

IMPLEMENTASI PERAWATAN PALIATIF BERBASIS BUKTI PADA PASIEN KRITIS DI ICU UNTUK MEWUJUDKAN *GOOD DEATH*

Implementation of Evidence-Based Palliative care for Critically Ill Patients in the ICU to Achieve a Good death

Ifa Hafifah¹, Hafifah Rahmah Awaliyah²

^{1,2} Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Lambung Mangkurat, Indonesia

Article info

Received : 20 Desember 2025

Accepted : 22 Mei 2026

Published : 20 Juni 2026

Corresponding author

Ifa Hafifah

Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Lambung Mangkurat, Indonesia
hafifah.ifa@ulm.ac.id

Website

<https://jkki.hipercci.com>

E-ISSN : 3047 - 2865

ABSTRAK

Latar Belakang: Berbagai fenomena terjadi di ICU antara lain tingginya angka mortalitas, pengalaman nyeri dan distress psikososial-spiritual yang dirasakan hampir semua pasien end-of-life , serta kompleksitas pengambilan keputusan klinis oleh tenaga kesehatan. Dengan adanya implementasi perawatan paliatif maka perawat berfokus pada aspek holistik pasien dan end-of-life care agar pasien mendapatkan good death (kematian yang baik). Tujuan: menganalisis urgensi implementasi perawatan paliatif di ICU untuk Mewujudkan Good death . Metode: Studi literatur review terhadap sumber-sumber primer dan sekunder, termasuk jurnal internasional, buku teks, dan regulasi kesehatan Indonesia, dengan fokus tentang perawatan paliatif di lingkungan ICU. Hasil: Implementasi perawatan paliatif terbukti dapat meningkatkan kualitas end-of-life care sehingga pasien dapat meninggal dengan good death . Kesimpulan: Implementasi perawatan paliatif berbasis bukti di ICU terbukti memberikan kontribusi signifikan dalam meningkatkan kualitas akhir kehidupan pasien kritis untuk mewujudkan good death Kondisi ini menegaskan pentingnya peran tenaga kesehatan, terutama perawat, dalam memberikan layanan paliatif di ICU.

Kata Kunci: *Good death , ICU, Implementasi, Perawatan Paliatif, Pasien Kritis*

ABSTRACT

Background: Various phenomena occur in the ICU, including high mortality rates, experiences of pain and psychosocial-spiritual distress felt by almost all end-of-life patients, and the complexity of clinical decision-making by healthcare professionals. Through the implementation of palliative care , nurses can focus on holistic patient care and end-of-life care to ensure patients achieve a good death . Objective: To analyze the urgency of implementing palliative care in the ICU to achieve a good death . Methods: This study employed a literature review design

analyzing primary and secondary sources, including international journals, textbooks, and Indonesian health regulations, with a specific focus on palliative care within the ICU environment. Results: The implementation of palliative care is proven to enhance the quality of end-of-life care, thereby enabling patients to experience a good death . Conclusion: Evidence-based palliative care implementation in the ICU contributes significantly to improving the quality of end-of-life care for critically ill patients to achieve a good death . This underscores the vital role of healthcare providers, especially nurses, in delivering palliative care services in the ICU.

Keywords: *critically ill patients, good death , ICU, implementation, palliative care*

PENDAHULUAN

Intensive Care Unit (ICU) merupakan tempat perawatan untuk menangani pasien yang terancam jiwa oleh kegagalan organ akut akibat penyakit, bencana atau komplikasi yang masih ada harapan hidupnya (*reversible*) (Potter & Perry, 2010). Namun data epidemiologis mengungkapkan fakta bahwa sekitar satu dari lima pasien yang dirawat di ICU meninggal dunia (Angus et al., 2004), dengan angka yang lebih tinggi di beberapa wilayah Indonesia. Pasien kritis tidak hanya menghadapi ancaman jiwa, tetapi juga mengalami keluhan gejala fisik yang berat seperti nyeri (dialami 71% pasien ICU selama perawatan), dispnea, agitasi, dan delirium (Stites, 2013). Keluarga sebagai integral dari sistem pendukung, seringkali mengalami distress psikologis yang mendalam, termasuk kecemasan, stress akut, dan *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD).

Paradigma perawatan di ICU yang terfokus semata pada penyelamatan hidup sering kali gagal mengatasi dimensi penderitaan yang holistik. Kompleksitas mencapai puncaknya dalam situasi pengambilan keputusan etik yang sulit, seperti mempertahankan atau menarik terapi bantuan hidup (*withholding/withdrawing life support*), yang diatur dalam Permenkes RI No. 37 Tahun 2014. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2002 dalam Campbell,

2013), perawatan paliatif adalah pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi penyakit mengancam jiwa melalui pencegahan dan peniadaan yaitu identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain seperti fisik, psikososial, dan spiritual sejak tegaknya diagnosis hingga akhir kehidupan serta kehilangan anggota keluarga yang sakit.

ICU merupakan tempat kritis di mana pasien mengalami tantangan kesehatan yang signifikan, dengan banyaknya pasien yang menghadapi kematian akibat kondisi yang memburuk meskipun telah dilakukan upaya pengobatan. ICU dirancang untuk merawat pasien yang sakit kritis, tetapi tidak dianggap sebagai ruang ideal untuk pasien yang akan meninggal. Pasien *end-of-life* di ICU memiliki waktu yang singkat dalam proses menuju kematian. Mereka mengalami kehilangan kesadaran, ketidaknyamanan fisik, dan penderitaan psikologis, seringkali tanpa keluarga di sisi mereka. Mengingat meningkatnya jumlah kematian yang terjadi di ICU, memahami tentang pencapaian *good death* di ICU merupakan hal yang sangat penting bagi para profesional kesehatan (Hafifah, 2025b).

Di Indonesia, banyak profesional kesehatan belum sepenuhnya memahami pentingnya memenuhi kebutuhan psikologis, sosial, spiritual, dan budaya pasien akhir hayat dan anggota keluarga. Karena

terbatasnya jumlah perawat ICU, fokus cenderung tetap pada pengelolaan gejala fisik pasien. Integrasi perawatan paliatif yang berjalan paralel dengan upaya kuratif dengan mengedepankan pengetahuan, kemampuan, empati, dan tanggung jawab merupakan aspek penting yang harus dimiliki tenaga kesehatan di ICU. Studi ini menganalisis signifikansi integrasi perawatan paliatif di ICU pada pasien *end-of-life* untuk mencapai *good death*. Berdasarkan tinjauan sistematis yang dilakukan oleh para peneliti, *good death* di ICU didefinisikan sebagai proses kematian yang ditandai oleh beberapa kriteria, termasuk bebas dari penderitaan atau nyeri, penghentian dan pengurangan penggunaan teknologi pendukung kehidupan di ICU, privasi, keterlibatan keluarga, dan penerimaan dukungan spiritual dan budaya (Hafifah, dkk., 2025a).

TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penelitian ini menganalisis urgensi implementasi perawatan paliatif di ICU untuk Mewujudkan *Good death*.

METODE PENELITIAN

Pendekatan yang digunakan adalah metode literature review. Metode ini memberikan sintesis yang komprehensif dan kritis terhadap bukti-bukti terkini serta konsep-konsep mendasar mengenai integrasi perawatan paliatif di ICU. Proses penulisan dilakukan melalui beberapa tahap.

Identifikasi Topik dan Pencarian Literatur: Topik difokuskan pada integrasi perawatan paliatif untuk pasien kritis di ICU. Pencarian literatur dilakukan secara sistematis menggunakan database akademik (seperti Google Scholar, PubMed) dengan kata kunci: "*palliative care in ICU*", "*end-of-life care in intensive care*", "*good death*". Selain itu, sumber-sumber lain yang relevan juga digunakan seperti buku teks keperawatan dan kebijakan pemerintah Indonesia

Analisis dan Sintesis: Data yang terkumpul dianalisis secara kualitatif untuk mengidentifikasi tema-tema kunci, seperti

urgensi perawatan paliatif dan terwujudnya *good death*. Sintesis dilakukan dengan memadukan temuan dari berbagai sumber untuk membangun argumentasi yang koheren dan mendalam.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Urgensi dan Dampak Integrasi Perawatan Paliatif di ICU

Hasil tinjauan literatur secara konsisten menunjukkan urgensi dan manfaat nyata dari integrasi perawatan paliatif. Studi oleh Nelson dkk. (2014) memberikan bukti kuantitatif yang kuat bahwa penerapan perawatan paliatif dapat mempersingkat Length of Stay (LOS) di ICU secara signifikan, dari rata-rata 21 hari menjadi hanya 7 hari. Ini bukan hanya mencerminkan efisiensi sumber daya, tetapi juga menunjukkan bahwa pendekatan holistik dapat memfasilitasi transisi perawatan yang lebih lancar, baik menuju pemulihan maupun ke perawatan kenyamanan.

Pengetahuan dan keterampilan klinisi ICU tentang perawatan paliatif dan akhir hayat sangat diperlukan. Kolaborasi klinisi ICU diperlukan dalam melakukan perawatan paliatif dan akhir hayat yang menunjang kualitas hidup pasien. Peran serta pasien dan keluarga dalam perawatan paliatif dan pengambilan keputusan juga ikut andil dalam keberhasilan perawatan paliatif. Dengan demikian, luaran utama yang dihasilkan adalah peningkatan kualitas hidup (quality of life) pasien dan keluarga dan tercapainya *good death* pada pasien *end-of-life* di ICU.

2. Landasan Teoritis dan Kebijakan

Berdasarkan analisis, integrasi yang efektif memerlukan kerangka kerja yang terstruktur. Clarke dkk. (2003) mengidentifikasi tujuh domain *end-of-life care* di ICU yang juga menjadi domain perawatan paliatif:

1. Pengambilan keputusan yang berpusat pada pasien dan keluarga.
2. Komunikasi yang efektif antara tim kesehatan dengan pasien maupun keluarga.

3. Kesenambungan perawatan.
4. Dukungan emosional dan praktis bagi keluarga maupun pasien.
5. Penatalaksanaan gejala dan perawatan rasa nyaman.
6. Dukungan spiritual untuk pasien dan keluarga.
7. Dukungan organisasi bagi klinisi di ICU.

Di Indonesia, landasan hukum telah disiapkan melalui berbagai regulasi seperti Kepmenkes No. 812/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif, Permenkes No. 519/2011 tentang Pengelolaan Akhir Kehidupan, Keputusan Dirjen Bina Upaya Kesehatan No. H. K. 02.04/1966/11 tahun 2011 tentang Petunjuk Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* di rumah sakit, dan Permenkes No. 37/2014 tentang Perawatan yang Sia-sia (*futile*) dan Pengambilan Keputusan. Regulasi ini memberikan panduan dalam menangani isu etik kompleks yang sering dihadapi di ICU.

3. Terwujudnya *good death* pada pasien *end-of-life* di ICU.

Dampak *good death* dapat dilihat dari tiga perspektif: pasien, anggota keluarga, dan tenaga kesehatan profesional. *Good death* ditandai dengan kenyamanan, martabat, dan kepatuhan terhadap nilai-nilai dan preferensi pasien, menawarkan keuntungan substansial bagi semua yang terlibat. Pasien diuntungkan dengan mempertahankan otonomi dan kendali atas perjalanan akhir hidup mereka, mencapai penutupan, dan berdamai dengan kematian mereka, serta merasa dihargai, dihormati, dan dirawat dengan baik. Dari perspektif keluarga, *good death* membawa kepuasan dengan perawatan dan dukacita yang sehat. Keluarga mengalami mengetahui keinginan orang yang mereka cintai dihormati, yang memudahkan proses berduka mereka. Proses berduka yang lebih sehat bagi keluarga dan teman, memungkinkan mereka menemukan penutupan dan kedamaian. *Good death* juga menghasilkan rasa harga diri karena keluarga telah memenuhi tugas kepada pasien. Dampak pada tenaga kesehatan profesional: *good death* menghasilkan kepuasan profesional,

mengurangi kelelahan, dan pertumbuhan profesional. Manfaat bagi sistem perawatan kesehatan juga berupa biaya yang lebih rendah terkait dengan intervensi yang tidak perlu (Hafifah et al., 2025b; Luta et al., 2021; May & Cassel, 2018; Morgan & Gazarian, 2023).

5. Peran Strategis Perawat ICU dalam Implementasi Perawatan Paliatif di ICU

Perawat ICU menempati posisi yang unik dan strategis. The Ad Hoc Task Force on *End-of-life* Care (2008) menekankan kompetensi perawat dalam komunikasi, advokasi, kemampuan mengidentifikasi nilai-nilai pasien dan keluarga, kerjasama interprofesional, mengaplikasikan pengambilan keputusan etik dan legal, pengelolaan terapi, memiliki kompetensi dan sensitivitas lintas budaya, pengelolaan gejala dan kompetensi lainnya. Perawat berperan sebagai:

- Inisiator dan Pemimpin: Memimpin skrining awal, mengidentifikasi kebutuhan paliatif, dan mengadvokasinya dalam tim.
- Komunikator: Menjadi penghubung utama antara keluarga yang cemas dengan dokter.
- Caregiver dan Konselor: Menjalankan manajemen gejala secara langsung dan memberikan dukungan emosional yang konstan.

Dengan kompetensi yang memadai, perawat dapat menjadi katalisator yang menggerakkan seluruh mesin tim interprofesional sehingga meningkatkan kualitas *end-of-life care* untuk membantu pasien mendapatkan *good death*.

KESIMPULAN

Kompleksitas perawatan pasien yang membutuhkan perawatan paliatif dan *end-of-life* tidak sebatas pada masalah fisik saja namun juga masalah psikologis, sosial, spiritual, atau budaya yang hampir setiap hari di hadapi tenaga kesehatan di ICU. Sebagai bagian dari tim interprofesional, perawat ICU diharapkan dapat berperan sebagai pemrakarsa dan pemimpin dalam

pemberian perawatan paliatif, sebagai pemberi informasi, penghubung antar keluarga, dan dokter dan dapat mengatasi masalah emosional pasien, keluarga serta anggota tim interprofessional ICU demi mewujudkan pengalaman *good death* bagi pasien *end-of-life*.

Saran

Bagi Praktisi dan Manajemen Rumah Sakit: Disarankan melakukan sosialisasi dan advokasi mengenai pentingnya perawatan paliatif terintegrasi di ICU dengan mengadakan pelatihan perawatan paliatif untuk seluruh staf ICU.

Bagi Pembuat Kebijakan: Pemerintah dan asosiasi profesi dapat memperkuat regulasi dengan mendorong dan memandu rumah sakit untuk mengadopsi model perawatan paliatif terpadu di ICU, misalnya melalui standar akreditasi.

Bagi Pendidikan Keperawatan: Institusi pendidikan keperawatan perlu mengintegrasikan kurikulum tentang perawatan paliatif untuk mempersiapkan lulusan yang berkualitas.

Bagi Penelitian Selanjutnya: Penelitian lebih lanjut sangat diperlukan untuk menemukan model perawatan paliatif di ICU terutama dalam mewujudkan pengalaman *good death* bagi pasien *end-of-life*.

PENGAKUAN / Acknowledgement

Terima kasih diucapkan kepada semua pihak yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Adams, J.A., Bailey, D.E., Anderson, R.A., Docherty, S.L., 2011. *Nursing Roles and Strategies in End-of-life Decision Making in Acute Care*

Angus, D. C., Barnato, A. E., Linde-Zwirble, W. T., Weissfeld, L. A., Watson, R. S., Rickert, T., & Rubenfeld, G. D. (2004). Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Critical Care Medicine*, 32(3), 638-643.

Campbell, M. L. (2013). *Nurse to nurse: Palliative care* (D. Daniaty, Trans.). Salemba Medika.

Clarke, E. B., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M., Nelson, J., Solomon, M. Z., & Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-of-life Peer Workgroup Members. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 31(9), 2255-2262.

Hafifah, I., Wisarith, W., Ua-Kit, & Ho, B. (2025a). Defining a Good death in the Intensive Care Unit : A systematic review. *Indian Journal of Palliative care*, 1-10.

https://doi.org/10.25259/IJPC_21_2025

Hafifah, I., Wisarith, W., & Ua-Kit, N. (2025b). Factors associated with good death for end-of-life patients in the Intensive Care Unit based on nurses' perspectives: A systematic review. *Intensive & critical care nursing*, 87, 103930.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103930>

Nelson, J. E., et al. (2014). *Integrated palliative care in the ICU: A systematic review and meta-analysis*.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamental keperawatan: Buku 2, Edisi 7*. Salemba Medika.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2014 tentang Perawatan yang sia-sia (futile), penghentian dan penundaan terapi bantuan hidup, penentuan kematian, pengambilan keputusan dan pemanfaatan organ donor*.

Luta, X., Ottino, B., Hall, P., Bowden, J., Wee, B., Droney, J., Riley, J., & Marti, J. (2021). Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: a narrative review of reviews. *BMC palliative care*, 20(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00782-7>.

- May, P., & Cassel, J.B. (2018). Economic outcomes in palliative and end-of-life care: current state of affairs. *Annals of Palliative Medicine*, 7(3). <https://doi.org/10.21037/apm.2018.06.06>
- Morgan, J.& Gazarian, P. (2023). A good death: A synthesis Review of Concept Analyses Studies. *Collegian*, (30)2, 236-246.
- Stites, M. (2013). *Pain assessment and management in the critically ill adult: A systematic review*.
- Suryaty, S. R. (2013). *Kualitas perawatan paliatif pasien kritis di ICU RSUP Dr. Sardjito* [Tesis master, Universitas Gadjah Mada]. UGM Repository.
- The Ad Hoc Task Force on End-of-life Care. (2008). Recommendations for end-of-life care in the ICU. *Society of Critical Care Medicine*.