talley et al, 2015)

Kedua, adaptasi sistem kesehatan terhadap beban penyakit yang berubah, seperti yang terlihat dalam pandemi COVID-19, menunjukkan bagaimana Ilmu Penyakit Dalam harus terus berkembang untuk menghadapi tantangan baru. Pengembangan strategi yang lebih tepat dan canggih, termasuk analisis molekuler, pemetaan genetik, modalitas pencitraan yang ditingkatkan, atau obat-obatan yang inovatif dan ditargetkan, menunjukkan kemajuan teknologi dan pengetahuan medis yang terus berlangsung (Corazza et al, 2020)

Ketiga, diagnosis yang akurat dan pengelolaan penyakit berdasarkan penelitian ilmiah dan patofisiologi menunjukkan fondasi dari 'kedokteran ortodoks'. Pendekatan ini, yang didukung oleh alat bantu keputusan berbasis bukti dan pedoman pengobatan, menekankan pentingnya penelitian dan aplikasinya dalam praktik klinis (Talley et al, 2015).

## C. PRINSIP DASAR DIAGNOSIS PENYAKIT DALAM

Prinsip diagnosis dalam Ilmu Penyakit Dalam melibatkan beberapa langkah kritis yang dimulai dari pengumpulan riwayat medis, dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik, dan didukung oleh teknologi medis untuk memperoleh diagnosis yang akurat (Burns et al, 2010).

### 1. Riwayat Medis

Langkah pertama dalam proses diagnosis adalah mengumpulkan riwayat medis yang komprehensif. Ini melibatkan komunikasi efektif antara dokter dan pasien untuk mengumpulkan informasi tentang keluhan utama, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat kesehatan keluarga, dan faktor risiko lainnya. Proses anamnesis ini sangat penting karena memberikan petunjuk awal tentang penyakit yang mungkin dialami pasien.

Anamnesis atau pengumpulan riwayat medis merupakan langkah yang krusial dalam proses diagnosis karena dapat memberikan petunjuk awal yang berharga tentang kemungkinan penyakit yang sedang dihadapi pasien. Informasi yang diperoleh dari anamnesis ini memungkinkan dokter untuk merumuskan hipotesis awal mengenai diagnosis yang mungkin dan mengarahkan pemeriksaan lanjutan yang diperlukan.

Selain itu, proses anamnesis juga menciptakan hubungan yang kuat antara dokter dan pasien, yang merupakan fondasi penting dalam praktik kedokteran yang holistik dan berpusat pada pasien. Komunikasi yang terbuka dan empati dari dokter dapat membuat pasien merasa lebih nyaman dalam berbagi informasi penting mengenai kondisi kesehatannya, yang pada gilirannya dapat memengaruhi akurasi diagnosis dan efektivitas pengelolaan penyakit.

Dengan demikian, mengumpulkan riwayat medis yang komprehensif melalui proses anamnesis adalah langkah awal yang penting dalam menegakkan diagnosis penyakit dalam dan memberikan perawatan yang tepat kepada pasien.

## **2. Pemeriksaan Fisik**

Setelah mengumpulkan riwayat medis, langkah selanjutnya adalah melakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini mencakup penilaian tanda vital (seperti tekanan darah, frekuensi nadi, dan suhu), kesadaran, dan pemeriksaan fisik umum serta spesifik terhadap sistem organ yang terlibat. Pemeriksaan fisik ini membantu dalam mengidentifikasi tanda-tanda klinis yang mungkin terkait dengan kondisi medis tertentu.

Pemeriksaan fisik umum melibatkan pengamatan terhadap aspek-aspek fisik yang mencakup seluruh tubuh, seperti warna kulit, bentuk tubuh, dan keberadaan bengkak atau perubahan lainnya yang dapat mengindikasikan masalah kesehatan. Sementara itu, pemeriksaan fisik spesifik dilakukan dengan fokus pada sistem organ yang diduga terlibat dalam penyakit yang dicurigai. Misalnya, pemeriksaan jantung dapat mencakup mendengarkan bunyi jantung dengan stetoskop dan mengevaluasi denyut nadi, sementara pemeriksaan pernapasan dapat mencakup evaluasi pernapasan dan penggunaan alat bantu untuk menilai fungsi paru-paru.

Melalui pemeriksaan fisik yang teliti, dokter dapat mengidentifikasi tanda-tanda klinis yang dapat membantu dalam menegakkan diagnosis yang akurat. Informasi yang diperoleh dari pemeriksaan fisik juga dapat digunakan untuk membimbing langkah-langkah pengelolaan dan perawatan pasien secara lebih spesifik sesuai dengan kondisi medis yang dihadapi. Sehingga,

pemeriksaan fisik merupakan komponen penting dalam proses diagnosis dan manajemen penyakit dalam.

### **3. Teknologi Medis**

Untuk mendukung temuan dari riwayat medis dan pemeriksaan fisik, teknologi medis berperan penting dalam proses diagnosis. Sementara riwayat medis dan pemeriksaan fisik memberikan fondasi penting, teknologi medis memberikan dukungan yang tak ternilai dalam memperjelas gambaran klinis suatu penyakit.

Laboratorium medis adalah salah satu alat utama yang digunakan dalam Ilmu Penyakit Dalam. Hasil tes darah, urin, atau jaringan memungkinkan dokter untuk mengevaluasi fungsi organ, mendeteksi adanya infeksi, mengukur kadar zat kimia dalam tubuh, dan melakukan penelusuran penyakit lainnya. Tes laboratorium ini sering menjadi landasan untuk diagnosis dan penilaian kondisi pasien.

Selain itu, alat diagnostik seperti Elektrokardiogram (EKG) juga penting dalam mengevaluasi fungsi jantung. EKG merekam aktivitas listrik jantung, membantu dalam mendeteksi gangguan irama jantung, iskemia, atau cedera miokardium. Dalam hal pencitraan, teknik seperti rontgen, CT scan, atau MRI memungkinkan visualisasi struktur dalam tubuh, termasuk organ-organ vital dan sistem vaskular. Ini memungkinkan dokter untuk melihat perubahan anatomis, keberadaan tumor, atau kerusakan jaringan yang mungkin tidak terlihat melalui pemeriksaan fisik saja.

Dengan integrasi teknologi medis ini, praktisi Ilmu Penyakit Dalam dapat melakukan diagnosis yang lebih tepat dan menyusun rencana pengelolaan yang lebih efektif bagi pasien mereka.

## **D. PENGELOLAAN PENYAKIT DALAM**

Pengelolaan penyakit dalam merupakan aspek krusial dalam bidang medis yang menitikberatkan pada diagnosis, perawatan, dan pemulihan kondisi yang mempengaruhi organ-organ internal tubuh. Dengan pendekatan yang holistik dan berbasis bukti, praktisi medis dalam bidang ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengintegrasikan berbagai metode terapeutik, termasuk terapi farmakologis dan non-farmakologis. Penekanan diberikan pada pencegahan komplikasi, mengurangi gejala, dan memperpanjang harapan hidup. Dengan dukungan teknologi medis yang terus berkembang, pengelolaan penyakit dalam terus meningkat untuk menghadapi tantangan kesehatan masyarakat yang kompleks (Saraswati et al, 2020).

### **1. Pendekatan Terapeutik**

Dalam ilmu penyakit dalam, pendekatan terapeutik melibatkan diagnosis yang akurat dan penanganan yang sesuai berdasarkan penyakit spesifik yang dihadapi. Misalnya, dalam kasus pneumonia, mahasiswa diharapkan mampu melakukan anamnesis dan pemeriksaan pada penderita, membuat diagnosis yang tepat, dan melakukan atau meminta pemeriksaan penunjang yang relevan seperti laboratorium, rontgen, dan sputum gram. Pendekatan ini menekankan pada pemahaman mendalam tentang patologi, fisiologi, dan sejarah perkembangan penyakit untuk menentukan terapi yang efektif.

### **2. Pendekatan Farmakologi**

Pendekatan farmakologi merupakan bagian penting dari pengelolaan penyakit dalam. Ini melibatkan pemilihan dan penggunaan obat-obatan yang tepat untuk mengatasi penyakit atau kondisi yang dihadapi. Misalnya, dalam konteks penyakit menular, biaya obat-obatan

relatif murah dan dapat dijangkau oleh masyarakat, yang memudahkan akses terhadap pengobatan yang efektif.

Pendekatan farmakologi membutuhkan pemahaman tentang mekanisme aksi obat, efek samping, dan interaksi obat untuk memastikan pengobatan yang aman dan efektif.

### **3. Pendekatan Intervensi Non-Farmakologi**

Selain penggunaan obat-obatan, pendekatan intervensi non-farmakologi juga penting dalam pengelolaan penyakit dalam. Pendekatan ini meliputi berbagai strategi seperti perubahan gaya hidup, diet, dan latihan fisik yang dapat membantu dalam pengelolaan penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit ginjal kronik. Perubahan gaya hidup dan diet yang sehat dapat memainkan peran penting dalam mengontrol tekanan darah dan kadar gula darah, serta memperbaiki fungsi ginjal. Latihan fisik teratur juga dianjurkan untuk meningkatkan kesehatan kardiovaskular dan mengurangi risiko komplikasi penyakit kronis. Selain itu, pendidikan pasien dan konseling merupakan bagian penting dari intervensi non-farmakologi, membantu pasien memahami kondisi mereka dan cara terbaik untuk mengelolanya.

### **4. Pendekatan Rehabilitasi**

Dalam konteks ilmu penyakit dalam, pendekatan rehabilitasi merupakan aspek penting dalam pengelolaan pasien, terutama bagi mereka yang mengalami kondisi kronis atau setelah mengalami episode akut dari penyakit tertentu. Pendekatan ini bertujuan untuk memulihkan fungsi, meningkatkan kualitas hidup, dan meminimalkan disabilitas. Rehabilitasi dapat mencakup terapi fisik untuk meningkatkan kekuatan dan mobilitas, terapi okupasi untuk membantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta konseling dan dukungan psikologis

untuk mengatasi dampak emosional dari penyakit. Edukasi dan latihan kesehatan juga merupakan bagian penting dari rehabilitasi, membantu pasien memahami kondisi mereka dan mengadopsi gaya hidup yang lebih sehat untuk mencegah kambuhnya penyakit atau komplikasi lebih lanjut. Pendekatan rehabilitasi memerlukan kerja sama multidisiplin, melibatkan dokter, perawat, terapis, dan profesional kesehatan lainnya untuk mencapai hasil yang optimal bagi pasien.

## **E. ASPEK PREVENTIF DALAM PENYAKIT DALAM**

Aspek Preventif dalam Penyakit Dalam membuka jendela penting bagi upaya kesehatan masyarakat, menekankan perlunya pencegahan sebelum penyakit berkembang menjadi masalah klinis yang serius. Dengan fokus pada edukasi pasien dan masyarakat tentang gaya hidup sehat, vaksinasi, serta program skrining, pendekatan ini bertujuan untuk mengurangi insiden penyakit dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Upaya pencegahan seperti ini tidak hanya mengurangi beban penyakit secara individual, tetapi juga secara signifikan mempengaruhi biaya kesehatan dan sumber daya sistem perawatan kesehatan secara keseluruhan.

### **1. Edukasi dan Pencegahan Penyakit**

Edukasi kesehatan adalah proses memberikan informasi dan pengetahuan kepada individu dan kelompok mengenai cara menjaga dan meningkatkan kesehatan. Dalam konteks ilmu penyakit dalam, edukasi kesehatan meliputi penyuluhan tentang faktor risiko penyakit, cara pencegahan, dan pentingnya deteksi dini penyakit. Edukasi ini dapat dilakukan melalui komunikasi lisan maupun tulisan dan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran serta kesiapan individu dalam menghadapi atau mengelola penyakit.

Pencegahan penyakit dalam ilmu penyakit dalam mencakup berbagai strategi yang dirancang untuk mencegah timbulnya penyakit atau mengurangi risiko komplikasi dan kematian akibat penyakit. Pencegahan ini dapat dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

- a. Pencegahan Primer  
Melibatkan upaya untuk mencegah timbulnya penyakit sebelum terjadi, misalnya melalui imunisasi, perubahan gaya hidup, dan diet sehat untuk mencegah penyakit infeksi dan non-infeksi.
- b. Pencegahan Sekunder  
Fokus pada deteksi dini dan pengobatan penyakit pada tahap awal untuk menghindari progresivitas penyakit, seperti skrining untuk kanker, diabetes, dan hipertensi.
- c. Pencegahan Tersier  
Bertujuan untuk mengurangi dampak penyakit yang telah berkembang, melalui rehabilitasi dan manajemen penyakit kronis untuk meningkatkan kualitas hidup pasien

Dubois et al (2024) mengungkapkan Dalam konteks pencegahan penyakit, ada beberapa strategi utama yang dapat diterapkan untuk mengurangi risiko dan dampak penyakit pada populasi :

- a. Pencegahan Melalui Suplementasi Iodium  
Di daerah yang kekurangan iodium, pemberian garam beryodium melalui program nasional merupakan metode pencegahan yang direkomendasikan. Hal ini bertujuan untuk mengurangi konsekuensi defisiensi iodium pada neonatus dan anak-anak, termasuk mencegah perkembangan gondok dan komplikasi serius lainnya pada wanita hamil yang dapat berdampak pada anak, seperti mortalitas fetal dan perinatal, retardasi fisik dan mental, serta kretinisme.

- b. Pencegahan Global Melalui Medis  
Dampak terbesar pada kesehatan yang dapat dicapai oleh dokter terletak pada bidang pencegahan global. Ini mencakup upaya-upaya seperti vaksinasi skala besar terhadap infeksi, kontrol terhadap penggunaan tembakau, alkohol, dan obat-obatan rekreasi, skrining untuk lesi prakanker dan kanker tahap awal yang dapat disembuhkan, pencegahan obesitas dan diabetes melitus, perlindungan dari perang, kekerasan, dan trauma akibat kecelakaan lalu lintas, pengurangan penyebaran HIV, malaria, dan tuberkulosis, serta minimalisasi perubahan iklim.
- c. Pencegahan Penularan Vertikal Hepatitis B  
Dalam konteks pencegahan penularan hepatitis B dari ibu ke anak, pemberian vaksin hepatitis B segera setelah lahir dapat mencegah 90% kasus penularan vertikal. Strategi kombinasi vaksin hepatitis B dan imunoglobulin dapat mencegah setidaknya 95% kasus penularan. Penting untuk dicatat bahwa terapi antiviral dengan entecavir pada trimester terakhir kehamilan belum terbukti mencegah infeksi neonatal, dan seks.
- d. Pencegahan Kanker  
Edukasi tentang diet sehat, inisiatif penurunan berat badan bagi mereka yang obesitas atau kelebihan berat badan, pencegahan kanker melalui kemoterapi seperti tamoxifen atau exemestane untuk kanker payudara, vaksinasi (misalnya vaksin papillomavirus manusia untuk mencegah kanker serviks, vaksin hepatitis B untuk mengurangi risiko karsinoma hepatoseluler), dan aspirin untuk mengurangi pengembangan polip kolonik. Penting juga untuk meminimalkan paparan terhadap sinar ultraviolet (perlindungan dari sinar matahari).

## 2. Vaksinasi dan Skrining

Talley, et al (2015) mengungkapkan bahwa Vaksinasi dan skrining memainkan peran penting dalam pencegahan penyakit dalam bidang penyakit dalam. Tindakan pencegahan ini dirancang untuk melindungi individu dari berbagai macam penyakit dalam seperti penyakit menular dan untuk mengidentifikasi tanda-tanda awal kondisi kronis atau kanker, sehingga memungkinkan intervensi dan pengobatan tepat waktu.

Vaksinasi merupakan strategi pencegahan utama dalam pengobatan penyakit dalam, yang menawarkan perlindungan terhadap berbagai penyakit menular. Untuk pasien onkologi yang dalam keadaan sehat, dalam masa remisi, dan bebas infeksi selama lebih dari enam bulan, vaksin berikut ini direkomendasikan : DTPa (difteri-tetanus-pertusis aseluler untuk orang dewasa), hepatitis B, MMR (campak, gondong, dan rubella), vaksin polio tidak aktif (iPV), Hib (jika pasien berusia di bawah 5 tahun), dan varisela setelah terapi selesai. Vaksinasi ini sangat penting untuk mengurangi risiko terkena penyakit viscerotropik dan infeksi lainnya, terutama pada pasien dengan sistem kekebalan tubuh yang terganggu atau mereka yang berisiko tinggi karena kondisi medis mereka.

Skrining adalah aspek fundamental lain dari perawatan pencegahan dalam penyakit dalam. Skrining melibatkan deteksi dini penyakit seperti kanker, diabetes, hipertensi, dan hiperlipidemia, sebelum gejala muncul. Deteksi dini melalui skrining dapat mengarah pada manajemen dan pengobatan yang lebih efektif, yang secara signifikan meningkatkan hasil akhir pasien. Sebagai contoh, skrining kanker kolorektal menggunakan kolonoskopi atau pemeriksaan darah tinja dapat mendeteksi polip prakanker atau kanker stadium awal, yang lebih mudah diobati dan memiliki tingkat kelangsungan hidup yang lebih tinggi.

# **BAB IV**

## **PERAWATAN PALIATIF**

Oleh: Ns. Achmad Efendi, S.Kep., M.Kep.

### **A. PENDAHULUAN**

Perawatan paliatif menggunakan pendekatan secara holistik dalam merawat individu yang mengalami penyakit serius, kronis atau terminal. Tujuan utamanya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dengan mengatasi munculnya gejala seperti nyeri, mual muntah, letih, dan memberikan motivasi emosional dan spiritual. Pendekatan ini memperhatikan kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual pasien, hingga membantu mereka menjalani masa – masa sulit dengan lebih bermakna dan nyaman.

Dalam konteks kesehatan modern perawatan paliatif begitu ditekankan untuk diterapkan. Perawatan ini tidak hanya berfokus pada kesembuhan pasien semata, namun juga memberikan dukungan kepada pasien dan keluarganya untuk memahami kondisi kesakitan dan cara berkomunikasi terbuka dengan anggota keluarga yang sakit, serta cara perawatan selama proses penyakit berlangsung dan persiapan menjelang ajal.

Komunikasi antar keluarga yang terbuka dan tim perawatan paliatif begitu penting karena dapat membantu menyampaikan prognosis dan kebutuhan pasien selama perawatan. Keluarga juga memiliki peranan yang cukup tinggi dalam perawatan. Kehadiran keluarga membuat pasien

merasa dicintai, disayangi, dihargai dan menimbulkan rasa aman nyaman pada diri pasien itu sendiri. Proaktif keluarga dalam keterlibatannya mampu meningkatkan kualitas perawatan dan peningkatan kualitas hidup pasien paliatif.

## **B. KONSEP DAN PERSPEKTIF PERAWATAN PALIATIF**

### **1. Pengertian Perawatan Paliatif**

Perawatan paliatif merupakan pelayanan asuhan yang diberikan secara bersama – sama dari berbagai bidang keilmuan kesehatan kepada keluarga dan penderita penyakit kronis serta penyakit yang memiliki risiko tinggi mengalami kematian (Purbaningsih, Syaripudin and Muadi, 2022). Perawatan paliatif juga difahami sebagai perawatan medis dengan berbagai disiplin ilmu dan memiliki spesialisasi yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan fisik, spiritual dan psikologis pasien yang sakit parah dan perawatnya (Rogal *et al.*, 2022)

Perawatan paliatif adalah sebuah cara untuk menjaga kehidupan lebih berkualitas pada pasien anak, dewasa dan keluarganya (WHO, 2023). Hidup berkualitas yaitu kehidupan yang terbebas dari rasa sakit dan permasalahan lainnya seperti permasalahan pada biologis / fisik, sosial ekonomi, psikis dan spiritualnya. Asuhan paliatif melakukan pengkajian dan implementasi secara holistik dan komprehensif. Dibutuhkan empati yang tinggi, penuh semangat, mampu beradaptasi dan menyesuaikan antara perawat dengan pasien, keluarganya dan tenaga kesehatan lainnya agar dapat menurunkan angka kesakitan.

### **2. Tujuan perawatan paliatif**

Tujuan perawatan paliatif ini sendiri berfokus pada peningkatan kualitas hidup pasien dan keluarganya. Kualitas hidup yang baik merupakan harapan semua orang. Peningkatan kualitas hidup mengindikasikan

pasien dan keluarganya ini terbebas dari rasa sakit secara biologis maupun sakit secara psikologis. Kondisi sakit secara psikis ini seperti pasien mengalami stres, depresi, cemas akibat permasalahan yang ada. Gangguan psikis seseorang membuat tubuh terstimulasi untuk waspada terhadap adanya ancaman bahaya yang akan datang. Rangsangan tersebut dapat berupa reaksi yang adaptif atau maladaptif. Reaksi adaptif akan menciptakan kemampuan dan perilaku pertahanan diri yang positif, sedangkan reaksi mal-adaptif akan merugikan tubuh itu sendiri seperti, kesehatan yang semakin memburuk.

Stres pada individu akan menstimulasi hipotalamus untuk melepaskan hormon adrenalin dan kortisol. Hormon adrenalin yang diproduksi oleh kelenjar adrenal dan otak sebenarnya dalam batas normal sangat bermanfaat bagi tubuh akan tetapi pelepasan hormon tersebut dalam jumlah yang banyak membuat tubuh mengalami peningkatan detak jantung sehingga tekanan darah akan meningkat, kejadian tersebut akan menimbulkan rasa sesak pada paru – paru, sakit kepala, pusing, gelisah, mudah marah, dan insomnia. Kondisi semacam ini akan semakin memperburuk kesehatan pasien dan peningkatan kualitas hidup tidak akan tercapai.

Pada perawatan paliatif ini perawatan difokuskan kepada kebutuhan pasien bukan lagi prediksi tentang perkembangan sehat sakit pasien secara medis, sehingga tujuan lain dari perawatan paliatif ini memberikan rasa nyaman pada pasien dan keluarganya (Achmad, Kusnadi and Farhan, 2023)

### 3. Prinsip perawatan paliatif

Pada pemberian pelayanan asuhan keperawatan dengan konsep paliatif memiliki beberapa prinsip. Prinsip yang pertama memposisikan penderita dan keluarganya sebagai satu kesatuan dalam proses pemberian perawatan yang tidak bisa terpisahkan. Keluarga dianggap memiliki peranan yang sangat besar dalam proses ini. Keluarga sebagai unit perawatan diajarkan tentang kondisi anggota keluarganya yang menderita sakit, mendapatkan edukasi cara penanganan dan perawatannya sehingga keluarga dan penderita dapat melakukan perawatan diri secara mandiri. Setiap individu dalam keluarga tersebut menyadari suatu saat akan mengalami hal yang sama, maka dari itu dibutuhkan sebuah perencanaan perawatan dan pengembangannya (Westphal, 2003).

Prinsip kedua, terbentuknya tim pelayanan perawatan paliatif dari berbagai Disiplin keilmuan kesehatan maupun non kesehatan dalam rangka membentuk komitmen pemberian pelayanan perawatan paliatif yang komprehensif. Penderita dengan pelayanan paliatif membutuhkan perlakuan khusus dalam pelaksanaannya. Adanya tim multidisiplin keilmuan dalam perawatan membantu keluarga mengambil keputusan yang tepat mencapai kesehatan yang optimal bagi penderita. Tim perawatan paliatif bertugas mengkaji, menganalisis, dan bersama – sama dengan pasien dan keluarganya menetapkan implementasi yang komprehensif (Meier and Beresford, 2008). Indikasi keberhasilan perawatan paliatif, apabila tim perawatan menerima perbedaan budaya, suku, agama sebagai nilai – nilai yang unik dan menggabungkan dengan nilai – nilai kemanusiaan dalam pelaksanaan perawatannya. Pelaksanaan pemberian pelayanan paliatif ini harus bersifat kolaboratif, seluruh anggota tim pelayanan

perawatan saling berdiskusi memberikan pendapatnya sesuai bidang keahliannya.

Prinsip ketiga perawatan paliatif adalah memperhatikan etika klinis. Prof Bert Molewijk dari UMC University of Amsterdam berkata bahwa etika merupakan proses saling belajar, berfokus mengajak diskusi mengenai hal yang baik secara moral bukan hanya mengajarkan moral baik kepada mereka. Paliatif ini mengajarkan kita dalam pengambilan keputusan klinis tidak dilakukan sepihak oleh tim perawatan namun harus melibatkan pasien dan keluarganya dalam proses pengambilan keputusan perawatan kedepannya. Tim perawatan harus mengkaji lebih dalam pada keluarga penderita, diskusi ini harus dilaksanakan dengan siapa saja?, pengambil keputusan di keluarga ini siapa? Kapan dan bagaimana serta metode apa yang disepakati dalam perawatan?. Etika klinis menjawab permasalahan dan pengambilan keputusan secara etis.

Kementerian kesehatan indonesia mengatur pemberian pelayanan paliatif dengan prinsip sebagai berikut :

- a. Suatu proses kematian adalah hal yang normal
- b. Pada saat melakukan perawatan paliatif tim memiliki kesamaan prinsip tidak menginginkan atau memperlambat proses kematian pasien.
- c. Melibatkan penderita dalam pengambilan keputusan.
- d. Intervensi dan implementasi perawatan mengutamakan agar penderita terbebas dari stres.
- e. Pelaksanaan pelayanan harus memperhatikan aspek budaya pasien dan keluarga serta memperhatikan psikososial, spiritual pasien.
- f. Setiap Intervensi yang tidak berguna harus ditinggalkan, oleh sebab itu perlu adanya tim untuk melakukan analisis rencana tindakan dan evaluasi hasil implementasi yang telah diberikan kepada penderita.

- g. Kehidupan penderita dengan pelayanan paliatif ini harus aktif, tidak hanya menerima perawatan namun lebih aktif melakukan perawatan secara mandiri maupun aktivitas – aktivitas ringan yang membuat penderita menjadi lebih semangat. Dibutuhkan tim yang dapat membangun bantuan sistem dalam hal ini.
- h. Bantuan sistem tidak hanya untuk penderita, akan tetapi keluarga dan tim perawatan juga membutuhkan selama kondisi sakit penderita hingga paska meninggalnya.
- i. Menggunakan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisipliner (KemKes RI., 2023)

#### **4. Tim Multidisiplin tradisional Versus Tim Interdisipliner**

Kunci keberhasilan pelayanan perawatan paliatif dengan adanya pemahaman tenaga profesional kesehatan dan non kesehatan serta masyarakat. Perbedaan konsep dalam pelayanan ini harus memahami tentang tim multidisiplin tradisional dengan tim interdisipliner pada perkembangannya.

##### **a. Tim Multidisiplin tradisional.**

Hasil dari kajian kesehatan secara mendalam mengenai keadaan pasien akan dicatat dan didiskusikan oleh tim dan keputusan dalam perawatan pasien ditentukan oleh dokter serta kebutuhan keluarga maupun pasien tidak menjadi dominan dalam pengambilan keputusan terapi yang akan diberikan terlebih lagi peranan perawatnya.

##### **b. Tim Interdisipliner.**

Pada konsep tim interdisipliner pengambilan keputusan tidak lagi berada pada dokter, namun seluruh anggota tim memiliki peluang yang sama dalam mengemukakan pendapatnya sehingga pengambilan keputusan akhir tetap atas

kesepakatan bersama seluruh anggota tim interdisipliner. Tentunya pertimbangan pengambilan keputusan ini sesuai dengan perkembangan kondisi pasien serta dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dihadapan pasien dan keluarganya. Penerapan aplikatif dengan metode tim ini perawat ditunjuk sebagai koordinator pelayanan.

Perawat selaku koordinator dan anggota inti dalam tim pelayanan perawatan paliatif bertanggung jawab melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien dan keluarganya serta berkoordinasi dengan anggota tim interdisipliner untuk mengembangkan tindakan perawatan. Perawat sebagai koordinator merujuk pada aktivitas perawat dalam pemberian perawatan kepada pasien yang waktu interaksi dengan pasien lebih lama daripada profesi kesehatan lainnya. Interaksi perawat dengan pasien lebih intens mengakibatkan perawat banyak mendapatkan data terbaru terkait perkembangan keadaan pasien.

Perawatan paliatif ini akan berhasil dan memiliki kualitas yang baik apabila dalam proses perawatan mengaktifkan peran kolaboratif. Aktifnya peran kolaboratif dengan dokter dan tenaga profesional kesehatan lainnya menguntungkan bagi dokter atau tim interdisipliner melakukan pengambilan keputusan pemberian terapi selanjutnya. Peran perawat menganamnesa keadaan pasien di mana data pasien akan jadi informasi penting bagi tim interdisipliner, melaksanakan intervensi bersama, dan melakukan evaluasi kepada pasien serta keluarganya terkait tujuan perawatan. Fokus utama dalam pemberian perawatan paliatif ini adalah pasien dan keluarganya dengan perencanaan perawatan secara komprehensif.

### **C. PELAYANAN PERAWATAN PALIATIF**

Upaya pemberian pelayanan perawatan yang terpadu dan menyeluruh secara interdisiplin. Pelayanan ini sangat dibutuhkan oleh penderita. Beberapa bentuk kegiatan pelayanan perawatan paliatif menurut (KemKes RI., 2023) sebagai berikut :

#### **1. Penanganan Nyeri**

Tim multidisiplin medis dibutuhkan dalam penanganan nyeri. Terlambatnya terapi menyebabkan penderita menjadi syok dan berakhir dengan kondisi kesehatan yang semakin memburuk. Sebelum terapi medis berjalan alangkah lebih baiknya tim perawatan lain dapat memberikan penanganan secara non farmakologi seperti distraksi relaksasi, nafas dalam dan lain sebagainya.

#### **2. Penanganan Keluhan tambahan**

Nyeri merupakan keluhan utama pasien mencari pertolongan perawatan, selain itu keluhan seperti sesak nafas, mual muntah, pusing atau sakit kepala merupakan keluhan tambahan. Penatalaksanaan keluhan tambahan ini diperlukan pengkajian yang menyeluruh. Penyebab keluhan, faktor predisposisi keluhan hingga manajemen yang digunakan adalah model interdisipliner di mana sistem pemecahan masalah dengan berkolaborasi antar tim perawatan paliatif.

#### **3. Memberikan bantuan psikologis**

Bantuan psikologis yang dilakukan oleh tim perawatan paliatif dimulai dari melakukan assessment gejala cemas maupun depresi pada pasien dan keluarga sesuai dengan instrumen yang sesuai. Implementasi disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pelajari mekanisme pertahanan diri pasien dan keluarganya agar tim tidak salah dalam memberikan terapi. Kesalahan pemberian terapi yang tidak sesuai akan mempengaruhi

kondisi kesehatan jiwa pasien. Sebab itu anamnesa mendalam dibutuhkan dan salah satunya tim perawatan paliatif perlu memperhatikan kebiasaan atau kultur di lingkungan keluarga tersebut.

#### **4. Memberikan bantuan sosial**

Tim perawatan perlu melakukan kajian mendalam tentang aspek finansial, mekanisme coping, cara pasien dan keluarga beradaptasi, interaksi dengan lingkungan sekitar, dan keyakinan yang dimiliki pasien dan keluarganya. Bantuan sosial yang dapat diberikan oleh tim berupa : perilaku yang menghormati keyakinan dan nilai – nilai yang dimiliki pasien, menjaga seluruh rahasia pasien dan keluarganya kecuali untuk kepentingan perawatan, melakukan kajian yang menyeluruh dan merencanakan bersama tindakan yang akan dilakukan. Tindakan tersebut tetap harus mengutamakan kepentingan pasien dan keluarga.

#### **5. Memberikan bantuan spiritual**

Spiritualitas tidak semata apa keyakinan atau agama yang di anut oleh pasien dan keluarganya, namun bagaimana agama itu membentuk budaya, keyakinan dan tujuan hidupnya saat ini hingga akhir hayatnya. Tim perawatan dan keluarga hanya sebagai pendamping yang membantu pasien mencapai titik spiritualitas tertinggi hingga kehidupan akhir hayatnya mendapatkan ketenangan, kedamaian dan bermartabat. Fokus bantuan spiritual ini tidak lagi pada tim perawatan paliatif, lebih baik jika dukungan spiritual ini dibimbing langsung oleh ahli spiritualitas yaitu Rohaniawan sesuai agama kepercayaan pasien.

## **6. Perencanaan perawatan**

Perencanaan dimasa yang akan datang harus meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, budaya dan spiritual serta memperhatikan hak otonomi pasien mendapatkan pelayanan kesehatan hingga akhir kehidupannya. Tim pelayanan tidak lagi menentukan sepihak dalam pemberian perawatan maupun terapinya, namun lebih kepada mendengarkan keinginan pasien dan keluarganya. Penentuan keputusan perencanaan yang akan diberikan melalui kesepakatan bersama dengan pertimbangan tim pelayanan perawatan merugikan atau tidak bagi kesehatan pasien. Penentuan pihak ke tiga dalam penentuan keputusan mewakili pasien sangat dibutuhkan.

## **7. Perencanaan perawatan menjelang ajal**

Perawatan paliatif memiliki asumsi yang harus disepakati bersama yaitu kematian merupakan proses akhir dalam kehidupan dan hal ini merupakan kewajiban atau suatu hal yang normal dapat terjadi sewaktu - waktu. Fase awal konsep tersebut harus disepakati bersama sehingga proses selanjutnya antara pasien, keluarga dan tim perawatan berkoordinasi merencanakan kehidupan yang berkualitas dan kematian yang indah, tenang dan sejuk.

## **8. Persiapan dan bantuan masa berduka.**

Hilangnya kebersamaan dengan orang yang dicintai membuat seseorang syok berat. Penerimaan yang belum dapat beradaptasi dengan keadaan menimbulkan gangguan pada kesehatan mentalnya. Karena itu bantuan sistem sangat dibutuhkan pada masa berduka agar seseorang yang ditinggalkan mampu melewati masa atau tahapan duka cita tersebut dengan perilaku yang adaptif. Tahapan masa berduka dimulai dari Syok dan menyangkal, merasa tidak percaya dengan kondisi saat

ini. Dilanjutkan ke tahapan di mana hati seseorang yang ditinggalkan mulai merasa kehilangan dan kesepian yang sangat menyakitkan. Pada masa ini merupakan masa yang sangat kritis, apabila pendampingan tim perawatan paliatif tidak mampu memperbaiki keadaan makan akan jatuh kepada gangguan jiwa. Bila, tim perawatan paliatif dengan persiapan dan bantuannya mampu melakukan pendampingan makan akan cepat beralih tahapan ke tiga, yaitu masuk ke tahap pemulihan kondisi seseorang yang telah ditinggalkan. Pada masa kritis tim pelayanan paliatif bertugas membimbing bagaimana caranya belajar menerima keadaan fakta di lapangan, cara mengatasi kehilangan, belajar beradaptasi dengan keadaan atau lingkungan yang baru, mengajarkan cara meningkatkan keyakinan dan keimanan serta menanamkan kenangan – kenangan terindah saat masih bersama dan tetap melangkah maju bersama.

#### **D. HAMBATAN PENERAPAN PERAWATAN PALIATIF**

Semakin meningkatnya kebutuhan akan asuhan perawatan paliatif mendesak kita untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Penerapan praktiknya di kalangan perawat masih minim yang berbasis bukti. (Dakka, 2022) menyebutkan kondisi tersebut disebabkan adanya beberapa hambatan, Meliputi :

##### **1. Keterbatasan Waktu & Sumber Daya**

Peran Perawat paliatif sebagai *Care Giver* tidak hanya berfokus pada perorangan (pasien) namun secara menyeluruh pada anggota keluarga, lingkungan, aspek sosial ekonomi dan aspek spiritual, namun perawat juga dituntut untuk memahami kebutuhan mereka, menganalisis dan merencanakan perawatan secara komprehensif. Perawat paliatif juga dituntut untuk mengkaji lebih dalam terkait informasi internal maupun eksternal pasien sehingga dalam pemberian asuhan perawatan paliatif pada satu pasien membutuhkan waktu

yang tidak sedikit. Karena minimnya waktu dan sumber daya perawat dalam menerapkan asuhan yang berbasis bukti dapat menghambat pemberian asuhan *paliatif care* menjadi lebih optimal.

Peningkatan pengetahuan dapat menunjang perilaku perawatan paliatif yang berbasis bukti, namun adanya waktu yang tidak memenuhi menjadi hambatan utama dalam melakukan implementasi tersebut (Kernohan *et al.*, 2018)

## **2. Berperilaku negatif**

Sikap negatif perawat berupa adanya rasa kurang percaya diri atau ragu apakah dirinya mampu memberikan perawatan paliatif, ragu apakah pasien paliatif dapat bekerja sama dengan baik selama proses perawatan. Keraguan yang ada pada hati individu perawat menyebabkan kurangnya tekad pada perawat tersebut (Dakka, 2022)

## **3. Resistansi perubahan**

Perubahan adalah proses memperbaiki orang dan organisasi dari situasi saat ini ke situasi yang lebih baik (Damanauw, Taroreh and Uhing, 2018). Resistansi terhadap perubahan adalah perilaku yang menolak adanya asumsi atau wacana baru itu sendiri karena takut akan merubah kebiasaan yang telah ada dan dirasa nyaman. Perilaku penolakan ini menghambat dan berlawanan dengan sikap ingin berubah untuk menjadi lebih baik. Penolakan ini biasanya sering terjadi dengan individu yang memiliki pikiran maupun perilaku negatif, seperti belum memiliki kesiapan diri, merasa tidak memiliki pemahaman yang cukup dan keterampilan yang kompeten dibidang perawatan paliatif.

Resistensi perubahan ini tidak hanya terjadi pada tenaga kesehatan saja, reaksi penolakan ini dapat muncul dari manajemen fasilitas pelayanan dan kepemimpinan. Ketiga point tersebut saling berkesinambungan. Motivasi dari pemimpin dengan munculnya kebijakan yang sejalan dengan konsep perawatan paliatif menjadi wajah baru bagi tenaga kesehatan untuk merealisasikan perawatan paliatif. Pemimpin mengembangkan pedoman perawatan paliatif yang telah ada disesuaikan dengan kondisi lingkungan sosial, budaya yang ada dan penyesuaian teori – teori keperawatan paliatif di terapkan pada pelaksanaan asuhan paliatif sehari – hari. Penyediaan sarana, fasilitas dan pengembangan sumber daya dari manajemen akan meningkatkan pengetahuan, pemahaman perawat sehingga pelaksanaan perawatan akan berjalan sesuai pedoman yang telah ada.

#### 4. Kesulitan terkait proses

Pelaksanaan asuhan paliatif sesuai pedoman yang telah ada memerlukan kemampuan yang sekiranya tidak semua perawat memiliki keahlian tersebut (dalberg dkk,2013). Hal utama dalam hambatan ini adalah rasa keyakinan diri dan *skill* sesuai kompetensi untuk menerapkan pedoman perawatan paliatif secara tepat. Akanr solusi dari permasalahan hambatan tersebut adalah dengan cara memberikan pelatihan yang sesuai dan pendampingan oleh tenaga kesehatan berpengalaman pada saat proses awal penerapannya.

Data tahun 2018 menyebutkan 79% populasi dunia hanya mengonsumsi 13% dari seluruh total morfin yang disediakan sebagai terapi farmakologi mengatasi rasa sakit dan penderitaan diseluruh dunia. Survei WHO tentang penyakit tidak menular di 194 negara anggota tahun 2019 dari 68% negara yang menyediakan dana pelaksanaan pelayanan paliatif, hanya 40% negara yang

mengimplementasikannya. Beberapa kondisi yang dapat mempengaruhi hal tersebut adalah :

- a. Pemimpin dan pembuat kebijakan dalam pemerintahan kurang memahami dan sadar akan manfaat pelayanan paliatif.
- b. Kesadaran yang minim pada tenaga profesional kesehatan dan masyarakat akan paliatif dapat memicu kesenjangan tersebut.
- c. Adanya budaya dan lingkungan sosial yang unik, seperti kepercayaan tentang sakanratulmaut dan kematian.
- d. Pemahaman yang tidak utuh akan konsep perawatan paliatif. Asumsi masyarakat yang mengatakan *palliatif care* itu hanya diperuntukkan pada penderita dengan kondisi penyakit kanker (WHO, 2023)

#### **E. KUNCI KEBERHASILAN PERAWATAN PALIATIF**

Kebhasilan perawatan paliatif pada suatu instansi terdiri dari berbagai faktor. Beberapa faktor diantaranya adalah :

##### **1. Peraturan Institusi (Klinik atau Rumah Sakit)**

Banyaknya beban kerja perawat dalam melakukan pelayanan menyebabkan aktivitas pemberian edukasi pada pasien dan keluarganya menjadi terhambat. Seharusnya instansi yang menerapkan perawatan paliatif mengeluarkan kebijakan mengatur kegiatan perawat yang berfokus pada perawatan paliatif dengan kegiatan administrasi sehingga kualitas pemberian perawatan paliatif akan meningkat.

##### **2. Pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif**

Peningkatan sumber daya manusia profesional berupa pelatihan paliatif care perlu dilakukan sebagai upaya meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tenaga kesehatan. Perawatan paliatif ini tidak hanya diberikan kepada pasien dengan kondisi penyakit kanker

dengan metastasis atau kondisi penyakit terminal. Menghilangkan gejala nyeri pada pasien dan meningkatkan kualitas hidup pasien telah menjadi tujuan utama perawatan paliatif ini, namun visi misi paliatif tidak sebatas itu. Mengurangi penderitaan pasien dan pemberian bantuan kepada keluarga pasien dengan kumpulan gejala gangguan fisik, permasalahan psikologis, hambatan sosial, dan spiritual dengan kondisi penyakit kronis juga dibutuhkan.

### **3. Peningkatan keterampilan**

Salah satu keterampilan yang dibutuhkan saat memberikan asuhan pelayanan perawatan paliatif yaitu cara berkomunikasi yang terapeutik pada pasien dan keluarganya. kemampuan berkomunikasi yang terapeutik ini perlu di asah oleh setiap tenaga kesehatan karena kemampuan ini membutuhkan pengalaman yang tinggi dalam pengaplikasiannya. (Suprayitno and Kafil, 2020) mengatakan dibutuhkan pengembangan potensi berupa pelatihan, kerja sama tim dengan tim paliatif dan implementasi paliatif berdasarkan data yang berbasis bukti.

### **4. Kolaborasi.**

Hasil perawatan terbaik adalah ketika asuhan perawatan paliatif ini dikerjakan bersama seluruh tenaga kesehatan yang ada di instansi praktik. semakin banyak tenaga profesional yang memberikan bantuan sistem terhadap proses perawatan dan kesembuhan pasien akan semakin berkualitas pelayanan asuhan tersebut. pelayanan asuhan yang berkualitas akan memberikan rasa nyaman dan kesejahteraan bagi pasien serta keluarganya.

## **F. PERAN KELUARGA DALAM PERAWATAN PALIATIF**

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat terdiri dari dua atau lebih individu yang memiliki hubungan perkawinan, hubungan darah maupun adopsi. Keluarga adalah sekelompok dua atau lebih orang memiliki kedekatan dan kebersamaan secara emosional serta memahami dirinya merupakan bagian dari keluarga (friedman dalam Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022)

Keluarga sebagai unit keperawatan dimaksudkan setiap permasalahan pada anggota keluarga akan mempengaruhi kesehatan anggota keluarga lainnya. Kesehatan keluarga meningkat menyebabkan kualitas hidup keluarga meningkat dan tercipta keluarga yang sejahtera. Kesehatan dan kualitas hidup keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat ini memiliki dampak mempengaruhi keluarga – keluarga lainnya menjadi lebih sehat. Sebaliknya, kesakitan anggota keluarga bila tidak tertangani dengan baik akan mempengaruhi kualitas hidup menjadi buruk, hingga mempengaruhi masyarakat dilingkungan tersebut menjadi tidak sehat.

Model perawatan yang berpusat pada keluarga memberikan penekanan pada tim perawatan paliatif dalam menentukan kebijakan kesehatan, intervensi kesehatan dan implementasinya sehari – hari wajib melibatkan keluarga. Perawatan yang berpusat pada keluarga berfokus mencapai kesehatan yang optimal dengan mengaktifkan keterlibatan keluarga memotivasi anggota keluarga yang sakit, terlibat dalam perkembangan emosional dan sosial pasien. Keluarga mendapatkan edukasi cara perawatan, merencanakan perawatan bersama tenaga kesehatan sesuai budaya yang dimilikinya (Shaara Khan, 2015).

Keluarga dilibatkan dalam perawatan sebagaimana tugas – tugas kesehatan yang dimiliki keluarga. Model ini mengajak keluarga untuk memberikan penghormatan kepada anggota keluarga yang sakit, belajar mengenali kelemahan dan kekuatan pada anggota keluarga sakit dengan perawatan

paliatif, memberikan dukungan penuh kepada anggota yang sakit salah satunya adalah pemilihan pelayanan kesehatannya, memotivasi si sakit dan memberikan keyakinan bahwa keluarga akan mendampingi serta berusaha mendapatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang terbaik. Dalam artikel lain, model perawatan berpusat pada keluarga mengaktifkan dukungan dan peran keluarga dalam kesehariannya.

Keluarga menjadi bagian integral tim perawatan paliatif. Keluarga sebagai tim perawatan utama di rumah, mengetahui dan memantau kesehatan pasien 24 jam, melakukan perawatan fisik dan dukungan emosional yang konsisten. Kondisi ini menguntungkan tim perawatan paliatif mendapatkan informasi terbaru sesuai perkembangan kesehatan pasien sehingga pengambilan keputusan akan tepat. Selain itu keluarga dituntut dapat mengimplementasikan tugas keluarga dalam perawatan paliatif, sebagai berikut :

### **1. Mengetahui masalah kesehatan keluarga**

Seluruh anggota keluarga dituntut untuk menguasai, memahami tanda gejala penyakit yang ada pada dirinya atau anggota keluarga yang lainnya. Pemahaman akan kasus penyakit tersebut mampu mencegah anggota keluarga yang lain tertular penyakitnya maupun mempertahankan agar anggota keluarga lain tidak terserang penyakit yang sama. Keluarga harus memahami dan menyadari adanya anggota keluarga yang sakit, seberapa besar penyakitnya, sumber informasi tentang penyakitnya hingga mampu memberikan informasi untuk tugas keluarga yang selanjutnya yaitu pengambilan keputusan.

### **2. Pengambil keputusan kesehatan keluarga**

Tugas ke dua keluarga setelah mengenal masalah kesehatan keluarga adalah upaya menentukan kemana arah penanganan penyakit yang diderita anggota keluarga lainnya. Pengambilan keputusan yang tepat menentukan

tindakan yang tepat mencapai kesehatan yang optimal bagi penderita. Namun, pengambilan keputusan yang tidak tepat akan menyebabkan kondisi sakit penderita akan semakin memburuk.

### **3. Melakukan perawatan pada keluarga**

Tindakan merawat anggota keluarga yang sakit merupakan kewajiban keluarga. Pertolongan pertama di keluarga sebelum mendapatkan perawatan di fasilitas kesehatan mampu menguatkan mental dan kesehatan fisik anggota keluarga yang sakit. Perasaan diperhatikan, dirawat, di sayangi oleh keluarga mempengaruhi munculnya hormon kebahagiaan dan kerja hormon tersebut memperbaiki kesehatan pasien. Keluarga harus mengetahui bagaimana cara perawatannya dan pencegahan penyakitnya.

### **4. Mempertahankan dan memodifikasi lingkungan rumah sehat**

Keluarga mampu merubah, mempertahankan dan memodifikasi kebiasaan sehari – hari di lingkungan keluarga agar kesehatan anggota keluarga yang sakit menjadi lebih baik. Semisal anggota keluarga menderita kanker, makan anggota keluarga lainnya tidak mengonsumsi minuman beralkohol, jenis makanan yang mengandung tinggi lemak jenuh, makan sayur mentah dihadapan anggota keluarga yang sakit. Bukan sekedar tidak mengonsumsi di depan yang sakit, keluarga harus mengikuti secara sadar bersama – sama tidak mengonsumsinya dalam keluarga serta olahan yang dimasak oleh keluarga menghindari jenis makanan yang mampu menyebabkan kesakitan bagi penderita.

## 5. Mendapatkan fasilitas kesehatan

Tugas yang kelima ini berkaitan dengan kepercayaan, keyakinan dan trauma keluarga terhadap fasilitas kesehatan. Semua itu harus dirubah dan disadari bahwa perawatan di fasilitas kesehatan lebih baik daripada perawatan dirumah secara mandiri oleh keluarga. Akan tetapi, perawatan dirumah dapat dilakukan dengan bersinergi dengan tim perawatan paliatif. Perawatan paliatif dirumah dengan kelengkapan sarana dan prasarana serta peralatan medis juga dapat membawa kesehatan fisik dan mental pasien. Utama perawatan dengan fasilitas kesehatan memperhatikan kemampuan atau keterjangkauan oleh keluarga (Putra *et al.*, 2023).



# DAFTAR PUSTAKA

- Achmad, D. asep, Kusnadi, E. and Farhan, Z. (2023) Perawatan paliatif (palliative care) sejarah, filosofi, tujuan dan posisi terapi komplemen-Spiritual. pertama. jakarta: Kencana. Available at: [https://www.google.co.id/books/edition/Perawatan\\_Paliatif\\_Palliative\\_Care/x3jxEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1](https://www.google.co.id/books/edition/Perawatan_Paliatif_Palliative_Care/x3jxEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1).
- Adane, T., & Getawa, S. (2021). Anaemia and its associated factors among diabetes mellitus patients in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Endocrinology, Diabetes and Metabolism*, 4(3), 1-10. <https://doi.org/10.1002/edm2.260>
- Alvarez-Payares, J. C., Rivera-Arismendy, S., Ruiz-Bravo, P., Sánchez-Salazar, S. M., Manzur, R. A., Ramirez-Urrea, S. I., & Puello, A. (2021). Unexplained Anemia in the Elderly. *Cureus*, 13(11), 1-7. <https://doi.org/10.7759/cureus.19971>
- Amelr, M.O. and Ellsielsy, H. (2017) 'Ascitels: Causels, Diagnosis, and Trelatmelnt', in *Livelr Cirrhosis - Ulpatel and Culrelnt Challengels*. InTelch. Availablel at: <https://doi.org/10.5772/intelchopeln.68868>.
- Angelli, P. and Gatta, A. (2014) 'Meldical trelatmelnt of ascitels in cirrhosis', in I.A. V elt al. (elds) *Ascitels and Relnal Dysfulnction in Livelr Diselasel*. Blackwelll Scielntific Inc, pp. 442-462.
- Arroyo, V. (2002) 'Pathophysiology, diagnosis and trelatmelnt of ascitels in cirrhosis', *Annals of Helpatology*, 1(2), pp. 72-79. Availablel at: [https://doi.org/10.1016/S1665-2681\(19\)32178-7](https://doi.org/10.1016/S1665-2681(19)32178-7).

- Arroyo, V. and Ramon, B. (2014) 'Historical notels on Ascitels in Cirrhosis', in I.A. V elt al. (elds) Ascitels and Relnal Dysfulnction in Livelr Diselasel. Blackwellll Sciencel Inc, pp. 3–13.
- Barcellini, W., & Fattizzo, B. (2021). How I treat warm autoimmune hemolytic anemia. *Blood*, 137(10), 1283–1294. <https://doi.org/10.1182/blood.2019003808>
- Belrnardi, M. and Caracelni, P. (2016) 'Ascitels', in G. Porro elt al. (elds) Gastroelntelrology and Helpatology. Mc-Graw Hill, pp. 69–76.
- Bolboacă, S. D. (2019). Medical Diagnostic Tests: A Review of Test Anatomy, Phases, and Statistical Treatment of Data. Computational and Mathematical Methods in Medicine, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/1891569>
- Brittenham, G. M., Moir-Meyer, G., Abuga, K. M., Datta-Mitra, A., Cerami, C., Green, R., Pasricha, S. R., & Atkinson, S. H. (2023). Biology of Anemia: A Public Health Perspective. *Journal of Nutrition*, 153(July), S7–S28. <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2023.07.018>
- Burns, E., Korn, K., & Whyte, J. (2011). Oxford American Handbook of Clinical Examination and Practical Skills.
- Canny, S. P., Orozco, S. L., Thulin, N. K., & Hamerman, J. A. (2023). Immune Mechanisms in Inflammatory Anemia. *Annual Review of Immunology*, 41, 405–429. <https://doi.org/10.1146/annurev-immunol-101320-125839>
- Cappellini, M. D., Musallam, K. M., & Taher, A. T. (2020). Iron deficiency anaemia revisited. *Journal of Internal Medicine*, 287(2), 153–170. <https://doi.org/10.1111/joim.13004>
- Cardelinas, A. and Ginels, P. (2016) 'Pathogelnelnsis and tretlatmelnt of dilutional hyponatrelmia in cirrhosis', in In Arroyo V elt al. (elds) Progrellss in thel tretlatmelnt of livelr diselasels. Barcellona: Ars Meldica, pp. 31–42.

- Cárdelnas, A., Batalleir, R. and Arroyo, V. (2000) 'MECHANISMS OF ASCITES FORMATION', *Clinics in Liver Disease*, 4(2), pp. 447–465. Available at: [https://doi.org/10.1016/S1089-3261\(05\)70118-5](https://doi.org/10.1016/S1089-3261(05)70118-5).
- Chieljina, M., Kuldaravalli, P. and Samant, H. (2023) *Ascites*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470482/> (Accessed: 25 March 2024).
- Chopra, V. K., & Anker, S. D. (2020). Anaemia, iron deficiency and heart failure in 2020: facts and numbers. *ESC Heart Failure*, 7(5), 2007–2011. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12797>
- Corazza, G. R., Lenti, M. V., & Howdle, P. D. (2021). Diagnostic reasoning in internal medicine: a practical reappraisal. *Internal and Emergency Medicine*, 16(2), 273–279. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02580-0>
- Costa, L. Da, Leblanc, T., & Mohandas, N. (2020). Diamond-Blackfan anemia. *Blood*, 136(11), 1262–1273. <https://doi.org/10.1182/blood.2019000947>
- Coyle, A., Helenius, I., Cruz, C. M., Lyons, E. A., May, N., Andrilli, J., Bannet, M. M., Pinotti, R., & Thomas, D. C. (2019). A Decade of Teaching and Learning in Internal Medicine Ambulatory Education: A Scoping Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 11(2), 132–142. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-18-00596.1>
- Cruz Cuevas, E. I. (2008). What is internal medicine? *Revista Medica de Chile*, 136(11), 1493–1496. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872008001100020>
- Csimpson. (2008). *Primer to the Internal Medicine Clerkship*. 1–37. [papers2://publication/uuid/CEC17C10-CFCA-47E7-B30D-6F9D10E88179](https://publication/uuid/CEC17C10-CFCA-47E7-B30D-6F9D10E88179)

- Da Costa, L., Leblanc, T., & Mohandas, N. (2019). Diamond-Blackfan Anemia DIAMOND-BLACKFAN ANEMIA AP-HP , Service d ' Hématologie Biologique , Hôpital Robert-Debré , F-75019 , Paris , France Corresponding author : Hôpital Robert Debré Service d ' Hématologie Biologique 48 Boulevard Sérurier Running title.
- Dakka, F.J. (2022) 'Nurses Barriers to Evidence-Based Practice in Palliative Care: A Sistematic Review', SAGE Open Nursing, 8. doi:10.1177/23779608221142957.
- Damanauw, I.P., Taroreh, R.N. and Uhing, Y. (2018) 'The Influence of Change Management, Work Environment and Organizational Culture on the Performance of Employees in the North Minahasa District Workforce', Jurnal EMBA, 6(4), pp. 2398–2407.
- Davis, V. H., Rodger, L., & Pinto, A. D. (2023). Collection and Use of Social Determinants of Health Data in Inpatient General Internal Medicine Wards: A Scoping Review. *Journal of General Internal Medicine*, 38(2), 480–489. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07937-z>
- Deivita, Y., Syafruddin, S., Andi Nilawati, U., Aminuddin, A., Burhanuddin, B., & Zahir, Z. (2021). Overview of Anemia; risk factors and solution offering. *Gaceta Sanitaria*, 35, S235–S241. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.07.034>
- DeZern, A. E., & Churpek, J. E. (2021). Approach to the diagnosis of aplastic anemia. *Blood Advances*, 5(12), 2660–2671. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2021004345>
- Dul, L. et al. (2023) 'Diffelrelntial diagnosis of ascitels: eltiologiels, ascitic fluid analysis, diagnostic algorithm', *Clinical Chelmistry and Laboratory Meldicinel (CCLM)*, 0(0). Availablel at: <https://doi.org/10.1515/cclm-2023-1112>.

- Egesa, W. I., Muyombya, S., Ortiz, Y. A., Nduwimana, M., & ... (2023). Iron deficiency anaemia and its associated factors: A cross-sectional study among children aged 6-23 months in southwestern Uganda. 2024. <https://www.researchsquare.com/article/rs-2742978/latest%0Ahttps://www.researchsquare.com/article/rs-2742978/latest.pdf>
- Elstrott, B., Khan, L., Olson, S., Raghunathan, V., DeLoughery, T., & Shatzel, J. J. (2020). The role of iron repletion in adult iron deficiency anemia and other diseases. *European Journal of Haematology*, 104(3), 153-161. <https://doi.org/10.1111/ejh.13345>
- Ferris, A. E., & Harding, K. G. (2019). An overview of the relationship between anaemia, iron, and venous leg ulcers. *International Wound Journal*, 16(6), 1323-1329. <https://doi.org/10.1111/iwj.13192>
- Ginels, P. and Schrieler, R. (2014) 'The arterial vasodilatation hypothesis of ascites formation in cirrhosis', in I.A. Velt al. (eds) *Ascites and renal dysfunction in liver disease*. Blackwell Scientific Inc, pp. 411-430.
- Glickman, R. (2020) 'Abdominal swelling and ascites', in D. Kasper et al. (eds) *Harrison's principles of internal medicine*. 25th edn. New York: McGraw Hill, pp. 243-246.
- Goldstein, D. S. (2019). How does homeostasis happen? Integrative physiological, systems biological, and evolutionary perspectives. *American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 316(4), R301-R317. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00396.2018>
- Goreti, P. M., Maria Helena Dua Nita, C. R. N., & S.Loaloka, M. (2021). Hubungan Pengetahuan Gizi dan Status Gizi dengan Kejadian Anemia pada Remaja Putri di Kota Kupang. *Politeknik Kemenkes Kupang*, 24-28.

- Groszmann, R. (2016) 'Progression of Portal Hypertension: An analysis of variants', in A. V In et al. (eds) Progress in treatment of liver disease. Barcellona: Ars Medica, pp. 3–12.
- Habas, E., Al Adab, A., Arryes, M., Alfitori, G., Farfar, K., Habas, A. M., Akbar, R. A., Rayani, A., Habas, E., & Elzouki, A. (2023). Anemia and Hypoxia Impact on Chronic Kidney Disease Onset and Progression: Review and Updates. *Cureus*, 15(10), 1–23. <https://doi.org/10.7759/cureus.46737>
- Hoefs, J. (2014) 'Characteristics of ascites', in I.A. V et al. (eds) Ascites and renal dysfunction in liver disease. Blackwell Science Inc, pp. 14–35.
- Husnaniyah S.Kep.Ns, M.Kep, D., Riyanto S.Kep.Ns, M.K. and Kamsari S.Kep.Ns, M.K. (2022) Buku ajar keperawatan keluarga. Deepublish.
- Karkhanis, V. and Joshi, J. (2012) 'Pleural effusion: diagnosis, treatment, and management', *Open Access Emergency Medicine*, p. 31. Available at: <https://doi.org/10.2147/OAEM.S29942>.
- Kaul, V., Enslin, S., & Gross, S. A. (2020). History of artificial intelligence in medicine. *Gastrointestinal Endoscopy*, 92(4), 807–812. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.06.040>
- Kemkes RI. (2023) PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN PALIATIF No. HK. 01.07/MENKES/2180/2003.
- Kernohan, W.G. et al. (2018) 'Barriers and facilitators to knowledge transfer and exchange in palliative care research', *BMJ Evid Based Med* [Preprint]. doi:10.1136/bmjebm-2017-110865.
- Konsep\_Dasar\_Ilmu\_Penyakit. (n.d.).
- KUIPEIR, J.J., DEL MAN, R.A. and VAN BUIJREIN, H.R. (2007) 'Review article: management of ascites and associated complications in patients with cirrhosis', *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26(s2), pp. 183–193. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2007.03482.x>.

- Kumar, A., Sharma, E., Marley, A., Samaan, M. A., & Brookes, M. J. (2022). Iron deficiency anaemia: Pathophysiology, assessment, practical management. *BMJ Open Gastroenterology*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjgast-2021-000759>
- Kumar, P., Brazel, D., Benjamin, D. J., & Brem, E. (2022). Eponyms in medical oncology. *Cancer Treatment and Research Communications*, 31(January), 100516. <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2022.100516>
- Llewelyn, H., Ang, H. A., Lewis, K., & Al-Abdullah, A. (2014). *Oxford Handbook of Clinical Diagnosis*. Oxford Handbook of Clinical Diagnosis. <https://doi.org/10.1093/med/9780199679867.001.0001>
- Meier, D.E. and Beresford, L. (2008) 'The palliative care team', *Journal of Palliative Medicine*, (11), pp. 677–681.
- Merrifield, L. L. (1996). Differential diagnosis. In *Seminars in orthodontics* (Vol. 2, Issue 4). [https://doi.org/10.1016/s1073-8746\(96\)80024-7](https://doi.org/10.1016/s1073-8746(96)80024-7)
- Merrill, R. D., Burke, R. M., Northrop-Clewes, C. A., Rayco-Solon, P., Flores-Ayala, R., Namaste, S. M., Serdula, M. K., & Suchdev, P. S. (2017). Factors associated with inflammation in preschool children and women of reproductive age: Biomarkers Reflecting Inflammation and Nutritional Determinants of Anemia (BRINDA) project. *American Journal of Clinical Nutrition*, 106(C), 348S-358S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.116.142315>
- Moorel, C.M. and Van Thiell, D.H. (2013) 'Cirrhotic ascitels relvielw: Pathophysiology, diagnosis and managemelnt.', *World journal of helpatology*, 5(5), pp. 251–63. Availablel at: <https://doi.org/10.4254/wjh.v5.i5.251>.
- Morel, K. elt al. (2005) Thel Managemelnt of Ascitels in Cirrhosis. MSF. (2013). Clinical guidelines, diagnosis and treatment manual.

- Mulstapha, S. (2020) 'Cirrhotic ascitels: A relvielw of pathophysiology and managemelnt', NIGEIRIAN JOUORNAL OF GASTROEINTEIROLOGY AND HEIPATOLOGY, 12(1), p. 3. Availabel at: [https://doi.org/10.4103/NJGH.NJGH\\_4\\_20](https://doi.org/10.4103/NJGH.NJGH_4_20).
- Nair, U. (2009). Textbook of Medical and Surgical Nursing. In Textbook of Medical and Surgical Nursing. <https://doi.org/10.5005/jp/books/10916>
- Newhall, D. A., Oliver, R., & Lugthart, S. (2020). Anaemia: A disease or symptom? Netherlands Journal of Medicine, 78(3), 104–110.
- Ng, Y. X., Koh, Z. Y. K., Yap, H. W., Tay, K. T., Tan, X. H., Ong, Y. T., Tan, L. H. E., Chin, A. M. C., Toh, Y. P., Shivananda, S., Compton, S., Mason, S., Kanavarana, R., & Krishna, L. (2020). Assessing mentoring: A scoping review of mentoring assessment tools in internal medicine between 1990 and 2019. PLoS ONE, 15(5), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232511>
- Nurman, A. (2014). Ilmu Penyakit Dalam. In Ilmu Penyakit Dalam.
- Paramothayan, N.S. and Barron, J. (2002) 'Nelw critelria for thel diffelrelntiation beltweleln transuldatels and elxuldatels', Joulrnal of Clinical Pathology, 55(1), pp. 69–71. Availabel at: <https://doi.org/10.1136/jcp.55.1.69>.
- Passamonti, F., Harrison, C. N., Mesa, R. A., Kiladjan, J. J., Vannucchi, A. M., & Verstovsek, S. (2022). Anemia in myelofibrosis: Current and emerging treatment options. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 180(October), 103862. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103862>
- Petraglia, F., & Dolmans, M. M. (2022). Iron deficiency anemia: Impact on women's reproductive health. Fertility and Sterility, 118(4), 605–606. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.08.850>

- Purbaningsih, E. sari, Syaripudin, A. and Muadi (2022) Buku ajar keperawatan paliatif care Konsep dasar dan asuhan keperawatan paliatif. Jakanrta: Mediatama digital cendekia. Available at: [https://www.google.co.id/books/edition/BUKU\\_AJAR KEPERAWATAN\\_PALIATIF\\_CARE\\_KONS/x7iBEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=konsep+perawatan+paliatif&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/BUKU_AJAR KEPERAWATAN_PALIATIF_CARE_KONS/x7iBEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=konsep+perawatan+paliatif&printsec=frontcover).
- Putra, I. gede yudiana et al. (2023) Keperawatan keluarga (Teori & Studi kasus). sonpedia publishing indonesia. Available at: [https://www.google.co.id/books/edition/KEPERAWATAN\\_KELUARGA\\_Teori\\_Studi\\_Kasus/yy6\\_EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=peran+keluarga+dalam+perawatan&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/KEPERAWATAN_KELUARGA_Teori_Studi_Kasus/yy6_EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=peran+keluarga+dalam+perawatan&printsec=frontcover).
- Riessen, R., Busch, H. J., & John, S. (2020). Intensive care and emergency medicine as part of training in internal medicine. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 115(6), 458-465. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00715-x>
- Risky Amalia, Emi Sutrisminah, & Yuli Astuti. (2023). Faktor-Faktor yang Menyebabkan Terjadinya Anemia pada Remaja Putri: Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6(9), 1715-1720. <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i9.3614>
- Rogal, S.S. et al. (2022) 'AASLD Practice Guidance: Palliative care and symptom-based management in decompensated cirrhosis', *Hepatology*, 76(3), pp. 819-853. doi:10.1002/hep.32378.
- Rulnyon, B. (2017) 'Ascitels and spontanelouls bacteiral pelritonitis', in I.F. MF, F. LS, and S. MH (elds) *Gastrointelstinal and Livelr Diselasel*. Philadellphia: Saulndelrs, pp. 1517-1541.
- Saito-Benz, M., Flanagan, P., & Berry, M. J. (2020). Management of anaemia in pre-term infants. *British Journal of Haematology*, 188(3), 354-366. <https://doi.org/10.1111/bjh.16233>

- Setyaningrum, Y. I., Wulandari, I., & Purwanza, S. W. (2023). Literatur Review Penyebab dan Upaya Pencegahan Anemia pada Remaja Putri. *Journal of Noncommunicable Diseases*, 3(2), 84. <https://doi.org/10.52365/jond.v3i2.858>
- Shaara Khan (2015) An integrative review of nurse's perspectives of family-centeed care practice in the level III NICU : Addressing Persisting Barriers, *Nhk*.
- Shelrlock, S. and Dooley, J. (2015) *Ascitels : Diselasels of Thel Livelr and Billiary*. 10th eldn.
- Siregar, S. (2022). PENANGANAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI Berdasarkan data World Health Demografi Kesehatan Indonesia ( SDKI ) meningkat resiko anemia defisiensi besi hilang sebesar 1 , 25 mg / hari . Kondisi ini dibutuhkan oleh remaja putri untuk mengakibatkan cepat lelah , m. 5, 1195–1200.
- Suprayitno, E. and Kafil, R.F. (2020) 'Sikap Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Paliatif', *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah*, 16(2), pp. 135–146. doi:10.31101/jkk.1782.
- Suryadinata, P. Y. A., Suega, K., Wayan, I., & Gde Dharmayuda, T. (2022). Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Kejadian Anemia Defisiensi Besi : a Systematic Review. *E-Jurnal Medika Udayana*, 11(2), 6. <https://doi.org/10.24843/mu.2022.v11.i02.p02>
- Talley, N. J., Frankum, B., & Currow, D. (2015). *Essentials of Internal Medicine 3th 2015*. In E-book (Vol. 311, Issue 5).
- Thioritz, I.D., Widaningsih, Y. and Mangarengi, F. (2019) 'Thel Compatibility Analysis of Selrulum Ascitels Albulmin Gradielnt and Ascitic Fluid Elvaluation to Clinical Diagnosis of thel Patielnt', *INDONEISIAN JOUIRNAL OF CLINICAL PATHOLOGY AND MEIDICAL LABORATORY*, 26(1), pp. 35–39. Availablel at: <https://doi.org/10.24293/ijcpml.v26i1.1405>.

- Thrall, M.J. and Giampoli, El.J. (2009) 'Routinel relvielw of ascitels flulid from patielnts with cirrhosis or helpatocellullar carcinoma is a low-yielld proceldulrel: An obselrvational stuldy', *CytoJournal*, 6, p. 16. Availablel at: <https://doi.org/10.4103/1742-6413.54919>.
- Westphal, C. (2003) Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life, *Critical Care Nurse*. doi:10.4037/ccn2003.23.3.71.
- WHO (2023) 'Palliative care', World Health Organization [Preprint]. Available at: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care#:~:text=WHO defines palliative care as an approach that,who are facing problems associated with life-threatening illness>.
- Who, & Chan, M. (2011). Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1-6. <https://doi.org/2011>
- Windsor, P. A. (2022). Anaemia in Lambs Caused by *Mycoplasma ovis*: Global and Australian Perspectives. *Animals*, 12(11). <https://doi.org/10.3390/ani12111372>



# TENTANG PENULIS



**Andi Suriyani, S.Kep., Ns., M.Kes.**

Dosen D III Keperawatan

Akper Mappa Oudang Makassar

Penulis lahir di Tosora, Wajo, Sulawesi Selatan tanggal 4 September 1983. Penulis adalah dosen pada Program Studi D III Keperawatan, Akper Mappa Oudang Makassar. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan, STIKES NANI HASANUDDIN MAKASSAR tahun 2012, Program S2 Kesehatan Masyarakat pada UNIVERSITAS INDONESIA TIMUR tahun 2015, dan Profesi Ners di STIKES AMANAH MAKASSAR tahun 2019. Penulis aktif menekuni bidang Penelitian dan Pengabdian Masyarakat selain menjalankan tugas Pengajaran.



**dr. Devin Mahendika, S.Ked., C.STMI., C.PS., C.TSSA., C.HG.Sch.,  
C.IPM., C.BPA®**

Dokter Umum Rumah Sakit Umum Daerah Natuna

Penulis lahir di Padang pada 8 Agustus 1998 anak dari Bapak H. Hendra Mukhlis, S.E, M.Pd dan Ibu Ns. Hj. Ema Julita, S.Kep, MARS, FISQua. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar (SD) di SD Sabbihisma pada 2004 sampai dengan 2010, pendidikan Sekolah Menengah Pertama di SMP Perguruan Islam Ar Risalah pada 2010 sampai dengan, pendidikan Sekolah Menengah Atas di MA Swasta Perguruan Islam Ar Risalah pada 2013 sampai 2016. Pendidikan S1 dengan jurusan Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas pada 2016 sampai dengan 2020, Penulis menyelesaikan masa studinya selama tiga setengah tahun dengan predikat pujian dan mendapatkan penghargaan lulusan terbaik, bintang kampus, dan mahasiswa berprestasi di Universtas Andalas.

Semasa kuliah Penulis aktif di beberapa organisasi yaitu Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Indonesia (ISMKI), Badan Pers Nasional Kedokteran ISMKI, Badan Analisis Pengembangan Ilmiah Nasional ISMKI, Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) Fakultas Kedokteran (FK) Universitas Andalas (UNAND), Broca BEM Fakultas Kedokteran FK UNAND, *Academic Community* BEM KM FK UNAND, Forum Studi Kedokteran Islam BEM FK UNAND, dan

*Medical Student Research Center BEM KM FK UNAND* dan aktif dalam mengikuti kegiatan ekstra kampus seperti Forum Indonesia Muda (FIM) dan Hamada *Foundation* Sumatera Barat. Pendidikan berlanjut di Program Studi Pendidikan Profesi Dokter di Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas pada 2020 sampai dengan 2022, menamatkan pendidikan selama dua tahun juga dengan predikat pujian dan mendapatkan predikat lulusan terbaik di program studi profesi dokter. Pada tahun 2023 ini, penulis telah mendapatkan empat penghargaan non akademik berupa *Certified Sekolah Motivator Indonesia (C.STMI)*, *Certified Public Speaking (C.PS)*, *Certified The Secret Signature Analysis (C.TSSA)*, *Certified Holistic Graphology for School (C.HG.Sch)*, *Certified International Polyglot Mastery (C.IPM)*, *Certified Penulis Indonesia (C.PI)*, dan *Certified Book Paper and Autorialship Registered (C.BPA®)*. Pekerjaan saat ini adalah sebagai Dokter Umum di RSUD Natuna, Kepulauan Riau. Selain itu Penulis juga merupakan seorang tutor dan mentor Biologi di lembaga Cendekia *Ambition Course*, motivator, konselor sebaya, peneliti, dan penulis aktif keilmiahan dan kesusastaan. Saat ini telah menerbitkan sekitar 60 publikasi ilmiah di bidang pendidikan dan kesehatan, 32 buku ajar dan buku referensi, beberapa buku antologi sastra puisi dan cerpen, buku referensi ilmiah, dan saat ini juga sedang memproses buku novel ciptaan sendiri.



**Dewi Hestiani K, S.Kep., Ns., M.Kes.**

Dosen Prodi D III Keperawatan  
Akper Mappa Oudang Makassar

Penulis lahir di Bulu, Enrekang, Sulawesi Selatan tanggal 30 Oktober 1988. Penulis adalah dosen pada Program Studi D III Keperawatan, Akper Mappa Oudang Makassar. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan, Universitas Muslim Indonesia tahun 2011, Program S2 Ilmu Biomedik Konsentrasi Fisiologi pada Fak. Kedokteran Universitas Hasanuddin tahun 2015, dan Profesi Ners di STIKPER Gunung Sari tahun 2017. Penulis aktif menekuni bidang Penelitian dan Pengabdian Masyarakat selain menjalankan tugas Pengajaran. Penulis juga aktif terlibat pada kegiatan-kegiatan social dan organisasi kepemudaan.



**Ns. Achmad Efendi, S.Kep., M.Kep**

Dosen Keperawatan  
STIKES BANYUWANGI

Penulis lahir di Banyuwangi tanggal 13 Juni 1988. Penulis adalah dosen pada Program Studi Keperawatan, Stikes Banyuwangi. Menyelesaikan pendidikan S1 di Stikes Banyuwangi pada Jurusan Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners dan melanjutkan S2 pada Keperawatan di ITEKES Muhammadiyah Kalimantan Barat.

Penulis menekuni bidang Penelitian dan Pengabdian ilmu keperawatan pada kelompok – kelompok khusus di masyarakat. Penulis mengabdikan diri dalam pengajaran di kampus STIKES Banyuwangi, institusi pendidikan kesehatan yang telah mengantarkan penulis sampai pada keadaan saat ini. Penulis secara aktif terlibat dalam kegiatan kerelawanan dan kemanusiaan, membantu mereka yang membutuhkan bantuan dalam perawatan kesehatannya terutama dalam situasi bencana maupun darurat kesehatan.

