

BAB 4

PERAN PEKERJA SOSIAL MEDIS KEPADA KLIEN BERDASARKAN DIMENSI KUALITAS HIDUP

Pada bab empat ini diuraikan mengenai temuan lapangan yang selanjutnya dianalisa sesuai dengan tinjauan pustaka yang digunakan. Bagian pertama menguraikan tentang temuan lapangan mengenai pemahaman definisi perawatan paliatif beserta tujuannya, prinsip dan metode Pekerja Sosial Medis (PSM) serta perannya dalam mencapai tujuan perawatan paliatif pada pasien dan anggota keluarga pasien kanker stadium lanjut serta faktor yang menghambat dan mendukung peran PSM dalam menjalankan tugasnya tersebut

4.1 Temuan Lapangan

Pada bagian ini akan dijabarkan temuan lapangan mengenai gambaran informan, definisi dan tujuan paliatif menurut informan, peran PSM dalam perawatan paliatif pada pasien dan anggota keluarga pasien kanker stadium lanjut usia dewasa, dan yang terakhir mengenai faktor yang menghambat dan mendorong peran PSM dalam menjalankan perannya dalam perawatan paliatif pada pasien dan anggota keluarga pasien kanker stadium lanjut.

4.1.1 Gambaran Informan

Informasi mengenai gambaran peran PSM dalam perawatan paliatif pada pasien dan keluarga pasien kanker stadium lanjut berjumlah sepuluh informan, yaitu dua orang PSM, empat anggota tim paliatif baik secara langsung yaitu dua orang dokter dan seorang perawat maupun secara tidak langsung yaitu seorang administrator, lalu dua pasien dan dua anggota keluarga pasien dikarenakan PSM hanya ditugaskan untuk menangani dua pasien selama periode peneliti melakukan penelitian yaitu antara bulan februari hingga juni, informan-informan berikut adalah informan yang memenuhi kriteria yang ditetapkan penelitian. Hal ini terlihat dari gambaran setiap informan sebagai berikut :

4.1.1.1 Informan Pekerja Sosial Medis

1. *Informan An* (PSM 1)

An (38 tahun) merupakan seorang wanita yang berprofesi sebagai Pekerja Sosial Medis (PSM). An merupakan lulusan Sekolah Menengah Pekerja Sosial di Medan yang sekarang menjalani perkuliahan di STISIP Widuri mengambil S1 jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial. An merupakan salah satu dari dua PSM yang menjadi anggota dalam tim paliatif selama kurang lebih 6 tahun. Selain di Unit Layanan Paliatif & Kedokteran Komplementer, An juga menangani pasien-pasien yang menjalani rawat inap dan rawat jalan di Instalasi Rehabilitasi Medis Rumah Sakit Kanker "Dharmais" (IRM RSKD).

2. *Informan Ar* (PSM 2)

Ar (42 tahun) adalah seorang Pekerja Sosial Medis. Ar. Sama seperti An, Ar merupakan seorang wanita yang merupakan lulusan Sekolah Menengah Pekerja Sosial di medan dan merupakan salah satu dari dua PSM yang menjadi anggota dalam tim paliatif selama 5 tahun. Seperti halnya An pula, selain di Unit Layanan Paliatif & Kedokteran Komplementer, Ar juga menangani pasien-pasien yang menjalani rawat inap dan rawat jalan di Instalasi Rehabilitasi Medis RSKD.

4.1.1.2 Informan Tim Paliatif

1. *Informan I* (Administrator)

I merupakan seorang pria yang berprofesi sebagai administrator di Unit Pelayanan Paliatif dan Kedokteran Komplementer dari tahun 2001, yang artinya ialah anggota tim paliatif yang secara tidak langsung terlibat didalam pelayanan kepada pasien dan keluarga pasien, I mempunyai kewajiban untuk mendata semua pasien yang ditangani oleh tim paliatif termasuk dalam soal biaya perawatan. Hanya saja, terkadang I bekerja di luar tugas-tugasnya, seperti memberikan pendidikan paliatif kepada yang bertanya kepadanya, mengurus perlengkapan kedokteran, mengkoordinir kendaraan operasional, dan hal-hal yang bersifat teknis lainnya.

2. *Informan* dokter M (Dokter 1)

Dokter M adalah seorang dokter wanita yang merupakan satu-satunya dokter yang mengenyam pendidikan spesialisasi paliatif. Semenjak kepulangannya dari masa studi di Cina, pada tahun 2009 dokter M menjadi aktif kembali menangani pasien-pasien paliatif di RSKD.

3. *Informan* dokter Ag (Dokter 2)

Dokter Ag merupakan dokter yang relatif muda berusia 39 tahun di RSKD yang sekarang sedang di tugaskan di perawatan paliatif sejak awal tahun 2009. Ia mengikuti pelatihan paliatif terlebih dahulu sebelum melaksanakan tugasnya sebagai dokter paliatif di Rumah Sakit Kanker "Dharmas".

4. *Informan* Ai (Perawat)

Ai merupakan seorang wanita yang berprofesi sebagai perawat yang menjadi kepala bidang perawatan Unit Layanan Paliatif dan Kedokteran Komplementer sejak tahun 2008 di Rumah Sakit Kanker "Dharmas".

4.1.1.3 *Informan* Pasien Paliatif

1. *Informan* ME (Pasien 1)

ME adalah salah seorang dari dua pasien paliatif yang ditangani oleh PSM sepanjang bulan februari hingga mei 2009. Ia adalah seorang wanita berusia 42 tahun yang belum pernah menikah sehingga ia tinggal dengan ibunya serta adiknya di sebuah rumah yang sangat sederhana di bilangan jembatan tiga, tanggerang Pada tahun 2007 akhir, ME divonis bahwa kanker kulit di wajah yang dideritanya tidak dapat disembuhkan lagi karena sudah terlalu besar dan ganas, sehingga ME dirujuk untuk menjalani perawatan paliatif di rumah mulai awal tahun 2008 untuk menghilangkan nyeri dan luka yang semakin membesar dan mengganggu keseharian aktifitas ME. Keluarganya meminta bantuan PSM karena merasa biaya perawatan memberatkan keluarganya untuk menjalani kehidupan sehari-hari.

2. *Informan* EL (Pasien 2)

EL adalah salah seorang dari dua pasien paliatif yang ditangani oleh PSM sepanjang bulan february hingga mei 2009. EL merupakan seorang ibu dari empat anak dan 8 cucu berusia 62 tahun yang aktif mengikuti berbagai kegiatan seperti pengajian, arisan, kegiatan amal, organisasi dan lain sebagainya. EL menderita penyakit kanker serviks (leher rahim) sejak tahun 2008 akhir dan dirujuk oleh dokter primer untuk mengikuti pelayanan perawatan paliatif karena kondisinya sudah semakin menurun pada januari 2009 baik di rawat inap maupun rawat jalan. Dari sudut ekonomi, EL tidak memiliki kesulitan yang berarti, sehingga ini menambah kedalaman informasi dari peneliti. Keluarga EL meminta bantuan PSM karena EL masih belum bisa menerima penyakit kanker serviks yang dideritanya.

4.1.1.4 *Informan* Anggota Keluarga Pasien Paliatif

1. *Informan* Na (Anggota Keluarga 1)

Na adalah adik perempuan kandung dari pasien paliatif yang bernama ME, semenjak penyakit kakaknya semakin parah, Na harus selalu berada di samping ME karena ayah mereka sudah meninggal sedangkan ibunya sudah sangat tua, oleh karena itu ia berhenti bekerja dari pabrik dan hanya mendapat penghasilan dari kedua anaknya yang berjualan mie ayam di sebuah rumah susun serta bantuan-bantuan dari pihak lain untuk biaya hidup sehari-hari serta untuk perawatan kakaknya.

2. *Informan* Sa (Anggota keluarga 2)

Sa merupakan keluarga pasien perawatan paliatif yang merupakan anak perempuan tertua dari pasien perawatan paliatif yaitu EL. Sa berusia 48 tahun dengan 3 anak dan seorang suami, ia memiliki pekerjaan tetap sebagai wiraswasta impor mukenah dan sajadah setelah pensiun sebagai sekretaris direktur utama perusahaan sepatu bata.

4.1.2 Pemahaman mengenai perawatan paliatif

Perawatan paliatif ternyata memiliki beberapa definisi yang terkadang membingungkan sesuai dengan pengetahuan dari berbagai anggota tim paliatif, anggota keluarga maupun dari pihak rumah sakit itu sendiri.. Pengertian ini dipandang dari berbagai sudut, termasuk sudut sosial yang ternyata lebih melihat kepada pelayanan di rumah pasien yang memasuki masa *terminal* (akhir). Pandangan pertama dilihat dari sudut sosialnya ternyata dilihat dari pelayanan perawatan di rumah klien, seperti yang dikatakan oleh An, “Ini kita dilihat dari sudut sosialnya ya.. Menurut saya, definisi perawatan paliatif di rumah sakit kanker itu adalah pelayanan perawatan bagi pasien kanker yang sudah terminal dan dilanjutkan kembali untuk perawatannya di rumah” (An, PSM, April 2009)

Menurut PSM yang kedua yaitu Ar, dirinya lebih menekankan pada anggota tim paliatif yang melakukan kunjungan langsung ke rumah klien sesuai dengan kebutuhan dari klien itu sendiri. Berikut penjelasan dari Ar:

“Perawatan paliatif adalah perawatan yang dilakukan di rumah.. yang dikunjungi oleh satu tim (paliatif) yaitu dokter.. perawat.. fisioterapis bila perlu.. pekerja sosial.. (ahli) gizi dan psikolog. Tapi yang paling rutinnya itu.. yang banyak berkunjung itu dokter sama perawat.. selebihnya apabila pasien memerlukan saja.. jadi dilihat dari masalahnya...” (Ar, PSM, April 2009)

Berdasarkan wawancara dari pihak medis, perawatan paliatif tidak hanya dilaksanakan di rumah, tetapi juga ada rawat inap dan rawat jalan yang dilaksanakan di rumah sakit untuk memperbaiki kualitas hidup:

”Perawatan yang bertujuan untuk memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah-masalah yang berhubungan dengan *terminal ill* melalui prevensi dan menangani di rumah sakit maupun di rumah pasien, mencegah dan mengurangi penderitaan dengan melakukan pendeteksian secara dini terus *assessment* yang akurat dan *treatment* untuk *symptom* (gejala) fisik, psikologis, sosial, dan spiritual” (Dokter M, Tim Paliatif, Mei 2009)

Meskipun RSKD adalah rumah sakit pusat kanker nasional, tetapi di dalam unit perawatan paliatif, penyakit yang ditangani tidak hanya kanker yang memasuki fase terminal saja, tetapi juga penyakit yang lainnya seperti stroke, gula, penuaan, HIV AIDS dan dalam pelayanannya, tergantung dari pihak klien yang memutuskan ingin memakai jasa siapa (profesi) sesuai dengan kebutuhannya:

”Paliatif itu adalah sebuah tim.. didiskusikan bersama sehingga bisa dirangkum dalam wadah paliatif... Biasanya idealnya kita selama ini itu satu dokter dan satu perawat, tapi paliatif tetap fleksibel.. tergantung dari permintaan pasien dan keluarganya.. Penyakit yang ditangani rata-rata semua penyakit, tidak cuma kanker aja.. penyakit AIDS, tua, gula dan stroke” (I, Tim Paliatif, Mei 2009)

4.1.3 Pemahaman mengenai tujuan perawatan paliatif

Sama seperti dalam definisi perawatan paliatif, tujuan dari perawatan paliatif juga memiliki beberapa definisi yang memiliki inti yang sama, yaitu meningkatkan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga pasien. Hanya saja, dari tim perawatan paliatif tersebut memiliki beberapa pandangannya masing-masing, ini dapat dilihat dari pandangan PSM dan dokter mengenai tujuan perawatan paliatif yang intinya adalah bertujuan untuk melibatkan keluarga dalam pencapaian kualitas hidup. Dari pandangan PSM, sesuai dengan yang diungkapkan oleh An, ”Tujuannya adalah untuk melibatkan keluarga dengan pasien didalam pencapaian proses pengobatan tersebut” (An, PSM, April 2009). Sedangkan dari sisi dokter, tujuannya lebih dalam meningkatkan kualitas hidup klien, ”Tujuannya ialah untuk meningkatkan kualitas hidup dari pasien dan keluarga pasien” (Dokter M, Tim Paliatif, Mei 2009)

Bila terdapat kasus dalam menghadapi seorang anggota keluarga yang menderita penyakit kanker stadium lanjut dan anggota keluarga pasien tersebut tidak dapat menerimanya dengan ikhlas, sehingga perawatan paliatif itu bertujuan

untuk mempersiapkan anggota keluarga untuk menerima kondisi pasien. Seperti yang ditekankan oleh Ar:

”Pertama.. tujuan dibuatnya paliatif karena mengharapkan pengobatan di rumah sakit kan gada lagi harapan.. tujuannya untuk memperbaiki kualitas hidup. Apa yang bisa dilakukan oleh tim selama sisa waktunya hidup.. dari sisi rohani juga dilibatkan itu rohaniawan tapi jarang.. Bukan pasien saja, kita (tim paliatif) juga mempersiapkan keluarga, jadi kualitas hidup dan mempersiapkan keluarga. teradang keluarga juga dilihat dari kondisi pasien yang sudah jelek tapi belum tentu siap dengan apa yang terjadi dengan pasien” (Ar, PSM, April 2009)

Dari sudut medisnya, perawatan paliatif bukan bertujuan untuk menyembuhkan penyakit klien melainkan bertujuan untuk menghilangkan nyeri maupun luka atau hal-hal yang bersifat medis lainnya, tetapi tidak hanya itu saja, perawatan paliatif juga mencakup gangguan mental dan kejiwaan. I dan dokter Ag menegaskan perawatan paliatif selain mengatasi nyeri pasien ternyata terdapat tugas khusus yaitu melanjutkan program dari dokter primer (dokter yang bertugas di Rumah Sakit Kanker ”Dharmas”), meskipun pasien tersebut belum masuk dalam masa *terminal* atau akhir:

”Untuk menghilangkan nyeri ya intinya.. segalanya tapi bukan hanya kankernya lagi.. misalnya tabrakan yang disini yang dilihat adalah luka luar luar dalam tapi kan enggak hanya itu aja... gara-gara dia tabrakan, bisa jadi dia trauma naik motor.. psikologi masuk.. memberikan *support*.. pada saat rawat inap di rumah sakit atau rawat jalan di rumah.. misalnya di bidang paliatif.. karena paliatif adalah suatu kondisi dimana tidak berdaya lagi.. ada luka.. tapi luka fisik maupun mental itu kan butuh waktu.. ada yang cepet ada yang lama” (I, Tim Paliatif, Mei 2009)

”Perawatan paliatif bukan proses penyembuhan... misalnya ada pasien yang belum diputuskan untuk masuk paliatif, tetapi dokter primernya meminta

perawatan homecare ..artinya dokternya minta perawatan dirumah.. membantu programnya karena banyak nya waiting list di rumah sakit padahal obat dan infus enggak boleh putus.. sehingga meminta konsul ke kita (Tim paliatif) untuk perawatan homecare sambil menunggu kamar kosong” (Dokter Ag, Tim Paliatif, Mei 2009)

Dalam melakukan perawatan paliatif, baik rawat inap, jalan dan rumah, tim perawatan paliatif yang secara langsung terlibat di dalam pelayanan terbagi ke dalam berbagai tugas sesuai dengan profesinya masing-masing termasuk didalamnya adalah PSM yang menangani sosial ekonomi pasien dan anggota keluarga pasien.

“Dokter memeriksa kondisi fisik pasien, tapi tindakan yang selanjutnya kita lakukan bukan untuk menyembuhkan pasien namun untuk meringankan gejalanya, kan biasanya nyeri-nyeri pada bagian tubuh yang terkena kanker. Lalu.. Perawat paliatif, membantu Dokter melakukan pemeriksaan dan perawatan fisik kepada pasien. Kalau PSM menangani masalah sosial dan ekonomi yang dihadapi pasien. Contohnya bantuin ngurus asuransi kesehatan untuk membayar perawatannya.. Ahli gizi, menangani nutrisi yang diperlukan pasien. Rohaniawan, memberikan bimbingan spiritual kepada pasien agar dapat menerima keadaannya dengan ikhlas...dengan memberikan penjelasan dari sisi agama, biasanya mereka berdoa bersama dan mendengarkan pengakuan kesalahan pasien. Di sini sebenarnya juga ada terapisnya untuk memaksimalkan fungsi tubuh pasien.. seperti fisioterapis, okupasi terapis yang sewaktu-waktu harus *stand by*” (Dokter M, Tim Paliatif Mei 2009)

4.1.4 Prinsip-prinsip Pekerja Sosial yang digunakan oleh PSM dalam melaksanakan tugasnya

Pada umumnya, dalam relasi bantuan antara pekerja sosial dengan klien ada prinsip-prinsip dasar dalam pekerjaan sosial yang harus diperhatikan oleh pekerja sosial. Hal ini perlu dilakukan agar pasien dan anggota keluarga pasien dapat merasa nyaman dengan pekerja sosial sehingga pencapaian tujuan perawatan

paliatif dapat berjalan dengan baik. Prinsip-prinsip yang digunakan oleh kedua PSM di dalam menjalani tugasnya di perawatan paliatif RSKD antara lain adalah penerimaan (*acceptance*) yaitu menerima keadaan klien tanpa syarat, komunikasi (*communication*), dan kerahasiaan (*confidentiality*) yaitu menjaga kerahasiaan klien dengan sebaik-baiknya.

”Saya disini menerapkan prinsip penerimaan, maksudnya menerima pasien. Menerima ini tidak melihat agama atau apapun agar meningkatkan kepercayaan diri pasien, keluarga dan pekerja sosial itu.. sehingga si pasien atau keluarga lebih mudah bercerita...Ada juga komunikasi, artinya melibatkan pasien dan keluarganya.. seperti wawancara.. melibatkan pasien dan anggota keluarga dan juga kerahasiaan, yaitu harus memegang teguh kerahasiaan.. kita simpan rahasianya.. cukup kita (PSM) yang tahu” (An, PSM, April 2009)

Tanpa disadari, PSM secara tidak langsung melaksanakan prinsip mengenai perasaan akan hubungan PSM dengan klien, hal tersebut dinamakan prinsip kesadaran diri (*self-awareness*) yaitu tidak memperlihatkan perasaan sebenarnya kepada klien karena ingin menjaga perasaan klien tersebut dalam memberikan pelayanan bantuan.

”...Ada prinsip kerahasiaan.. lalu ada penerimaan.. kita enggak bisa bersikap sama dengan teman-teman kita, kita harus yakinkan dia (pasien dan anggota keluarga pasien) bahwa rahasia itu modal untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi sikap kita (PSM) itu modal. Saat berhadapan dengan pasien, anggota keluarga pasien dengan lingkungan, tidak boleh larut dalam keadaan.. kesedihan yang mereka hadapi.. bagaimana upaya kita (PSM) kita cari hiburan.. jangan sampai terlihat oleh pasien” (Ar, PSM, April 2009)

4.1.5 Metode atau strategi Pekerja Sosial yang digunakan oleh PSM

Didalam melakukan intervensi kepada klien, seorang PSM dapat menyediakan informasi, meningkatkan komunikasi, meningkatkan rasa percaya diri, menyediakan sumber daya serta membantu keluarga yang membutuhkan semangat dan pertolongan dari PSM, tetapi semua hal tersebut juga memiliki

metode Pekerja Sosial yang juga di lihat dari kebutuhan klien tersebut, apakah intervensi secara individu, pertemuan keluarga atau kelompok. Khusus untuk pasien kanker stadium lanjut, metode yang digunakan adalah metode individual. Seperti yang dikatakan oleh Ar, "...Metodenya lebih bersifat individual ya... jadi lebih ke wawancara masing-masing pasien dan anggota keluarga pasien" (Ar, PSM, April 2009)

Teknik yang digunakan PSM dapat dikatakan cukup sederhana karena dalam melaksanakan tugasnya, mereka menggunakan cara yang sederhana tetapi efektif dan tepat sasaran. Dari hasil observasi juga menunjukkan bahwa PSM mengutamakan obrolan serta tanya-jawab yang bersifat santai

"Kita tidak punya teknik macam-macam ya.. kita ikutin alurnya aja, apa maunya pasien.. keinginan keluarga mengarahkan dia untuk bagus ya kita cari tekniknya seperti apa. Pelajari sifat pasien, keluarga dan lingkungan sekitarnya.. kalau sudah tau, kita mencari kelemahannya dimana.. keinginannya dimana.." (Ar, PSM, April 2009)

Untuk beberapa kasus pasien HIV AIDS yang ditangani oleh PSM, mereka menggunakan metode kelompok karena dalam menangani pasien HIV, tidak hanya peran dari pasien itu sendiri yang harus ditekankan, tetapi juga dari orang terdekat pasien. Sesuai dengan penuturan An:

"Kalau saya selama ini yang saya gunakan itu metodenya itu yang individu karena saya lihat kebutuhan pasien itu lebih khusus.. lebih dekat ya kalau saya lihat.. saya lebih sering memakai metode ini karena memudahkan saya untuk observasi untuk wawancara, lebih mudah untuk mendapatkan informasi memecahkan permasalahan yang ditemukan baik pasien dan anggota keluarga pasien lebih mudah. Kecuali dengan kasus tertentu seperti pasien HIV AIDS memakai individu dan kelompok, karena harus melibatkan diri dengan pak RT waktu itu, karena pasien paliatif itu bisa HIV.. tetapi untuk kanker selalu memakai yang individu terhadap pasien dan anggota keluarga" (An, PSM, April 2009)

4.1.6 Pasien dan anggota keluarga pasien yang menjalani perawatan paliatif di Unit Layanan Paliatif dan Kedokteran Komplementer Rumah Sakit Kanker "Dharmais" (ULP&KK RSKD)

4.1.6.1 Pasien dan anggota keluarga pasien paliatif yang menjalani rawat inap

Berdasarkan hasil pengamatan, pasien paliatif rawat inap didalam unit layanan paliatif adalah pasien yang membutuhkan pengobatan dari dokter primer dan membantu mempersiapkan pasien untuk pulang kerumah pasien, karena persiapan untuk dapat menjalani perawatan paliatif tentunya juga membutuhkan waktu dan bantuan dari pihak tim perawatan paliatif. Hal tersebut dikatakan oleh dokter Ag dan juga penuturan dari An, bahwa PSM biasanya akan bertindak dalam upaya mempersiapkan pasien dan anggota keluarga pasien untuk menjalani rawat rumah:

"Rawat inap itu lebih tertata,, lebih enak tentunya,, kita ngeliat air seni-nya berapa banyak, obat-obatannya dan itu dicatat... kalo pasang lewat pembuluh darah kan beresiko.. tidak butuh perawat,, tapi informasi data tidak sebgas bila dirawat inap.. misalnya terkadang keluarga tidak mencatat berapa cc air seni yang dikeluarkan" (Dokter Ag, Tim Paliatif, Mei 2009)

"Sebenarnya bila rawat inap, itu kan.. pada dasarnya dirawat di rumah sakit oleh dokter primernya, yang di serahkan ke paliatif bila pasien sudah tidak bisa disembuhkan.. jadi PSM terlibat setelah itu.. biasanya kami mempersiapkan pasien menuju rumah pasien" (An, PSM, April 2009)

4.1.6.2 Pasien dan anggota keluarga pasien paliatif yang menjalani rawat rumah

Bagi PSM, perawatan paliatif lebih diketahui sebagai perawatan di rumah pasien dibandingkan di rumah sakit. Dalam menjalani perawatan paliatif tersebut, Pekerja Sosial Medis mendapat rujukan dari pihak medis terlebih dahulu sebelum melaksanakan tugasnya. Ini tidak hanya berlaku untuk pasien rawat rumah, tetapi begitu pula dengan pasien rawat inap dan jalan.

”Ya.. mungkin pertama mendapatkan rujukan ya.. rujukan dari dokter bahwa pekerja sosial ini ikut.. artinya dilibatkan di dalam tim ini.. gitu ya,, lalu disana pekerja sosial melihat dari sudut sosial, dari sudut keluarganya juga, lingkungannya, semua.. banyak hal yang bisa dilihat ya,, seperti juga wawancara, observasi segala untuk keluarga dan pasien.. lalu, setelah bisa mengintervensi, bahwa si pasien ini ada masalah dari sudut sosial atau ekonomi lalu kita melibatkan dan bekerjasama dengan keluarga.. entah itu keluarga inti atau keluarga besarnya si pasien tersebut.. lalu lingkungan juga berperan.. artinya si pasien dengan sakit lalu membutuhkan semangat mungkin bentuknya juga mungkin komunitas tetangganya pasien itu baik .. sampaikan ke tetangganya itu,, mungkin bisa berkunjung bahwa lalu,, sebagai pekerja sosial ini melihat kebutuhan pasien dan melihat keadaannya” (An, PSM, April 2009)

Khusus untuk perawatan paliatif rawat rumah (Hospice home care) Pasien dan keluarga pasien menerima perawatan dan pelayanan paliatif di rumah. Tim paliatif akan melakukan pelayanan selama 24 jam penuh dirumah pasien. Tetapi, menurut staff lembaga selama ini, belum pernah ada pasien atau anggota keluarga pasien meminta PSM untuk ikut menginap menjaga pasien maupun anggota keluarga pasien di dalam rumahnya dengan alasan bahwa yang lebih dibutuhkan adalah tim medis dan juga berhubungan dengan jumlah biaya yang dikeluarkan, karena biaya untuk memperkerjakan perawat untuk menjaga klien tentunya biayanya lebih mahal.

”Selama ini memang belum pernah ada pasien dan anggota keluarga pasien yang meminta PSM untuk rawat rumah.. biasanya perawat. Mungkin karena mereka berpikir untuk apa mengeluarkan biaya untuk mengobrol aja.. ya tentu saja tidak... jadi sebenarnya bisa aja PSM mengikuti rawat rumah.. tetapi hingga saat ini, belum ada permintaan menginap dari pasien.. karena segala sesuatunya disesuaikan dengan permintaan pasien..” (I, Tim Paliatif, Mei 2009)

”Iya,, karena biasanya perawat... intinya kan tujuan dari perawatan paliatif itu bertujuan untuk kualitas hidup secara psikososial disitulah PSM masuk pada saat rawat inap dan kunjungan ke rumah, bukan bertugas 24 jam” (Dokter M, Tim Paliatif, Mei 2009)

4.1.6.3 Pasien dan anggota keluarga pasien paliatif yang menjalani rawat jalan

Rawat jalan adalah pasien dan keluarga pasien yang menerima perawatan dan pelayanan paliatif dengan melakukan kunjungan secara berkala ke Poli Layanan Paliatif di Rumah Sakit Kanker “Dharmais”. Pelayanan dan proses layanan yang diberikan PSM pada pasien rawat jalan pun sama saja dengan jenis perawatan yang lainnnya.

”Sama saja.. PSM dan anggota tim paliatif yang lain tidak membeda-bedakan jenis perawatan pada pasien dan anggota keluarga pasien... yang berbeda hanya tempat dan waktu pelayanannya saja” (Ai, Tim Paliatif, Mei 2009)

4.1.7 Peran PSM dalam dimensi kondisi fisik pasien dan anggota keluarga pasien

Terdapat 10 kualitas hidup untuk pasien dan anggota keluarga pasien yang menjadi acuan dalam mencapai tujuan perawatan paliatif RSKD. Kualitas hidup yang pertama adalah dimensi kondisi fisik. Berdasarkan hasil observasi, kondisi fisik yang dimaksud dalam perawatan paliatif ialah kondisi yang tidak mengalami rasa nyeri dan luka-luka akibat penyakit yang diderita pasien.

4.1.7.1 Peran PSM kepada pasien

PSM tidak memiliki peran apapun dalam dimensi kondisi fisik pasien dan anggota keluarga pasien pada rawat inap, karena berbeda dengan rawat rumah, di rumah sakit segala fasilitasnya telah tersedia dan yang mengerjakan segala hal yang berhubungan dengan kondisi fisik pasien (Biologis) adalah dokter dibantu dengan perawat. Ar menuturkan, ”Kondisi fisik,, tanggung jawab medis ya kalau di rawat inap kita tidak melakukan apa-apa karena itu telah menjadi tanggung jawab dokter dan perawat. Walaupun kita terlibat di dalamnya (Sebagai tim paliatif)” (Ar, PSM, April 2009). Dokter Ag yang termasuk dalam tim medis

menyatakan bahwa hal-hal yang berhubungan dengan kondisi biologis seseorang tentunya harus diserahkan kepada tim medis:

”Sekarang kalau mau pasang infus dan pemakaian obat-obat harus orang medis.. fisioterapi kita tuh masuknya disitu.. sekarang kalo sesek, apakah cukup dengan oksigen? Membantu mengeluarkan dahak... obat-obatan itu kan dalam pemakaiannya harus di evaluasi.. obat nyeri ya.. tidak bisa memakai obat nyeri biasa, kalau bukan orang biasa mana berani... harus orang medis, resep kita aja kalau apotiknya tidak kenal kita (dokter), mereka kadang-kadang tidak mau memberi obat..” (Dokter Ag, Tim Paliatif, Mei 2009)

Hal yang sama juga diungkapkan keluarga pasien, untuk kualitas hidup pada dimensi kondisi fisik, memang tim medis yaitu dokter, perawatlah yang lebih berperan dalam proses penghilangan rasa nyeri dan luka pasien,

”Aku pikir kalau dokter lebih detail ke pengobatan.. obat-obatan, dia bisa memberikannya. Perawat juga mengerti tapi ada batasan-batasannya yang boleh dia berikan.. dia tidak boleh kan sembarangan.. kalau dokter lebih ke medis. Perawat lebih ke keperawatan orang.. dia tahu.. dia memberi obat berdasarkan izin dokter. Suntik dan ambil darah perawat juga bisa... tapi obat harus izin dokter untuk mamaku ya.. Kalau yang lainnya paling pak I (administrator) terkadang memberikan informasi mengenai jumlah harga, dosis dan efek samping setiap obat pada saat saya ke rumah sakit” (Sa, Anggota Keluarga Pasien, Mei 2009)

4.1.7.2 Peran PSM kepada anggota keluarga pasien

Khusus untuk anggota keluarga pasien, PSM memiliki sedikit peran dalam dimensi kondisi fisik yaitu memberikan informasi mengenai obat-obatan yang digunakan serta mengingatkan pihak keluarga pasien untuk terus rutin memberikan obat ke pasien sesuai jadwalnya. Para Pekerja sosial Medis sepakat mengenai hal ini:

”Pekerja sosial itu secara medis bisa dilihat dari ini ya.. mengingatkan obat, obat itu kan pertama dokter menjelaskan ke keluarga, nanti kan perawatnya otomatis akan memberikan kan dari situ akan sampaikan edukasi ke ayahnya (pasien) mengenai dosis obat, efek samping, sampaikan ke bapak (pasien) untuk minum obat itu pihak keluarga telfon boleh, ketika dia datang kunjungan” (An, PSM, April 2009)

”..Keluarganya kita ingatkan untuk ikut terlibat dalam perawatan pasien, mengingatkan pasien untuk memakan obat, membantu melatih si pasien mungkin hari ini yang dibutuhkan hanya dokter dan perawat saja.. kita cukup menghubungi via telfon.. mengingatkan saja untuk mengingatkan pasien untuk memakan obat..” (Ar, PSM, April 2009)

Ada juga peran PSM lainnya, yaitu memperhatikan hal-hal yang harus di ingat dalam pelayanan di rumah apabila tim paliatif selesai melakukan kunjungan ke rumah pasien. Seperti yang diungkapkan Sa, ”Kalau ke aku biasanya hanya bertanya mengenai hal-hal di rumah yang harus diperhatikan nantinya” (Sa, Anggota Keluarga Pasien, Mei 2009)

4.1.8 Peran PSM dalam dimensi kemampuan fungsional (aktifitas) pasien dan anggota keluarga pasien

Menurut hasil observasi, beberapa contoh kemampuan fungsional yang dimaksud dalam perawatan paliatif ialah duduk, tidur, makan, berjalan, bermain, berbicara, berlari dan kemampuan fungsional lainnya yang merupakan kebutuhan dasar manusia dalam menjalankan hidup sehari-harinya untuk dapat berinteraksi dengan sesamanya. Pada dimensi ini yang lebih berperam adalah profesi fisioterapis yang mengkhususkan diri pada pergerakan tubuh klien sehari-hari.

4.1.8.1 Peran PSM kepada pasien

Berdasarkan hasil pengamatan, pada rawat inap, kinerja PSM lebih ditekankan kepada mendampingi pasien dalam ruangan rawat inap untuk sekedar berdiskusi, karena pasien merasa jenuh bila terus-menerus harus beristirahat di dalam kamar

sehingga terkadang memerlukan teman untuk berbicara agar melatih cara berbicara, bila sedang tidak ada yang menjenguk pasien tersebut. Hal tersebut juga didukung oleh pernyataan EL:

”Iya... saya kan orangnya senang bertanya yaa... jadi kalau ada PSM saya ada teman ngobrol.. saya jadi senang bertanya... sekalian menambah ilmu... misalnya saya bertanya bagaimana kondisi saya sejauh ini, cara-cara dapat selalu bahagia dan tidak terlalu memikirkan sakit saya ini yaa... terkadang saya capek juga lho sakit-sakitan seperti ini, biasanya saya aktif dalam berkegiatan dan macem-macem yaa.. mereka (PSM) sangat informatif... saya banyak belajar dari mereka” (EL, Pasien Paliatif, Mei 2009)

PSM juga memberikan semangat serta hiburan yang dibutuhkan pasien agar dapat lebih menerima keadaan pasien sekarang yang berbeda dengan saat sebelum menderita penyakit kanker. Hiburan ini dapat berupa hiburan yang dapat membuat pasien beraktifitas, seperti menyanyi, menggambar, melukis, dan lain sebagainya.

“...Kan banyak kasus-kasus pasien kanker yang sudah *terminal* ya,, umumnya yang di paliatif kan *terminal*.. artinya si pasien sudah tidak berfungsi. Kadang-kadang sebagai pekerja sosial itu juga langsung memberikan *spirit*... kita memberikan hiburan,, kadang-kadang mengajak pasien ngobrol mengenai masa lalunya..” (An, PSM, April 2009)

4.1.8.2 Peran PSM kepada Anggota keluarga pasien

Untuk anggota keluarga pasien, praktis tidak mendapat pelayanan terapi karena bila anggota keluarga pasien mendapatkan pelayanan terapi, maka secara otomatis anggota keluarga pasien tersebut berubah statusnya menjadi pasien. Anggota keluarga pasien hanya membantu PSM dalam memberikan bantuan kepada pasien pada pelaksanaan kegiatan tersebut. PSM juga menjadi perantara antara klien dengan tim paliatif.

”Mengajak keluarga untuk terlibat langsung dengan pekerja sosial.. nanti bapaknya (pasien) hobinya apa? Hobinya misalnya menggambar.. jadi kita

bahwa alat-alatnya dari rumah sakit.. tapi sebelum kita bawa, kita harus tau apa hobinya... Artinya sarananya.. kita siapkan.. nantikan alatnya bisa kita tinggal di sana.. nanti kita lihat gambarnya apa, kesan-kesan yang tertulis, lalu kembali ke rumah sakit dibawa ke dokter, nanti ia akan menjelaskan artinya apa.. lalu kita kembali lagi ke pasien untuk memberitahukan apa arti gambar yang tadi digambar” (An, PSM, April 2009).

4.1.9 Peran PSM dalam dimensi kesejahteraan keluarga pasien dan anggota keluarga pasien

Menurut hasil pengamatan, yang di definisikan sebagai kesejahteraan keluarga sebagai suatu kualitas hidup manusia adalah keadaan anggota keluarga yang lain dalam menjalani perawatan di rumah sakit maupun di rumah dalam hal sosial dan ekonominya. Kesejahteraan keluarga ini dipandang dari sudut pandang pasien, maka kesejahteraan keluarga yang dimaksud adalah kondisi kesejahteraan anggota keluarga pasien yang merawatnya sehari-hari termasuk dari adanya beban dalam hal pembiayaan perawatan, intinya ialah mencegah keluarga menjadi tidak sejahtera karena ada yang menderita penyakit.

4.1.9.1 Peran PSM kepada pasien

PSM baru akan bertugas dalam dimensi kesejahteraan keluarga klien saat tim medis sedang memeriksa kondisi fisik dari pasien. Sehingga PSM memiliki waktu banyak untuk mewawancarai pasien untuk menanyakan mengenai keluarga pasien. Jadi peran PSM lebih kepada eksplorasi kebutuhan klien agar mengetahui tingkat kesejahteraannya seperti apa. Seperti yang diungkapkan perawat selaku salah satu tim paliatif:

“Biasanya kami Paling liat dari pemeriksaan medisnya juga, kalo pasiennya kira-kira butuh perawatan atau pelayanan selain perawatan fisik, misalnya butuh pelayanan sosial-ekonomi, yaa kita rujukin ke PSM kalau pasien ini perlu ketemu sama PSM, baru nanti PSM yang akan menangani masalah sosial ekonomi pasien dan kalau perlu anggota keluarga pasien juga. Jadi ada dokter, perawat, PSM, Terapis, Rohaniawan, Gizi juga” (Ai, Tim Paliatif, Mei 2009).

Khusus untuk pasien tidak mampu, PSM mengusahakan penjemputan pasien dan anggota keluarga yang harus menjalani rawat inap di rumah sakit agar pengobatannya dapat berjalan dengan lancar dan pasien pun dapat menikmati pelayanan dari pekerja sosial.

”Transport satu kali.. pelayanannya ya bagus ... saya ucapkan terimakasih sama orang-orang dharmais.. PSM, dokter, suster.. baik semuanya pokonya saya engga kecewa” (ME, Pasien Paliatif, Mei 2009)

Terkadang tim medis mau tidak mau harus mengambil peran PSM karena itu merupakan salahsatu cara untuk memaksimalkan kinerja dari tim paliatif itu sendiri, terkadang pasien menanyakan secara langsung ke dokternya atau perawatnya tanpa diketahui oleh PSM.

”Pekerja sosialnya itu.. kan begitu komplek ya,, kadang-kadang ada hal-hal yang enggak bisa diceritakan itu.. contohnya soal biaya dan sebagainya.. gitu-gitu kan kita enggak sampai... kadang-kadang kita juga terlibat disitu, hubungin jamkesmasnya.. gimana pasiennya” (Dokter Ag, Tim Paliatif, Mei 2009)

Menurut pasien, tim paliatif yang merawatnya merupakan tim yan bekerja dengan maksimal sehingga ia merasa sangat berterimakasih PSM dan tim paliatif lainnya mau membantu pasien. Berikut pernyataan ME:

”Yaa,, bisa pengobatan.. tanpa pelayanan ibu Ar (PSM) disini engga bisa pengobatan kan? Sampai saat ini, saya kan uda berapa kali adik saya dibantu obatnya.. diperjuangkan.. tanpa ibu Ar, aga susah kan perjalananya... lancar... bisa makan obat,, bantuin urusin jamkesmas... SKTM (Surat Keterangan Tanda Miskin), makanya saya berterimakasih banget... puji tuhan.. ada perjalanan yang gimana ya.. dari sisi pengobatannya...bener-bener luar biasa,, diperatiin sekali dari saya sakit sampai sekarang... apalagi dokter-dokter nya baik semua tanpa memandang saya orang susah.. bener-bener saya terimakasih banget, bener-bener bermanfaat” (ME, Pasien Paliatif, Mei 2009)

4.1.9.2 Peran PSM kepada Anggota keluarga pasien

Pelayanan PSM diarahkan kepada bantuan anggota keluarga pasien mengenai ketidakmampuan ekonominya yang membutuhkan bantuan dari berbagai pihak termasuk menyekolahkan anak pasien, memberikan ongkos untuk ke rumah sakit dan pulang dari rumah sakit. Hal ini dituturkan oleh Ar, "Memperbaiki segi ekonomi tapi dari segi sosial tertolong meskipun dukungan dari keluarga didapat.. butuh ongkos, itu yang kita supply.. menyekolahkan anaknya... tapi bantuannya belum tentu sama" (Ar, PSM, April 2009)

"Kalo saya.. cuma yang saya rasakan ya,, begitulah,, baik sekali,, semuanya mudah dari dulu sampe sekarang ga pernah merasa kesulitan karena adanya bantuan materi dan non materi ini...perubahannya dari sebelum dilayani yaa sekarang menjadi lebih mudah"(Na, Anggota Keluarga Pasien, Mei 2009)

Seperti halnya pelayanan ke pasien, terkadang tim medis mau tidak mau harus mengambil peran PSM karena itu merupakan salahsatu cara untuk memaksimalkan kinerja dari tim paliatif itu sendiri, terkadang pasien menanyakan secara langsung ke dokternya atau perawatnya tanpa diketahui oleh PSM.

"Sejujurnya.. sering konflik.. contohnya pasien yang tidak diurus oleh keluarganya... karena tidak ada transportasi.. kita jemput dia pake ambulans... tapi pernah ada kasus.. mobilnya tidak ada.. program pasien jadi ditunda,, yang begitu-begitu kan sebenarnya di luar medis.. tapi ya.. mau ga mau .., sejujurnya kita ga mampu untuk melakukan itu... karena kurang menguasai ya,, yang di urus engga hanya itu.. kita yang pikirkan.. ya medisnya aja yang kita tanganin,, tapi mau ga mau hasilnya ga maksimal... akibatnya ga jadi dijemput.... ya uda kalo begitu ya dibatalin. Seperti itu kan diluar kemampuan kita.. sebisa kita.. tapi maksimalnya kita kan susah dievaluasi,, karena memang ga di bagian itu... kalo di bagian medis bisa dievaluasi... kalo soal yang sosial-sosial gitu, kita kan tidak mengetahui evaluasinya bagaimana... harusnya pasien nya bisa dijemput.. karena apa... mungkin juga karena linknya ga pas,, harusnya yang ini nih bukan kita karena ada bagian sendiri.. daripada sama sekali engga" (Dokter Ag, Tim Paliatif, Mei 2009)

4.1.10 Peran PSM dalam dimensi kesejahteraan emosi pasien dan anggota keluarga pasien

Berdasarkan hasil observasi, kesejahteraan yang dimaksud adalah ditujukan kepada baik pasien maupun anggota keluarga pasien agar dapat menerima penyakit yang dideritanya serta memiliki emosi yang tenang serta terus berjuang melawan rasa sakit dan tidak mudah putus asa dan harapan

4.1.10.1 Peran PSM kepada pasien

Menurut EL, PSM memberikan social support (dukungan sosial) yang berguna untuk meningkatkan kualitas hidup yang tadinya menurun karena menderita penyakit yang mematikan dan yang tadinya tidak menerima penyakit yang dideritanya, setelah di intervensi oleh PSM, maka EL dapat menerima penyakit tersebut.

”Manfaatnya ya itu tadi... sungguh bermanfaat ya... apalagi saya merasa diperhatikan.. lalu... di semangati.. terus diberikan dukungan-dukungan.. senyuman... saya jadi merasa happy begitu... manfaat yang lain.. saya jadi... dapat menerima penyakit kanker ini, tadinya sebelum berbincang dengan PSM, saya sangat sedih dan males ngapa-ngapain.. Saya sangat berterima kasih dengan kinerja PSM” (EL, Pasien Paliatif, Mei 2009)

ME berpendapat bahwa PSM aktif dalam memberikan dukungan dan semangat kepada pasien agar tidak putus asa dalam menjalani perawatan paliatif. Dukungan dan semangat tersebut sungguh dibutuhkan untuk membuat pasien tenang dan dapat menghadapi penyakit kanker tersebut dengan lapang dada.

”Iya bener, nasehat-nasehat.. Ibu Ar berkata begitu.... makan obat.. luar biasa,, bener... tadinya sudah tidak semangat, terus-menerus disemangatin....padahal tidak bisa makan pakai sendok, semuanya di jus... pakai sedotan saja susah.. saya sampe turun 40 kilo.. iya, pokoknya saya bangga sekali.. berterimakasih sekali...” (ME, Pasien Paliatif, Mei 2009)

Untuk dimensi kesejahteraan emosi pasien, seperti halnya dimensi kesejahteraan keluarga, PSM juga kadangkala terbentur dengan kinerja dokter dan perawat yang juga melakukan pelayanan dalam kesejahteraan emosi pasien dan anggota keluarga pasien karena pernah mempelajari psikiatri (ilmu kejiwaan) dan rasa manusiawi setiap insan manusia, berikut hasil wawancara kepada kedua dokter paliatif:

“Selama ini sie,, diluar medis,, secara umum... Mengembalikan kepercayaan diri pasien.. memotivasi.. saya. Cuma liat dari Ibu Ar seperti itu,, paling... dia seperti motivator aja.. jadi meningkatkan kepercayaan diri pasien ininya aja.. apa namanya.. dari sisi nonmedis... berhubungan dengan keluarga, lingkungannya, hubungan sosial pasiennya.. lingkungan sekitar dia gitu.. jadi di situ PSM berperan.. seperti lingkungan rumahnya... keluarga dengan tetangganya.. dia dengan keluarganya,, dia dengan tetangganya,, perannya disitu,, tapi akhir2 ini jarang,, spiritualnya kita kalo menjelang *end of life* nya.. kita dapet pasiennya yang teminal semua.. kalo ada pasien... kemaren yang sering-seringnya itu yang mau meninggal semua... engga bisa, sulit dinilai” (Dokter M, Tim Paliatif, Mei 2009)

”Emosional pasien.. ya.. sejujurnya saya kurang berpengalaman.. paling tidak, saya manfaatkan sifat manusiawi saya,, saya juga bergaul sebagai manusia biasa.. punya pengalaman dan empati. Kita juga sering curhat dan dicurhatin orang. Ya kita maksimalkanlah.. dalam ilmu medis kita juga mempelajari yang namanya ilmu psikiatri, yaitu ilmu kejiwaan” (Dokter Ag, Tim Paliatif, Mei 2009)

4.1.10.2 Peran PSM kepada Anggota keluarga pasien

Untuk dimensi kesejahteraan emosi anggota keluarga pasien, PSM tidak terbentur dengan kinerja tim medis karena keluarga pasien lebih cenderung menceritakan kondisi emosionalnya kepada PSM yang non medis dibandingkan dengan tim medis. Sehingga disini PSM lebih kepada mendampingi anggota keluarga pasien agar dapat menerima kondisi dari pasien.

“Kalau emosi, pasien kan sebagai klien kita sebagai perkerja sosial menenangkan,, untuk pendampingan pasien akan sangat bermakna.. dalam pendampingan,, bila tidak menerima keadaannya kita mendampingi itu kan artinya memberikan masukan-masukan seperti informasi seperti apa perjalanan kanker itu sendiri.. ya kan.. lalu.artinya keluarga diberi suatu masukan untuk menerima bahwa perjalanan kanker ini seperti itu..intinya ialah penerimaan” (An, PSM, April 2009)

Peran PSM ini juga ditekankan oleh I sebagai sesuatu yang penting sehingga dapat berperan besar, terutama saat pasien sedang melakukan rawat inap:

”Bisa,, bisa banget kenapa ga bisa? bisa semua.. rawat inap.. gimana Prosesi dari rawat inap.. minta pulang.. kesadaran si pasien untuk minta pulang apa karena kesadaran si pasien untuk minta pulang.. minta pulang paksa karena merasa ga nyaman, atau justru engga mau pulang. PSM dapat berperan besar di situ” (I, Tim Paliatif, Mei 2009)

4.1.11 Peran PSM dalam dimensi spiritual pasien dan anggota keluarga pasien

Menurut hasil pengamatan di rumah sakit, dimensi spiritual ialah dimensi yang berhubungan dengan agama seseorang, keimanan dan hubungan dengan tuhan nya sesuai ajaran agamanya masing-masing. Seseorang dapat dikatakan berkualitas secara spiritual ialah bila rajin beribadah, menjadi manusia yang beik budi serta beriman. Manusia yang secara agama, merupakan seseorang yang beriman dan menjalankan ibadah

4.1.11.1 Peran PSM kepada pasien

Dalam unit perawatan paliatif, terdapat rohaniawan yang selalu siap membantu kapan pun pasien inginkan, sehingga peran dimensi spiritual lebih di berikan kepada rohaniawan bukan kepada PSM maupun anggota tim lainnya.

”Kalau spiritualnya,, kan Kebetulan kita ada rohaniawan.. nah kalau si pasien ini kebutuhannya untuk spiritualnya.. dokter spesialis nya pasti akan menghubungi rohaniawan kita.. disana terjunlah rohaniawan atau mungkin bersama dokternya atau dengan tim yang lain” (An, PSM, April 2009)

4.1.11.2 Peran PSM kepada Anggota keluarga pasien

Begitupun dengan pasien, dalam tim perawatan paliatif, terdapat rohaniawan yang selalu siap mmbantu kapan pun anggota keluarga pasien butuhkan, sehingga peran dimensi spiritual ini pun juga lebih di berikan kepada rohaniawan bukan kepada PSM maupun anggota tim lainnya. Sesuai dengan apa yang dikatakan oleh Ar, ”Spiritual itu.. kita sarankan ke rohaniawan kita... kan siap itu.. dan itu sudah dilakukan selama ini” (Ar, PSM, Mei 2009)

4.1.12 Peran PSM dalam dimensi fungsi sosial pasien dan anggota keluarga pasien

Manusia memiliki fungsi sosialnya masing-masing, terutama dalam berinteraksi dengan sesama manusia karena pada dasarnya manusia adalah makhluk sosial yang artinya adalah tidak bisa terlepas dari orang lain, sehingga membutuhkan sesama manusia lainnya Keberfungsian sosial secara sederhana dapat dikatakan sebagai kemampuan individu, keluarga ataupun kelompok kecil untuk menjalankan peran sosialnya sesuai dengan harapan lingkungannya. Sehingga berdasarkan observasi mendalam, masalah fungsi sosial menjadi isu sensitif di dalam perawatan paliati yang menjadi lahan seungguhnya dalam peran seorang PSM.

4.1.12.1 Peran PSM kepada pasien

Menurut pasien, fungsi sosial yang utama adalah kemampuan untuk PSM juga berkontribusi dalam hal kemampuan pasien untuk melakukan fungsi sosial pasien sebagai makhluk sosial yang membutuhkan interaksi terhadap sesama manusia tersebut. Hal ini ditekankan oleh pasien ME, ”Ya.. pokoknya saya bangga sekali.. bener-bener. Ar yang bisa memperjuangkan saya seperti ini tidak bisa makan nasi jadi bisa, sampai bisa bibir saya kelipet,, tidak dapat bisa di ungkapkan dengan

kata-kata.. saya merasa dapat normal lagi makanya bisa berbicara trus makan bareng dengan ponakan saya” (ME, Pasien Paliatif, Mei 2009). Selain itu juga, PSM juga mengungkapkan bahwa keluarga merupakan elemen yang sangat penting untuk pasien, ”..Membantu si pasien. keluarga tetap memberikan *spirit* ya untuk semangat hidup pasien, bahwa pasien tidak sendiri dan keluarga selalu mendukung dia dan mendampingi dia” (Ar, PSM, April 2009)

4.1.12.2 Peran PSM kepada Anggota keluarga pasien

Untuk Anggota keluarga pasien, tidak mendapat pelayanan perawatan paliatif dalam dimensi fungsi sosial karena difokuskan kepada pasien yang mengalami disfungsi sosial karena penyakit kanker stadium lanjut tersebut.

4.1.13 Peran PSM dalam dimensi kepuasan pada layanan terapi (termasuk pendanaan) pasien dan anggota keluarga pasien

4.1.13.1 Peran PSM kepada pasien

Untuk anggota keluarga pasien, terkadang ada perasaan segan untuk langsung menghubungi dokter bila memerlukan bantuan, sehingga anggota keluarga pasien menyampaikan melalui PSM. Disini PSM dalam meningkatkan kualitas dari pelayanan terapi untuk klien:

”Engga tau ya.. aku juga... kalo kapan aja aku siap telfon dokter.. aku orangnya takut ga bisa menjawab telfon,, dok, maaf daya mau telfon,, kalo lagi rapat,, apalaki kalo hari senen, aku ga mau nelfonin orang,, takutnya ngerepotin.. aku orang yang anti nelfon kalo ga diangkat.. takut lagi mimpin rapat, istrinya nelfon.. atau gimana gitu kan... *how hectic is life during working hour...* jadi sms dulu.. atau hubungin pekerja sosial dulu kalo waktunya siang atau pagi.. nanti dari PSM di bilangin ke dokternya.. gitu” (Sa, Anggota Keluarga Pasien, Mei 2009)

Tetapi menurut Ibu Ar, selama ini pasien mengeluhkan tentang tidak terlalu banyaknya bantuan dari tim perawatan paliatif, sehingga klien terkadang

memprotes kinerja tim kepada PSM yang kemudian diteruskan oleh PSM kepada yang berkepentingan..

”Masalah pelayanan termasuk pendanaan dari awal kita bilang bahwa uang itu bukan uang rumah sakit kita yang cari kalo ada yang mesti kita cari ya,, dan saya bilang yang tahu kondisi pasien itu saya, pelayanan pernah sempat ada yang mengeluh,, baru sekali ya,, pernah saya bicarakan pada perawat.. dia main cepet aja.. akhirnya saya bilang pada anggota tim paliatif yang lain ada pasien tertentu kalo bisa jangan perawat yang ini. Kalo bisa jangan ada yang mengeluh lagi.. tujuan paliatif kan untuk memperbaiki kualitas hidup bukan kondisi pasien jadi pelayanan yang harus bagus, bukan memberikan obat yang terbaik, goal paliatif itu kan mencapai kualitas hidup terbaik, sehingga bila terdapat keluhan tentu akan kami sampaikan” (Ar, PSM, April 2009)

4.1.13.2 Peran PSM kepada Anggota keluarga pasien

Menurut I, selama ini pasien mengeluhkan tentang tidak terlalu banyaknya bantuan dari tim perawatan paliatif, sehingga pasien banyak bertanya tentang pelayanan yang diberikan

”Begini ya...Rawat inap memang untuk paliatif sendiri belum bisa bergerak masih dibatasi kalo pasien mau pulang baru kasih ke kami.. karena apa, pertimbangannya banyak hal.. dari mulai pasien masuk, itu kan hal baru ilmu baru.. paliatif sudah dilibatkan pada hari kesekian.... karena ini baru.. ini gimana nie...bedanya ini pasien mau pulang kalo di rawat inap ga bisa dapat udah tidak mungkin melakukan penyembuhan, baru diserahkan ke paliatif.. ” (I, Tim Paliatif, Mei 2009)

”Perawatan paliatif itu tidak bisa diganggu.. jadi memang sudah ada ilmunya masing.. kalau PSM khusus untuk sisi sosial dan ekonomi kan ada banyak kasus2 kanker kepada yang tidak mampu.. untungnya rumah sakit dharmais itu memberikan suatu kemudahan untuk fakir miskin, artinya dengan menggunakan askeskin bisa di hospis jadi tidak perlu bingung bila melakukan

perawatan dirumah memakai uang siapa.. tetapi negara membantu” (An, PSM, April 2009)

4.1.14 Peran PSM dalam dimensi orientasi masa depan pasien dan anggota keluarga pasien

Dimensi orientasi masa depan, berdasarkan hasil observasi, lebih ditujukan kepada anggota keluarga pasien untuk memiliki rencana maupun keinginan serta harapan-harapan yang ingin dijalani dalam kehidupan seseorang nantinya. karena pada dasarnya untuk pasien, karena telah memasuki masa terminal, tidak terdapat harapan untuk dapat hidup lama dan memiliki masa depan yang cerah.

4.1.14.1 Peran PSM kepada pasien

Semua keinginan, cita-cita, orientasi masa depan itu tergantung dari kemampuan pasien mengungkapkan keinginannya ke PSM. Pasien merasa bahwa PSM merupakan orang yang dapat diajak untuk bertukar pikiran mengenai hal-hal yang perlu dipikirkan oleh pasien untuk kedepannya.

”*Goal* panjangnya dari wawancara tadi akan ketahuan,, harapan-harapan dia apa.. nanti kira-kira akan ketahuan contohnya dulu ada kasus secara ekonomi sudah tidak ada yang menompang,, bermasalah.. sedangkan ibu ini bisa ngga dikasih modalnya? Akhirnya diberikan modal dari sana sosial yang ada.. dikeluarkan untuk membuka warung karena bapaknya kerja sedangkan ibunya mempunyai ketrampilan bedagang kue-kue-an dari dana sosial.. harapan kita kedepan agar bisa terus berputar kehidupannya.. *Goal* kedepannya agar dapat bertahan hidup dengan cara berjualan kue” (An, PSM, April 2009)

Pasien perawatan paliatif kanker stadium lanjut tentu saja sebenarnya tidak memiliki masa depan yang baik sehingga tim perawatan paliatif sangat berhati-hati dalam memberikan pelayanan dalam hal ini. Seorang PSM harus lebih ke dalam mempersiapkan keluarganya agar dapat siap menghadapi situasi terburuk pasien.

”Yaa itu,, kasus per kasus...harapan-harapan itu,.. repot ya,, karena sudah stadium akhir jadi lebih mempersiapkan keluarganya saja.. membuka warung,, di modalin kan, kita liat juga... jadi kita lihat diupayakannya kemana.. karena sudah stadium akhir ya paling leuarganya kita saranin untuk usaha apa tidak memberikan harapan yang berlebihan karena itu fatal menurut saya goalnya ke arah menghadap yang maha kuasa”(Ar, PSM, April 2009)

4.1.14.2 Peran PSM kepada Anggota keluarga pasien

Selain itu juga, dari hasil berdiskusi dengan anggota keluarga pasien, PSM memberikan masukan yang berharga mengenai keinginan dari anggota keluarga untuk berbuat lebih banyak kepada masyarakat yang berhubungan dengan dunia PSM.

”...Oiya... Aku lupa.. PSM juga memberikan masukan yang sangat berharga untukku.. *Well*. di rumah... aku ngerasa udah engga mau berkarier lagi,, belakangan aku kan.. jadi kepingin berbuat yng kebih banyak.. membagi-bagi rezeki.. kepikiran aja.. pengen buat suatu yayasan.. dan itu aku bicarakan sama PSM... enggak tau,, emang kepingin... ada waktunya, untuk melakukan kegiatan-kegiatan sosial... tertarik.... misalnya bikin perpustakaan.. dekat rumah itu gada tempatnya.. buat anak-anak terlantar... anak-anak enggak mamu dideket tumahku itu an dokasih tempat.. buku,,, jangan nanti gratis jadi buat mainan.. karena orang dirusakin atau di hilangin.. kepikiran aja.. waktunya ga ada...ya kepingin.. kasian kan anak-anak itu.. jadi nambah wawasan..waktunya.. perhatiannya..” (Sa, Anggota Keluarga Pasien, Mei 2009)

Menurut anggota keluarga pasien lainnya, PSM berjasa dalam membantu membangkitkan semangat pasien untuk terus berusaha sekuat tenaga membantu pasien dalam menjalani perawatannya.

”Saya sie betul-betul berterimakasih sama Ibu Ar (PSM) ya... karena berkat jasa Ibu Ar seperti yang tadi kakak saya bilang, bengkak gitu sampai kempes uda

mulai biasa lagi.. terimakasih sama Ibu ar atas transportnya.. dana sosialnya dan dari dokter-dokternya” (Mba Na, Anggota Keluarga Pasien, Mei 2009)

4.1.15 Peran PSM dalam dimensi seksualitas termasuk ”body image” pasien dan anggota keluarga pasien

4.1.15.1 Peran PSM kepada pasien

Dimensi seksualitas merupakan dimensi yang sensitif sehingga tidak semua pasien dan anggota keluarga pasien mau bercerita tentang kebutuhan seksual mereka, karena seks merupakan hal yang tabu untuk masyarakat Indonesia, tetapi menurut pengalaman PSM, mereka juga memberikan pelayanan tentang kualitas hidup seksual pasien dengan cara pendekatan pribadi

”Dari fungsi seksualitas... seperti pasien beberapa waktu yang lalu.. dia sakit berapa tahun tu anaknya yang paling kecil lahir, dia kabur dari rumah sakit.. waktu itu saya bercandaon wa.. bapak kok masih punya anak lagi ya.. masih sanggup pak? Aah ibu.. kan waktu itu belum begini sakitnya.. kita berupaya tanya-tanya juga kesitu,, yaa,, kasianlah bu.. walaupun kita kepengen ya suaminya seperti itu ya ga bisa.. saya bilang, agama manapun kalo memang kita bawa dalam doa.. itu bisa berjalan dengan baik dan itu sudah dilakukan (Ar, PSM, April 2009)

4.1.15.2 Peran PSM kepada Anggota keluarga pasien

Sama halnya dengan pasien, dimensi seksualitas adalah satu-satunya dimensi yang dapat PSM laksanakan seorang diri, karena dari semua anggota tim perawatan paliatif, hanya PSM yang berkapabilitas untuk memberikan pelayanan. Contohnya dengan pendekatan pribadi ke anggota keluarga pasien. Hal ini dikemukakan oleh An, ”Memberikan informasi bahwa kita tahu trik-triknya waktu dia lagi seneng, ga masalah,, dengan keterbukaan dia,, dia ngomong tentang masalah yang sensitif itu...” (An, PSM, April 2009)

4.1.16 Peran PSM dalam dimensi fungsi okupasi pasien dan anggota keluarga pasien

Tujuan utama dari fungsi okupasi ialah mempertahankan dan meningkatkan kemandirian seseorang dalam melakukan segala aktifitas sehari-hari, dimensi ini menjadi milik terapis bila melakukan perawatan paliatif, sama halnya seperti rohaniawan, profesi tim paliatif memiliki porsinya masing-masing. Hanya saja, PSM juga dapat terlibat meskipun secara tidak langsung kepada pasien.

4.1.16.1 Peran PSM kepada pasien

Fungsi okupasi menjadi milik terapis bila melakukan perawatan paliatif, karena yang memiliki ilmu dan keahlian didalam bidang okupasi tentunya adalah para okupasi terapis.

”Kalau di rawat jalan, okupasi kan masalah hubungan dia latihan dirumah kan ya yang menangani okupasi terapis.. Makanya kalau hospis (rawat jalan) itu.. apa yang menjadi kebutuhan inti si pasien, itu yang berangkat pergi.. artinya misalnya hari ini ia butuh dokter atau fisio terapis karena badannya kaku..”
(An, PSM, April 2009)

PSM dapat menjadi pemecah masalah bila berbicara mengenai kemampuan okupasi kepada pasien, anggota keluarga pasien tidak ikut merasakan pelayanan ini karena ini hanya khusus untuk pasien saja

”Itu masih kita upayakan,, kalau masih bisa *ngesot* ya kita kasih tongkat dan berjemur dan bila tidak bisa sholat, kita suruh sholat dengan duduk.. tidak mengganggu orang,, jangan duduk ditengah, cari yang belakang paling pinggir.. kalau mau minjem kursi roda, kita pinjamkan,, jadi kualitasnya tidak harus lari-lari tapi lebih jauh ke depan, berjemur juga bisa yang penting apa yang membuatnya senang” (Ar, PSM, April 2009)

4.1.16.2 Peran PSM kepada Anggota keluarga pasien

Untuk Anggota keluarga pasien, praktis tidak mendapat pelayanan terapi okupasi karena bila anggota keluarga pasien mendapatkan pelayanan terapi okupasi, maka secara otomatis anggota keluarga pasien tersebut berubah statusnya menjadi pasien.

4.1.17 Peran-peran lainnya yang dijalankan oleh PSM

PSM berperan dalam menyampaikan berita buruk tentang pasien kepada anggota keluarga pasien sebagai perantara, karena terkadang pasien tidak siap dalam menerima kenyataan.

”Iya.. biasanya kami lebih dahulu menanyakan kepada keluarganya....apa pasien perlu dikasih tau tentang kondisinya atau tidak, bila menurut keluarga ngga usah karna takut kondisi pasien makin turun ya kita ngga akan kasih tau pasien, soalnya kan memang yang dikasih tau tentang kondisi pasien keluarganya dulu..yaa jadi keluarga juga yang bisa memutuskan” (An, PSM, April 2009)

PSM juga melihat-lihat isi rumah agar pasien dan anggota keluarga pasien dapat beristirahat dengan tenang dan baik.

”Informasi yang pengen kita tau tentang gimana aktivitas pasien sehari-hari, apa dia bisa melakukan kegiatan atau cuma tiduran aja, gimana hubungan pasien dan keluarganya, rukun-rukun, sering berantem atau gimana... yaa... itu tadi.. sambil berkeliling melihat rumah, ngobrol sama anggota keluarga pasien.. tentang ekonominya pasien juga, gimana dia makannya, berapa kali dia makan, makannya gimana... jadi kita tau apa dia benar-bener perlu bantuan apa ngga setelah meneriman rujukan...” (Ar, PSM, April 2009).

Tabel 4.1 Peran PSM dan tim paliatif lainnya kepada klien berdasarkan dimensi kualitas hidup

PSM	Dokter dan Perawat	Tim Paliatif lainnya	Administrator (Secara tidak langsung)
1) Mengingatkan anggota keluarga pasien agar pasien dapat meminum obat secara teratur 2) Memberikan petunjuk pemakaian obat	1) Mengobati nyeri dan luka dari pasien 2) Memberikan resep yang dibutuhkan oleh pasien	Bila memungkinkan, dapat melibatkan terapis dan ahli gizi	Memberikan edukasi mengenai jumlah harga, dosis dan efek samping setiap obat
1) Memberikan hiburan kepada pasien dengan melakukan suatu aktifitas (menggambar, menyanyi, berdiskusi, dll) 2) Menjadi penghubung antara klien dengan tim paliatif lainnya	-	Terapis melakukan pemeriksaan dan penyembuhan kemampuan fungsional pasien	-
1) Mencarikan dan memberikan bantuan materi berupa dana sosial yang ada di lembaga untuk biaya perawatan 2) Mengeksplorasi kebutuhan klien agar mengetahui tingkat kesejahteraannya	Membantu pemecahan masalah klien dalam hal masalah sosial dan ekonomi	-	Memberikan edukasi mengenai alur pelayanan Asuransi keringanan biaya rumah sakit
Memberikan dukungan sosial berupa motivasi kepada pasien dan anggota keluarga pasien untuk dapat menerima kenyataan	Melakukan pendampingan kepada pasien dan anggota keluarga pasien untuk menenangkan jiwa	-	Melakukan pendampingan kepada pasien dan anggota keluarga pasien untuk menenangkan jiwa
-	-	Rohaniawan memberikan doan-doa maupun ceramah kepada klien	-
Mengupayakan pasien untuk dapat berfungsi sosial kembali sesuai dengan perannya masing-masing	Memberikan petunjuk maupun nasihat kepada klien	-	-
1) Menjadi pendengar yang baik bila klien mengeluh mengenai pelayanan 2) Menyampaikan keluhan klien kepada yang bersangkutan	-	-	1) Menjadi pendengar yang baik bila klien mengeluh mengenai pelayanan 2) Menyampaikan keluhan klien kepada yang bersangkutan
1) Menjadi pendengar yang baik 2) Memberikan atau mengusulkan cara-cara untuk mewujudkan keinginan klien	Menjadi pendengar yang baik	-	-

Memberikan pendidikan serta pemecahan masalah mengenai seksualitas	-	-	-
Memberikan pemecahan masalah mengenai alat bantu pasien	-	Okupasi terapis melakukan upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kemandirian pasien	-



4.1.18 Hambatan Pekerja Sosial Medis (PSM) dalam menjalankan peran-perannya

Saat ini, eksistensi PSM semakin berkurang karena tadinya setiap proses pengkajian (*assessment*) antar pasien, PSM selalu ikut, tetapi akhir-akhir ini menjadi tidak pernah dilibatkan lagi. Seperti yang diungkapkan oleh Ibu An, "Sebenarnya tadinya begitu, tapi sekarang udah ga pernah lagi.. kecuali pasien yang bener-bener tidak mampu secara ekonomi ya" (Ibu An, PSM, Mei 2009)

Hambatan dari dalam diri PSM sendiri, terdapat alienasi karena dirasa oleh profesi lain kurang berguna dan juga kurangnya kemampuan atau keahlian dari pribadi PSM. Mba Na sebagai salah satu klien mengungkapkan, "Tetapi kendalanya saya begini... saya diajak omong kemana.. malah kemana... kadang2 suka ga nyambung.. kadang saya uda pulang, ditanyanya apa, jawabnya apa" (Mba Na, Keluarga Pasien, Mei 2009). Hal lain juga disebutkan oleh ibu An, bahwa masih ada profesi lain yang menganggap PSM kurang berkontribusi dalam penanganan klien:

"Yang pertama hambatan dari dalam diri, ada banyak disiplin ilmu yang masih belum tau peran pekerja sosial medis itu seperti apa.. Jadi kadang-kadang dianggepnya pekerja sosial itu ngapain aja.. memang pekerjaannya ga keliatan tapi hasilnya nanti yang kelihatan.. artinya seperti ini, memang hanya ada lewat interview.. hanya kata-kata.. akan kelihatan masalahnya dengan membuka lewat interview tadi,, jadi masalahnya terbuka.. mungkin salahsatunya kurang sosialisasinya disiplin ilmu sosial yang keluar.. hambatan rumah sakitnya fasilitasnya kurang dan keluarga kurang mengerti.. dokter-dokter disini juga banyak yang belum tau pekerjaan sosial itu apa.. kurang memasyarakat.. kurang penerimaan dari temen-temen disini..saya merasa ilmu saya itu kurang dihargai" (Ibu An, PSM, April 2009)

Lalu dari masalah ekonomi dan proses perawatan paliatif rawat jalan juga bermasalah karena PSM biasanya tidak memiliki eaktu banyak untuk melaksanakan tugasnya

"Hambatan.. satu kalau dibidang ekonomi, kita mau bantu lebih jauh tapi dananya uda dipatok,, dati segi sosial nya terkadang kita tidak sempat mau

menggali... kadang dia mau berbicara tetapi belum mampu mengucapkan dari keluarga dan pasien.. kalokita tidak mendapat informasi kan tidak bisa berbuat apa-apa.. saya kadang jaga.. kadang ada kekurangan tahuan dari tim,, dari kita sendiri sebenarnya pengen tetapi tim tidak melibatkan.. (Ibu Ar, PSM, April 2009))

Kesibukan bertambah karena harus menjaga ruang administrasi untuk menjadi administrator Instalasi Rehabilitasi Medis (IRM) sehingga menjadi kurang aktif. Ibu Ar mengatakan, "...kalau ada perlu dilibatkna tetapi waktu terbentur karena harus jaga administrasi (poli)" (Ibu Ar, PSM, April 2009). Pak I selaku administrator juga mengatakan hal yang sama sehingga membuat PSM menjadi pasif:

"Ya pasti bisa.. hanya kan yang jadi masalah mereka kan.. gimana ya.. mungkin karena ga teralu ini ya.. kurang aktif.. jadinya.. nya dari sisi petugas ya bukan bicara ilmunya.. gimana dari si petugas sebenarnya kalo dia pro aktif, bisa-bisa banget.. pasien mau pulang.. mereka kecenderungannya pasien2 ga mampu aja sie.. padahal kan aspek-aspeknya bukan sekedar orang ga mampu karena bukan hanya maslaah duit.. ya.. mungkin karena terpecah juga ya pekerjaanya diruang.." (Pak I, Tim Paliatif, Mei 2009)

Fasilitas dari rumah sakit juga terbatas sehingga membuat PSM tidak dapat mengeluarkan kemampuannya secara maksimal

"Begini ya... menurutku cakupannya masih kurang luas,, *scope*-nya yang belum ditangani .. orang itu.. misalnya anggota gereja ,, lingkungan itunya tidak terlalu besar,, dan sebagainya.. misalnya ada pasien ku.. apakah pekerja sosial ini bisa sampai kesekolah anaknya.. kenapa tidak sampai kesana,, aku tidak menyalahkan ya,, fasilitas kesananya juga mungkin ga ada ya.. jadi ngapain aku kesana kalo gada fasilitasnya.

Ini dalam cara mereka bekerja ya.. kelihatannya mereka belum tau betul kalo di paliatif itu seperti apa masalah sosialnya.. karena aku dateng dan pergi terus..

jadi belum bisa secara khusus gitu dan mereka secara rutin seperti apa saja seperti menjalani pasien yang lain belum secara keseluruhan... tapi skopnya kurang luas.. oleh karena pendidikannya berasal dari latar belakang pendidikannya juga (Dokter M, Tim Paliatif, Mei 2009)

Kurangnya kesempatan juga menjadi salah satu hambatan untuk PSM, menurut tim medis paliatif

”Kayaknya musti lebih dikasih kesempatan lebih banyak.. kalo bisa setiap kunjungan ada.. paling tidak setiap pasien itu perlu dikunjungi oleh PSM, memang yang dominan soal medis.. kita ga bisa maksimal,, problem sosial itu kan ga berubah-berubah.. kronis... biasanya berjalannya progres,. Pasti berjalannya ga ujug2 tapi bertahap waktu demi waktu.. minimalnya harus ada deskripsi yang lebih jelas,, ada yang rutin,, eminggu sekali atau dua kali.. sama juga perawatan luka.. ada yang Cuma dikunjungi seminggu sekali... jadi seharusnya pekerja sosial itu begitu..” (Dokter Ag, Tim Paliatif, Mei 2009)

”Sekarang sie.. jujur aja.. udah jarang banget PSM di libatkan dalam perawatan paliatif,, tidak seperti dulu... udah ada beberapa perubahan yaa... tetapi PSM itu sangat membantu pasien dan anggota keluarga pasien terutama dari sisi ekonomi sosialnya... kebanyakan pasien mereka adalah pasien tidak mampu... jadi, dokter dan perawat memeriksa kondisi pasien, nanya keluhannya, ngecek obat-obatannya, memberikan obat-obatan dan alat medis yang dibutuhkan. PSMnya menanyakan mengenai aktivitas pasien sehari-hari, kebutuhan-kebutuhan pasien diliat juga apa ada yang kurang atau ngga apalagi kalau pasiennya ngga mampu.” (Mba Ai, Tim Paliatif, Mei 2009).

4.1.19 Dorongan PSM dalam menjalankan peran-perannya

Dorongan pertama dari dalam diri PSM, adalah panggilan jiwa untuk selalu membantu orang lain secara ikhlas.

”Kalo saya, karena motivasi pertama saya menjadi pekerja sosial itu memang niat *nothing to lose* mau belajar untuk menjadi manusia seutuhnya tadi artinya siapapun kalo saya mau menolong orang lain, saya tolong.. Prinsip itu yang membuat saya mendukung motivasi dalam diri saya untuk menolong orang lain.. biarin orang lain tidak menganggap nilai ilmu saya tetapi lewat sikap saya menjadi seorang profesional pekerja sosial itu, ya.. sikap tadi yang mesti di tujukan pada pemerintah bahwa.. oo ini lho ilmunya dia.. begitu” (Ibu An, PSM, April 2009)

”Selama ini pasien sering meminta saya untuk berkunjung,, kita menyadari kalo kita itu kalau dia membutuhkan bantuan, kenapa ga kita bantu.., siapapun dia,, kita memandang sebagai pekerja sosial.. siapa pun orangnya.. mau status ekonomi tinggi, menengah, rendah... tetapi selama dia membutuhkan bantuan kita.. kita bantu” (Ibu Ar, PSM, April 2009)

Selain itu, PSM memiliki kelebihan dari profesi lainnya, yaitu teknik dan kemampuan non medis yang lebih baik sehingga dapat menjadi dorongan untuk selalu bekerja dengan baik yang dihaturkan oleh dokter paliatif.

”Mereka memiliki ilmu non-medis yang lebih hebat dari kita semua tentunya...dan seharusnya mereka aktif tanpa diminta untuk nanganin pasien.. Cuma masalahnya sini kan kalo ikut terlibat, apakah harus juga dibebani biaya pasiennya.. jadi maaf.. yang kemaren-kemaren, pasien-pasien yang mampu secara sosial ekonomi mereka dianggap ga ada, tidak kita libatkan karena..untuk yang tidak mampum dilibatkan tapi kan dibiayai oleh pemerintah, dari JPS jadi pekerja sosialnya juga bisa ter cover.. gitu..” (Dokter M, Tim Paliatif, Mei 2009)

Dari pihak perawat berpendapat bahwa PSM mempunyai kelebihan dalam berinteraksi dengan orang lain sehingga hal tersebut juga dapat menjadi pendorong untuk dapat melaksanakan tugasnya dengan sebaik-baiknya

”Mereka (PSM) merupakan orang-orang yang mudah dekat dan pandai berbicara.. jadi pasien dan keluarga pasien bisa terbuka sama mereka. Mengetahui apa yang mereka butuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga pasien” (Mba Ai, Tim Paliatif, Mei 2009)

Tabel 4.2 Hambatan dan Dorongan PSM

Hambatan Pekerja Sosial Medis	Dorongan Pekerja Sosial Medis
1) Eksistensi PSM semakin berkurang karena tadinya setiap proses pengkajian antar pasien selalu ikut, tetapi akhir-akhir ini menjadi tidak pernah lagi.	1) Adanya panggilan jiwa untuk selalu membantu orang lain yang membutuhkan secara ikhlas.
2) Dianggap kurang berguna oleh profesi lain terhadap penanganan klien.	2) Mmemiliki teknik dan kemampuan non medis yang lebih baik dari tim paliatif yang lainnya.
3) Kemampuan dan keahlian pribadi PSM yang masih kurang.	3) Mempunyai kelebihan dalam berinteraksi dengan orang lain.
4) PSM biasanya tidak memiliki waktu banyak untuk melaksanakan tugasnya pada saat melakukan kunjungan ke rumah pasien.	
5) Kesibukan karena harus menjaga ruang administrasi untuk menjadi administrator Instalasi Rehabilitasi Medis sehingga menghambat pekerjaan.	
6) Fasilitas dari rumah sakit juga terbatas.	
7) Kurangnya kesempatan PSM untuk ikut melakukan kunjungan.	

Sumber: Hasil Pengolahan Peneliti

4.2 Analisa

Setelah melalui proses temuan lapangan, selanjutnya adalah proses analisa data dari hasil temuan lapangan tersebut mengacu pada tinjauan pustaka pada bab II dan juga profil lembaga pada bab III. Dengan demikian, tujuan penelitian dalam penelitian ini yaitu menggambarkan peran Pekerja Sosial Medis serta hambatan dalam menjalankan perannya tersebut dapat dicapai.

4.2.1 Menggambarkan peran Pekerja Sosial Medis (PSM) dalam pencapaian kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga pasien kanker yang sedang menjalani perawatan paliatif

Berdasarkan hasil temuan lapangan yang dilakukan, terdapat implikasi adanya pemahaman yang sama antara Pekerja Sosial Medis dengan tim paliatif yang lainnya. Seperti yang telah dijelaskan oleh kedua PSM yang mendefinisikan perawatan paliatif sebagai pelayanan kepada pasien yang telah mencapai fase terminal dengan melayani pasien di rumah daripada di rumah sakit (rawat inap) yang sebenarnya merupakan salah satu bentuk pelayanan perawatan paliatif (Lihat bab 3 h. 61). Ini berarti menurut pandangan mereka, klien lebih membutuhkan jasa tim pelayanan paliatif termasuk PSM saat klien berada di tempat tinggalnya dibandingkan dengan di rumah sakit, meskipun sebenarnya tugas dari tim paliatif juga termasuk melakukan pelayanan pada masa rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit (Lihat bab 3 h. 62) begitupun dengan PSM, tugas dari PSM juga mencakup pelayanan di rawat inap (Lihat bab 3 h. 65-66).

Penjelasan Dokter 1 juga sesuai dengan penjelasan kedua PSM, bahwa perawatan paliatif tidak hanya dilaksanakan di rumah, tetapi juga ada rawat inap dan rawat jalan yang dilaksanakan di rumah sakit. Selain itu, meskipun RSKD adalah rumah sakit pusat kanker nasional, tetapi di dalam unit perawatan paliatif, penyakit yang ditangani tidak hanya kanker yang memasuki fase terminal saja, tetapi juga penyakit yang lainnya seperti stroke, gula, penuaan, HIV AIDS, sebenarnya hal ini tidak sesuai dengan definisi paliatif di RSKD dalam Djauzi (Lihat bab 2 h. 25) yang didasari pada setiap penderita mempunyai hak untuk mendapat perawatan yang terbaik sampai akhir hayatnya, hanya khusus untuk penderita kanker. Anggapan ini di patahkan oleh Organisasi kesehatan dunia atau WHO mendefinisikan perawatan paliatif (Lihat bab 2 h. 25) sebagai penderita penyakit lain yang penting tidak dapat disembuhkan lagi yang juga digunakan oleh RSKD sebagai acuan dalam melayani klien.

Mengenai tujuan dari perawatan paliatif itu sendiri, terdapat persamaan visi-tujuan oleh tim paliatif sehingga terjadi kesinambungan dalam bekerja. Menurut analisa yang peneliti lakukan, terdapat persamaan tujuan dari baik pihak medis (Dokter-perawat) maupun pihak non-medis (Administrator) yaitu meningkatkan

atau mencapai kualitas hidup terbaik bagi pasien dan anggota keluarga pasien sesuai dengan tujuan perawatan paliatif utama yang diungkapkan Djauzi (Lihat bab 2 h. 25) yaitu meningkatkan kualitas hidup serta menanggapi kematian sebagai proses yang normal.

Hanya saja, dari tim perawatan paliatif tersebut memiliki beberapa pandangannya masing-masing, ini dapat dilihat dari pandangan PSM seperti yang diungkapkan oleh kedua PSM bahwa tujuan perawatan paliatif lebih dalam menghadapi anggota keluarga yang menderita penyakit kanker stadium lanjut dan mengusahakan anggota keluarga pasien tersebut dapat menerimanya dengan ikhlas, sehingga artinya, menurut PSM, perawatan paliatif itu bertujuan untuk mempersiapkan anggota keluarga untuk menerima kondisi pasien dan untuk melibatkan keluarga dalam pencapaian kualitas hidup.

Dari sisi medis, dokter mengungkapkan bahwa tim paliatif mempunyai peranannya masing-masing, seperti dokter dan perawat di sisi medis, PSM yang menangani sosial ekonomi pasien dan anggota keluarga pasien, rohaniawan dari sisi spiritualnya dan sebagainya yang intinya ialah peningkatan kualitas hidup, sesuai dengan apa yang dikemukakan Djauzi (Lihat bab 2 h. 26). Perawatan paliatif di RSKD tidak hanya bertujuan untuk menghilangkan nyeri maupun luka atau hal-hal yang bersifat medis lainnya, tetapi juga gangguan mental dan kejiwaan juga menjadi sasaran dari perawatan paliatif, hal ini seperti yang dikatakan oleh Administrator sesuai dengan Djauzi (Lihat bab 2 h. 26) yaitu menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu. Dokter A menekankan bahwa perawatan paliatif lebih kepada proses menghilangkan nyeri agar pasien dapat menikmati kesenangan hidup bukan penyembuhan.

Kemudian jika kita lihat pada 6 prinsip dasar dalam praktek pekerjaan sosial terutama ketika menerapkan metode bimbingan sosial (*Social Casework*) yang dikemukakan oleh Maas (Lihat bab 2 h. 35-37), prinsip dasar yang diterapkan oleh kedua Pekerja Sosial Medis di dalam melaksanakan perannya dalam perawatan paliatif pelayanan antara memenuhi kategori pelayanan tersebut.

Hal ini dapat dilihat dari diterapkannya 4 dari 6 prinsip dasar dalam praktek pekerjaan sosial tersebut, sesuai dengan yang diungkapkan oleh Ibu An bahwa prinsip penerimaan, komunikasi dan kerahasiaanlah yang menjadi prinsip yang

dipegangnya selama ini dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Sedangkan Ibu Ar menambahkan *self awareness* sebagai prinsip yang ia gunakan selama ini, prinsip ini adalah tidak memperlihatkan perasaan yang sebenarnya kepada klien untuk menjaga perasaan dari klien itu sendiri, di sini dapat dilihat profesionalitas dari PSM untuk melakukan empati yang dibutuhkan oleh klien agar dapat lebih kuat dalam menghadapi segala macam cobaan.

Dalam kenyataannya dilapangan, terlihat penerapan prinsip kerahasiaan yang ditekankan oleh kedua PSM, dimana semua permasalahan yang diungkapkan klien hanya diketahui oleh PSM, seperti permasalahan sosial dan ekonomi, sedangkan tim paliatif lainnya seperti dokter, perawat, dan tim paliatif yang lain tidak memahami permasalahan-permasalahan tersebut karena mereka hanya melihat pada permasalahan medis saja.

Prinsip-prinsip yang telah dijelaskan ini, jika dikaitkan dengan teori dari Henry S. Maas (Lihat bab 2 h. 35-37) yang terdiri dari prinsip penerimaan, komunikasi, individualisasi, partisipasi dan kerahasiaan dan *awareness* atau kesadaran diri dari PSM hanya memenuhi prinsip penerimaan, kerahasiaan, komunikasi dan *awareness* saja.

Hanya saja, walaupun dalam hasil wawancara hanya prinsip penerimaan, kerahasiaan, komunikasi dan *self-awareness* saja yang dijelaskan, sebenarnya dalam melakukan intervensi kepada klien, PSM juga menggunakan prinsip yang lain yaitu partisipasi seperti yang diungkapkan oleh Maas (lihat bab 2. 36). Hal ini terlihat dalam dilibatkannya keluarga pasien dalam perencanaan kegiatan yang ingin dilakukan oleh klien terhadap pasien, penetapan rencana intervensi dimana klien dilibatkan dalam pengambilan keputusannya.

Selanjutnya, mengenai metode yang digunakan PSM dalam menjalankan perannya pada perawatan paliatif ini, berdasarkan penjelasan dari kedua PSM, mereka menggunakan metode secara individu seperti yang dikemukakan oleh Doyle (Lihat bab 2 hal 44) berupa aktifitas yang dapat dikatakan berupa *case work*, PSM menggunakan Metode *case work* seperti yang dijelaskan oleh Woods and Hollis (Lihat bab 2 hal 44-45) berupaya memahami masalah individu dan keluarga, mengenai ada permasalahan apa dan apa saja yang ingin dicapai.

Berdasarkan hasil temuan lapangan, intervensi yang dilakukan PSM terhadap klien antara lain adalah menyediakan informasi, meningkatkan komunikasi, meningkatkan kepercayaan diri, menyediakan sumber daya serta membantu keluarga yang membutuhkan semangat dan pertolongan dari PSM, tetapi semua hal tersebut juga memiliki metode Pekerja Sosial yang juga dilihat dari kebutuhan klien, diantaranya ialah individual, pertemuan keluarga, kelompok dan sebagainya. Namun, diantara metode-metode tersebut, khusus untuk pasien kanker stadium lanjut, metode yang digunakan adalah metode individual dengan menggunakan *case work* karena untuk pasien kanker stadium lanjut, mereka lebih nyaman untuk menceritakan isi hati mereka secara pribadi sehingga PSM melakukan intervensi yang berbeda di antara klien sesuai dengan permasalahan dan solusinya masing-masing

Teknik yang digunakan PSM, sesuai dengan pengamatan peneliti, dapat dikatakan cukup efisien dan sesuai dengan kebutuhan klien yang tidak ingin terlalu dihakimi tentang berbagai pertanyaan yang menyudutkansederhana karena dalam melaksanakan tugasnya, mereka menggunakan cara yang sederhana tetapi efektif dan tepat sasaran. PSM mengutamakan perbincangan serta tanya-jawab yang bersifat santai tetapi juga sebenarnya serius. Untuk beberapa kasus selain kasus penyakit kanker di paliatif, seperti halnya pasien HIV AIDS yang ditangani oleh PSM (h. 74), menggunakan metode kelompok (*group work*) karena dalam menangani pasien HIV, tidak hanya peran dari pasien itu sendiri yang harus ditekankan, tetapi juga dari orang terdekat pasien.

Didalam perawatan paliatif, terdapat 3 macam bentuk perawatan yaitu rawat inap, jalan dan rumah. Khusus untuk PSM, Perawatan jalan adalah pasien dan keluarga pasien yang menerima perawatan dan pelayanan paliatif dengan melakukan kunjungan secara berkala ke Poli Layanan Paliatif di Rumah Sakit Kanker “Dharmais”. Peran, pelayanan dan proses layanan yang diberikan PSM pada pasien rawat jalan pun sama saja dengan jenis perawatan yang lainnya, meskipun rawat jalan murni lebih ke dalam teknis medis karena yang ditangani adalah pasien Pasien dan keluarga pasien menerima perawatan dan pelayanan paliatif dengan melakukan kunjungan secara berkala ke Poli Layanan Paliatif di Rumah Sakit Kanker “Dharmais”, jadi yang bertindak biasanya justru

administrator, dokter, perawat dan tim medis lainnya. Sedangkan dalam rawat inap, PSM berperan dalam upaya mempersiapkan pasien dan anggota keluarga pasien untuk menjalani rawat rumah dan juga mendampingi pasien dalam kesehariannya di ruangan inap rumah sakit.

Selanjutnya dalam rawat rumah, bagi PSM, dalam menjalani perawatan paliatif tersebut, Pekerja Sosial Medis mendapat rujukan dari pihak medis terlebih dahulu sebelum melaksanakan tugasnya. Ini tidak hanya berlaku untuk pasien rawat rumah, tetapi begitu pula dengan pasien rawat inap dan jalan. Dan khusus untuk perawatan paliatif rawat rumah (Hospice home care) Pasien dan keluarga pasien menerima perawatan dan pelayanan paliatif di rumah. Tim paliatif akan melakukan pelayanan selama 24 jam penuh dirumah pasien. Tetapi, menurut staff lembaga selama ini, belum pernah ada pasien atau anggota keluarga pasien meminta PSM untuk ikut menginap menjaga pasien maupun anggota keluarga pasien di dalam rumahnya dengan alasan bahwa yang lebih dibutuhkan adalah tim medis dan juga berhubungan dengan jumlah biaya yang dikeluarkan, karena biaya untuk memperkerjakan perawat untuk menjaga klien tentunya biayanya lebih mahal ini sebenarnya diluar kinerja dari tugas PSM yang sesungguhnya (lihat bab 3 hal 63).

Sesuai dengan teorinya menurut Doyle (Lihat bab 2 h. 47), terdapat 10 kualitas hidup untuk pasien dan anggota keluarga pasien yang menjadi acuan dalam mencapai tujuan perawatan paliatif RSKD. Dari 10 kualitas hidup yang menjadi acuan tersebut dapat dikatakan bahwa sebenarnya Pekerja Sosial Medis (PSM) memegang peranan yang sangat penting untuk mencapai kualitas hidup para kliennya, karena PSM dilibatkan dalam 9 dari 10 dimensi kualitas hidup tersebut. Kualitas hidup yang pertama adalah dimensi kondisi fisik. Peneliti menganalisa bahwa semua dimensi kualitas hidup yang menjadi tujuan dari Unit Layanan Paliatif dan Kedokteran Komplementer ini sebenarnya memiliki pemahaman yang sama dengan teorinya. Ini memungkinkan karena buku pedoman perawatan paliatif RSKD yang di buat oleh Djauzi, menjelaskan teori-teori tentang perawatan paliatif yang diambil dari buku *Palliative Medicine* karya Doyle.

Sehingga yang dimaksud oleh kondisi fisik disini sama dengan yang dimaksud oleh Doyle (Lihat bab 2 h. 47-48) ialah kondisi yang tidak mengalami rasa nyeri dan luka-luka, pada intinya di paliatif itu tidak menyembuhkan pasien, melainkan meringankan rasa sakit yang diderita oleh pasien seperti menyusutkan luka yang membengkak, menghilangkan rasa nyeri, pegal, dan hal-hal yang berhubungan dengan kondisi kesehatan jasmaninya. Dalam dimensi kondisi fisik, khusus untuk pasien paliatif yang menjalani pelayanan rawat inap, PSM tidak memiliki peran apapun pada pasien karena kondisi fisik pasien menjadi tanggung jawab dokter dan perawat atau tenaga medis yang menanganinya. Selain itu, berbeda dengan rawat rumah, di rumah sakit segala fasilitasnya telah tersedia dan dokter serta perawat selalu siap untuk melayani pasien. Hal yang sama juga diungkapkan Sa (Lihat h. 80) bahwa kualitas hidup pada dimensi kondisi fisik, memang tim medis yaitu dokter, perawat lah yang lebih berperan dalam proses penghilangan rasa nyeri dan luka pasien tersebut.

PSM memiliki sedikit peran dalam dimensi kondisi fisik karena dalam peran dalam dimensi ini lebih banyak dilakukan dokter dan perawat. PSM memberikan informasi mengenai obat-obatan yang digunakan serta mengingatkan keluarga pasien untuk terus rutin memberikan obat ke pasien sesuai jadwalnya, ini berarti PSM menjalankan peran *enabler*, yaitu menolong individu atau kelompok untuk menentukan kebutuhan mereka, mengklarifikasi dan mengidentifikasi permasalahan pasien dan anggota keluarga pasien dalam hal ini kebutuhan untuk meminum obat secara teratur, yang merupakan salah satu peran Pekerja Sosial yang sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Zastrow (Lihat bab 2 h. 33). Selain peran *enabler*, PSM juga yang memperhatikan hal-hal yang harus di ingat dalam pelayanan di rumah apabila tim paliatif selesai melakukan kunjungan ke rumah pasien.

Kemudian, dalam dimensi kemampuan fungsional yang dimaksud dalam perawatan paliatif juga sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Doyle (Lihat bab 2 h. 48) bahwa kemampuan fungsional ialah duduk, tidur, makan, berjalan, bermain, berbicara, berlari dan kemampuan fungsional lainnya yang merupakan kebutuhan dasar manusia dalam menjalankan hidup sehari-harinya untuk dapat berinteraksi dengan sesamanya. Untuk dimensi yang satu ini, PSM lebih

memberikan pelayanan kepada pasien saja, sama halnya dengan profesi lainnya bahwa klien yang mendapatkan pelayanan terapi ini hanyalah yang memang tidak berfungsi anggota tubuhnya kinerja PSM lebih ditekankan kepada mendampingi pasien dalam ruangan inap untuk sekedar berdiskusi, karena pasien merasa jenuh bila terus-menerus harus beristirahat di dalam kamar sehingga terkadang memerlukan teman untuk berbicara bila sedang tidak ada yang menjenguk pasien tersebut, oleh karena itu, PSM menjalankan peran pendampingan kepada pasien.

Lebih jauh lagi, PSM juga memberikan semangat serta hiburan yang dibutuhkan pasien agar dapat lebih menerima keadaan pasien sekarang yang berbeda dengan saat sebelum menderita penyakit kanker. Berdasarkan hasil observasi, hiburan ini dapat berupa hiburan yang dapat membuat pasien beraktifitas, seperti menyanyi, menggambar, dan lain sebagainya. Oleh karena itu, PSM menjalankan peran sebagai *enabler* sesuai yang diungkapkan oleh Zastrow (Lihat bab 2 h. 33), karena dari hasil menggambar tersebut, PSM dapat mengeksplorasi strategi perubahan, memilih dan menerapkan strategi dan mengembangkan kapasitas mereka untuk menghadapi permasalahan mereka secara efektif. Peran anggota keluarga hanyalah membantu PSM dalam memberikan pelayanan kepada pasien, disini sebenarnya peran PSM sebagai edukator muncul. Peran Edukator merupakan peran sebagai pengajar dalam kegiatan menyanyi, melukis, dan lain sebagainya yang dilakukan PSM dalam rangka menfungsikan kembali kemampuan fungsional pasien seperti berbicara, menggambar, makan, dan sebagainya sesuai dengan teori dari Zastrow (Lihat bab 2 h. 34)

Dimensi yang ketiga adalah dimensi kesejahteraan keluarga sebagai suatu kualitas hidup manusia, untuk dimensi ini, PSM lebih memberikan bantuan berupa materi dan moril melalui pemberian dana sosial serta *social support* (dukungan sosial) yang berguna untuk meningkatkan kualitas hidup yang tadinya menurun karena menderita penyakit yang mematikan. PSM baru akan bertugas dalam dimensi kesejahteraan keluarga klien saat tim medis sedang memeriksa kondisi fisik dari pasien. Sehingga PSM memiliki waktu banyak untuk mewawancarai pasien. Menurut pasien, PSM memberikan *social support* Seperti untuk pasien tidak mampu, PSM mengusahakan penjemputan pasien dan anggota

keluarga yang harus menjalani rawat inap di rumah sakit agar pengobatannya dapat berjalan dengan lancar dan pasien pun dapat menikmati pelayanan dari pekerja sosial dapat dilihat pada pernyataan informan pasien ME (Lihat h. 84).

Berbenturan peran antara PSM dan anggota tim paliatif yang lainnya memang mau tidak mau harus mengambil peran PSM seperti memberitahukan prosedur JamKesMas, AskesKin dan sebagainya, para tim medis melakukan hal tersebut karena merupakan salah satu cara untuk memaksimalkan kinerja dari tim paliatif itu sendiri, terkadang pasien menanyakan secara langsung ke dokternya atau perawatnya tanpa diketahui oleh PSM, seperti yang diungkapkan oleh Dokter Ag (Lihat h. 85). Ini juga sesuai dengan perkataan pasien 2 mengenai tim paliatif yang merawatnya merupakan tim yang bekerja dengan maksimal sehingga terkadang terdapat ke tumpang-tindihan tugas atau peran di antara satu dengan yang lainnya. Pelayanan PSM pun juga diarahkan kepada bantuan anggota keluarga pasien mengenai ketidakmampuan ekonominya yang membutuhkan bantuan dari berbagai pihak termasuk menyekolahkan anak pasien, memberikan ongkos untuk ke rumah sakit dan pulang dari rumah sakit.

Seperti halnya pelayanan ke pasien, terkadang tim medis mau tidak mau harus mengambil peran PSM karena itu merupakan salahsatu cara untuk memaksimalkan kinerja dari tim paliatif itu sendiri, terkadang pasien menanyakan secara langsung ke dokternya atau perawatnya tanpa diketahui oleh PSM seperti yang diungkapkan oleh Dokter A, bahwa hal tersebut diluar dari wewenang seorang dokter yang seharusnya mengurus bidang medis.

Dari semua dimensi kualitas hidup bagi pasien dan anggota keluarga pasien, dimensi seksualitas merupakan dimensi dimana peran PSM menjadi sangat penting karena dimensi seksualitas adalah satu-satunya dimensi yang melibatkan PSM tanpa intervensi bantuan dari tim paliatif lainnya, karena dari semua anggota tim perawatan paliatif, hanya PSM yang berkapabilitas untuk memberikan pelayanan sebagai edukator, yaitu memberikan pendidikan dan pemecahan masalah dalam masalah fungsi seksual. Dimensi seksualitas merupakan dimensi yang sensitif sehingga tidak semua pasien dan anggota keluarga pasien mau bercerita tentang kebutuhan seksual mereka, karena seks merupakan hal yang tabu untuk masyarakat Indonesia. PSM memberikan pelayanan tentang kualitas hidup

seksual pasien dengan cara pendekatan pribadi Contohnya dengan pendekatan pribadi ke anggota keluarga pasien peran pekerja sosial di dimensi seksualitas adalah sebagai edukator yang memberikan jalan keluar dari permasalahan seksual yang dihadapi klien dan juga memberikan cara-cara untuk mendapatkan kepuasan secara seksual

Dilain sisi, PSM sama sekali tidak berperan dalam dimensi spiritual dan okupasi terapi sebagai salah satu kualitas hidup kepada anggota keluarga pasien karena dalam paliatif, terdapat rohaniawan dan okupasi terapis yang selalu siap membantu kapan pun pasien inginkan, sehingga peran dimensi spiritual lebih di berikan kepada rohaniawan bukan kepada PSM maupun anggota tim lainnya Begitupun dengan pasien, dalam tim perawatan paliatif, terdapat rohaniawan yang selalu siap membantu kapan pun anggota keluarga pasien butuhkan, sehingga peran dimensi spiritual ini pun juga lebih di berikan kepada rohaniawan bukan kepada PSM maupun anggota tim lainnya.

Dimensi okupasi terapi, ialah dimensi yang berupaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kemandirian seseorang dalam melakukan segala aktifitas sehari-hari, dimensi ini menjadi milik terapis bila melakukan perawatan paliatif, sama halnya seperti rohaniawan, profesi tim paliatif memiliki porsinya masing-masing. Dalam dimensi ini, PSM juga dapat berperan secara tidak langsung kepada pasien.. PSM dapat memberikan masukan dalam menyelesaikan permasalahan yang berhubungan dengan kemandirian pasien. Contohnya membantu menyelesaikan masalah kemandirian pasien dalam hal berjalan, seperti yang dituturkan PSM 2, contohnya bila pasien tidak dapat berjalan, PSM dapat menjadi orang pertama yang meminta kursi roda atau apabila masih memungkinkan, PSM dapat mengusahakan tongkat untuk pasien dan sebagainya. Dalam dimensi ini, PSM melaksanakan peran *enabler* (Lihat bab 2 h. 33).

Berdasarkan hasil observasi, kesejahteraan emosi yang dimaksud adalah ditujukan kepada baik pasien maupun anggota keluarga pasien agar dapat menerima penyakit yang dideritanya serta memiliki emosi yang tenang serta terus berjuang melawan rasa sakit dan tidak mudah putus asa dan harapan Pasien berpendapat bahwa PSM aktif dalam memberikan dukungan dan semangat kepada pasien agar tidak putus asa dalam menjalani perawatan paliatif. Dukungan dan

semangat tersebut sungguh dibutuhkan untuk membuat pasien tenang dan dapat menghadapi penyakit kanker tersebut dengan lapang dada.

Untuk dimensi kesejahteraan emosi pasien, seperti halnya dimensi kesejahteraan keluarga, PSM juga kadangkala terbentur dengan kinerja dokter dan perawat yang juga melakukan pelayanan dalam kesejahteraan emosi pasien dan anggota keluarga pasien karena pernah mempelajari psikiatri (ilmu kejiwaan) dan rasa manusiawi setiap insan manusia Untuk dimensi kesejahteraan emosi anggota keluarga pasien, PSM tidak terbentur dengan kinerja tim medis karena keluarga pasien lebih cenderung menceritakan kondisi emosionalnya kepada PSM yang non medis ketimbang tim medis. PSM menjalankan peran sebagai motivator dalam memotivasi pasien untuk mau menerima penyakit yang tengah di deritanya tersebut. Informan pasien kedua, yaitu EL, merubah pendiriannya dari yang tidak mau menerima penyakitnya hingga ia dapat menerima penyakit tersebut berkat dorongan dan motivasi serta perbincangan dengan PSM (Lihat h. 86). Dalam dimensi ini, PSM berperan sebagai motivator.

Selanjutnya pada dimensi fungsi sosial, Manusia memiliki fungsi sosialnya masing-masing, terutama dalam berinteraksi dengan sesama manusia karena pada dasarnya manusia adalah makhluk sosial yang artinya adalah tidak bisa terlepas dari orang lain, sehingga membutuhkan sesama manusia lainnya Keberfungsian sosial secara sederhana dapat dikatakan sebagai kemampuan individu, keluarga ataupun kelompok kecil untuk menjalankan peran sosialnya sesuai dengan harapan lingkungannya.

Untuk anggota keluarga pasien, tidak mendapat pelayanan perawatan paliatif dalam dimensi fungsi sosial karena difokuskan kepada pasien yang mengalami disfungsi sosial karena penyakit kanker stadium lanjut tersebut. Menurut pasien, fungsi sosial yang utama adalah kemampuan untuk PSM juga berkontribusi dalam hal kemampuan pasien untuk melakukan fungsi sosial pasien sebagai makhluk sosial yang membutuhkan interaksi terhadap sesama manusia tersebut dengan berbicara kepada pihak keluarga maupun rumah sakit mengenai keinginan dari pasien dan sebagainya. Disini PSM menjalankan peran penghubung yang menghubungi pasien dengan keluarga pasien (Lihat bab 2 h. 40) ini juga sesuai dengan pernyataan salah satu pasien, yaitu ME tentang adiknya (Lihat h. 89-90)

Khusus untuk dimensi kepuasan layanan terapi, tentunya pasien sedikit segan untuk menceritakannya kepada tim pelayanan paliatif secara langsung sehingga mereka lebih banyak berceria kepada PSM dan administrator administrator poliklinik paliatif, menurutnys, selama ini pasien mengeluhkan tentang tidak terlalu banyaknya bantuan dari tim perawatan paliatif sehari-harinya, sehingga pasien banyak bertanya tentang pelayanan yang diberikan kepada administrator itu sendiri.

Untuk anggota keluarga pasien, seperti halnya fungsi aktifitas sehari-hari, PSM berperan sebagai penghubung sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Siregar (Lihat bab 2 h. 40) yang merupakan penyampai pesan dari tim medis kepada anggota keluarga pasien yang kemudian dapat dilanjutkan ke pasien, tetapi untuk dimensi kesejahteraan keluarga, seorang anggota keluarga pasien menyampaikan melalui PSM kepada dokter atau yang lainnya seperti yang di kemukakan oleh Sa (Lihat h. 90).

Dimensi terakhir ialah dimensi orientasi masa depan, berdasarkan hasil temuan lapangan, dimensi ini lebih digunakan anggota keluarga pasien untuk mewujudkan rencana maupun keinginan serta harapan-harapan yang ingin dijalani dalam kehidupan anggota keluarga pasien nantinya. karena pada dasarnya untuk pasien, karena telah memasuki masa *terminal*, tidak banyak harapan yang dapat diwujudkan, karena umur pasien dipastikan tidak akan panjang.

Semua keinginan, cita-cita, orientasi masa depan itu tergantung dari kemampuan pasien mengungkapkan keinginannya ke PSM. Pasien perawatan paliatif kanker stadium lanjut tentu saja sebenarnya tidak memiliki masa depan yang baik sehingga tim perawatan paliatif sangat berhati-hati dalam memberikan pelayanan dalam hal ini. Seorang PSM harus lebih ke dalam mempersiapkan keluarganya agar dapat siap menghadapi situasi terburuk pasien.

Selain itu juga, dari hasil berdiskusi dengan anggota keluarga pasien, PSM berperan menjadi konsultan sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Siregar (Lihat bab 2 h. 39) dengan memberikan masukan yang berharga mengenai keinginan dari anggota keluarga untuk berbuat lebih banyak, dalam hal ini klien SA ingin berbuat lebih banyak kepada masyarakat yang berhubungan dengan dunia sosial. SA sangat terbantu oleh masukan dan pengetahuan dari PSM

mengenai keinginannya untuk membangun taman bacaan untuk anak-anak terlantar. Lalu, menurut anggota keluarga pasien lainnya, PSM berjasa dalam membantu membangkitkan semangat pasien untuk terus berusaha sekuat tenaga membantu pasien dalam menjalani perawatannya. Dalam dimensi ini, PSM melaksanakan peran *enabler* dan motivator.

Tabel 4. 3 Peran PSM pada tiap Dimensi Kualitas Hidup

Kualitas Hidup	PSM
Dimensi Fisik	<i>Enabler</i>
Dimensi Kemampuan Fungsional	<i>Enabler</i> , Edukator, Mediator
Dimensi Kesejahteraan Keluarga	<i>Enabler</i> , <i>Motivator</i>
Dimensi Kesejahteraan Emosi	<i>Motivator</i>
Dimensi Spiritual	-
Dimensi Fungsi Sosial	Edukator
Dimensi Kepuasan Layanan	Mediator
Dimensi Orientasi Masa Depan	Konsultan, Edukator, <i>Motivator</i>
Dimensi Seksualitas	Edukator
Dimensi Terapi Okupasi	<i>Enable</i> , <i>Motivator</i>

Sumber: Olahan Sendiri

4.2.2 Menggambarkan hambatan yang dihadapi Pekerja Sosial Medis dalam menjalankan tugasnya untuk mencapai kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga pasien penderita kanker yang sedang menjalani

Hambatan yang di alami oleh Para PSM lebih banyak dari pihak rumah sakit pada umumnya dan Unit Layanan Paliatif dan Kedokteran Kompletmer (ULP&KK) pada khususnya. Ini sejalan dengan ungkapan mba Ai mengenai pengurangan tugas dari PSM itu sendiri, awalnya PSM memiliki peran untuk mengkaji setiap pasien yang datang ke paliatif tanpa terkecuali, tetapi sekarang kegiatan tersebut sudah tidak berjalan lagi karena pihak ULP&KK lebih mempercayakan proses pengkajian kepada administrato yang memang selalu *stand by* di poliklinik paliatif dan juga terkadang kepada dokter yang sedang jaga di poliklinik paliatif. Ini mengakibatkan pengurangan ke-eksistensi-an dari PSM di ULP&KK.

Selain itu juga, permasalahan ekonomi seperti belum lengkapnya sarana dan prasarana yang dimiliki oleh Unit Layanan Paliatif juga menjadi faktor penghambat tersendiri bagi Unit Layanan Paliatif untuk dapat memberikan

perawatan dan pelayanan paliatif yang maksimal kepada pasien dan keluarga pasien. Belum adanya bangsal khusus paliatif di rumah sakit menyebabkan pasien paliatif tidak dapat menjalani perawatan paliatif di rumah sakit (lihat Bab 2, h. 29).

Proses perawatan paliatif rawat rumah juga bermasalah karena PSM biasanya tidak memiliki waktu banyak untuk melaksanakan tugasnya. Keterbatasan kendaraan di rumah sakit kadangkala juga mengakibatkan kunjungan ke rumah pasien menjadi tidak teratur harinya. Selain itu, terbatasnya obat-obatan yang dibawa tim paliatif ketika melakukan kunjungan ke rumah pasien juga menyebabkan proses perawatan dan pelayanan kepada pasien menjadi tertunda. Keterbatasan sarana dan prasarana ini berkaitan faktor penghambat perawatan paliatif yang dikemukakan oleh Boediwarsono mengenai kurangnya dana untuk penelitian dan pengembangan kegiatan paliatif (Lihat bab 2, h. 29), ini semua membuat PSM tidak dapat mengeluarkan kemampuannya secara maksimal

Hambatan dari dalam diri PSM sendiri, terdapat penilaian negatif dari profesi lain yang merasa bahwa PSM kurang berguna dalam membantu penanganan klien dan juga kurangnya kemampuan atau keahlian dari pribadi PSM. Kesibukan karena harus menjaga ruang administrasi untuk menjadi administrator Instalasi Rehabilitasi Medis (IRM) sehingga menjadi kurang aktif

Kurangnya kesempatan untuk terlibat dalam suatu kunjungan ker rumah (*home visit*) juga menjadi salah satu hambatan untuk PSM, menurut tim medis paliatif seperti yang diungkapkan oleh Dokter 2, pemberian pelayanan paliatif kepada keluarga pasien paliatif biasanya melibatkan Dokter, Perawat dan Pekerja Sosial Medis. Namun dokter dan perawat tidak memberikan pelayanan kepada keluarga pasien paliatif berupa perawatan fisik, mereka lebih kepada pelayanan dalam bentuk pemberian dukungan moral dan spiritual sebab dokter dan perawatlah yang paling sering bertemu dengan pasien dan keluarga pasien.

Dorongan pertama dari dalam diri PSM, adalah panggilan jiwa untuk selalu membantu orang lain secara ikhlas. Selain itu, PSM memiliki kelebihan dari profesi lainnya, yaitu teknik dan kemampuan non medis yang lebih baik sehingga dapat menjadi dorongan untuk selalu bekerja dengan baik. Dari pihak tenaga medis berpendapat bahwa PSM mempunyai kelebihan dalam berinteraksi dengan

orang lain sehingga hal tersebut juga dapat menjadi pendorong untuk dapat melaksanakan tugasnya dengan sebaik-baiknya.

