

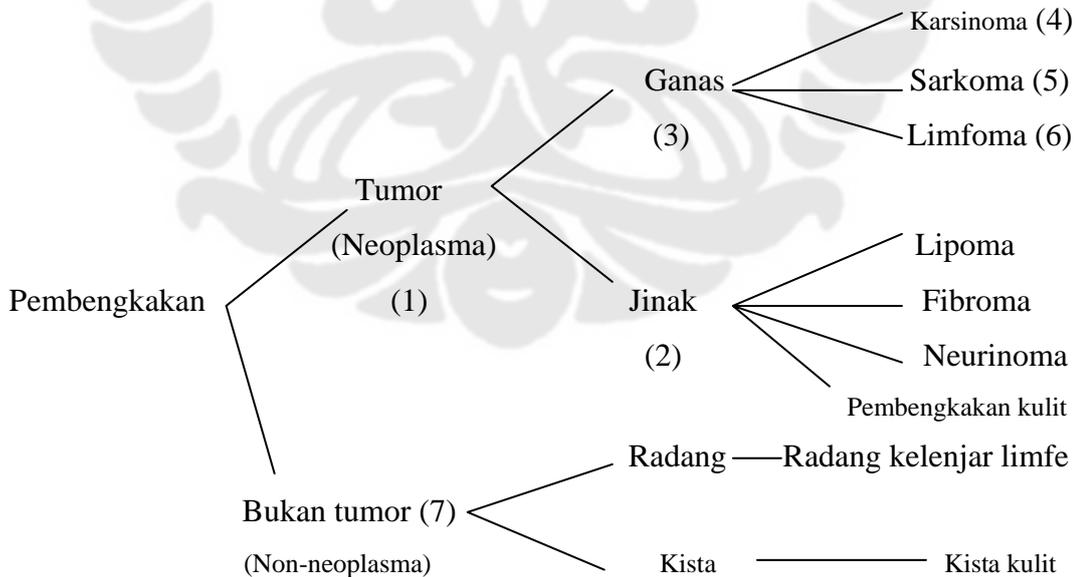
BAB 2

PEKERJA SOSIAL, PERAWATAN PALIATIF DAN KANKER STADIUM LANJUT

2.1 Pasien kanker stadium lanjut (IV) dalam masa dewasa awal dan dewasa menengah yang menjalani perawatan paliatif

2.1.1 Tinjauan tentang penyakit kanker

Kanker yang memasuki saat-saat *terminal* adalah kanker yang sudah dalam tahap stadium lanjut yang artinya kondisi fisiknya sudah sangat buruk. Terdapat 4 stadium atau tahapan keganasan penyakit kanker, yaitu stadium I, II, III, dan IV. Lebih jelasnya, tahapan kanker terbagi atas stadium IA, IB, dan IIA, yang disebut dengan stadium kanker invasif dini, dan stadium IIB, stadium IIIA-IIIIB, dan stadium IVA-IVB atau stadium kanker invasif lanjut (*Pencegahan Kanker*, 20 Mei 2007). Dan pasien-pasien yang menjalani perawatan paliatif ialah pasien ber stadium IV A – IV B atau stadium kanker invasif lanjut. Berikut skema alur perkembangan kanker:



Gambar 2.1 Alur Perkembangan Kanker

Sumber : De Jong, 2002, h. 3

*Keterangan :

Pertumbuhan abnormal karena pembelahan sel dapat menyebabkan neoplasma (= pertumbuhan baru = benjolan = tumor (1) Suatu tumor dapat jinak/benigna (2) atau ganas/maligna (3). Tumor ganas disebut kanker (3) Ada banyak jenis kanker, tergantung pada organ atau jaringan tempatnya tumbuh. Kanker-kanker yang paling banyak muncul termasuk golongan karsinoma (4), sarkoma (5), limfoma (6) yang semuanya berstadium I, II, III, dan IV. Suatu non-neoplasma, dengan benjolan (7) ialah suatu pembengkakan yang bukan tumor (jinak ataupun ganas).

Sampai saat ini, masih menjadi perdebatan mengenai penyebab seseorang mengidap kanker. Yang sudah diketahui ialah bahwa kanker disebabkan oleh banyak faktor dan berkembang dalam waktu bertahun-tahun. Berikut adalah faktor-faktor yang paling banyak menyebabkan timbulnya kanker (Ghofar, 2009, h. 13-18) :

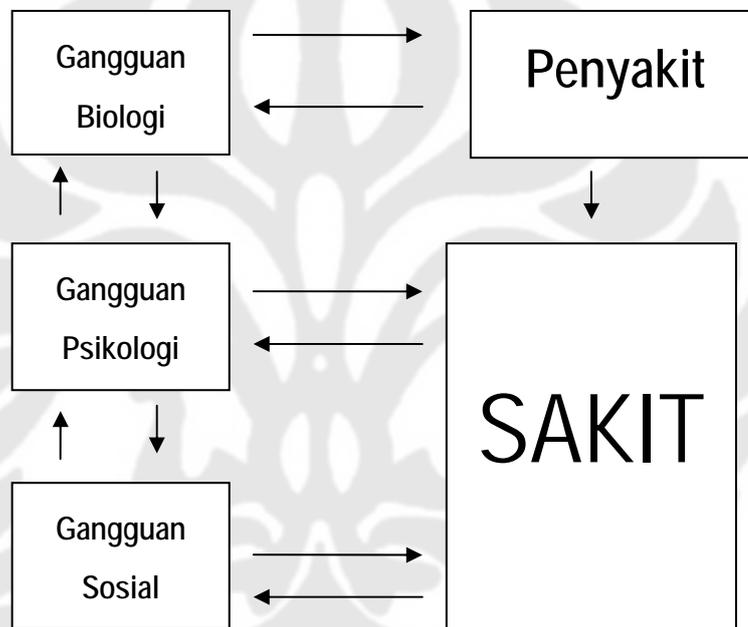
- 1) Umur
- 2) Tembakau
- 3) Sinar matahari
- 4) Zat-zat kimia
- 5) Infeksi virus dan bakteri
- 6) Diet, kegemukan dan kurang gerak
- 7) Alkohol
- 8) Hormon
- 9) Riwayat keluarga

2.1.2 Aspek bio-psiko-sosial dalam penyakit kanker stadium lanjut (IV)

Pengobatan pada penderita kanker stadium lanjut (IV) mengacu pada prosedur medis yg diberikan pada penderita kanker, sedangkan penanganan mengacu kepada pendampingan secara menyeluruh, meliputi aspek medis dan non-medis, yaitu aspek psiko dan sosial, atau yg biasa disebut dengan aspek bio-psiko-sosial, sesuai dengan model yang diajukan Engel dalam model biopsikososial (Djauzi, 2004, h. 3) yaitu model yang mencakup faktor psikologi, sosial dan perilaku,

pendekatan yang merupakan landasan ilmiah dalam upaya mengasuh pasien, karena raga yang mengidap penyakit dipersatukan lagi dengan dimensi psikososialnya yang dapat mempengaruhi perjalanan penyakitnya, model ini juga membedakan pengertian penyakit (perubahan struktur jaringan dan organ yang menimbulkan kelainan) dan sakit (yang dirasakan pasien).

Kedua aspek ini harus ditangani karena pasien ingin bebas dari penyakit dan merasa sehat, hubungan antara penyakit dan sakit dalam model konsep biopsikososial dapat dilihat pada gambar 2.2 :



Gambar 2.2 Model untuk menjelaskan terjadinya sakit

Sumber: Engel 1977 dalam (Djauzi, 2004, h. 3)

2.1.3 Fungsi Sosial pada masa dewasa awal dan dewasa menengah

Tahap dewasa awal atau *early adulthood*, menurut Havighurst (dalam Adi, 1994) berkisar antara usia 18-30 tahun sementara tahap dewasa menengah atau *middle age* berkisar antara 30-55 tahun. Robert J. Havighurst dalam Adi (1994, h. 123) juga menjelaskan mengenai tahapan perkembangan yang lebih operasional dan terkait dengan tugas pendidikan individu pada masa dewasa awal (*early adulthood*) dan dewasa menengah (*middle age*), yaitu:

- Dewasa Awal (*Early Adulthood*)

- a. Memilih suami/istri
- b. Belajar hidup dengan suami/istri
- c. Memulai kehidupan sebagai keluarga yang utuh (belajar menyesuaikan diri setelah kelahiran anak pertama)
- d. Mengasuh anak
- e. Mengelola rumah tangga
- f. Mulai memasuki dunia pekerjaan
- g. Bertanggung jawab dalam kaitan dengan tetangga, komunitas, maupun lingkungan sosial yang lebih besar
- h. Mencari kelompok sosial yang sesuai dengannya

- Dewasa Menengah (*Middle Age*)

- a. Mengembangkan kemampuan untuk mencapai tanggung jawab sosial sebagai warga negara secara lebih dewasa
- b. Memantapkan dan memelihara standar kehidupan ekonomi (personal maupun keluarga)
- c. Membantu remaja usia belasan agar dapat menjadi orang dewasa yang bertanggung jawab dan bahagia
- d. Mengembangkan kegiatan rekreasi yang biasa dilakukan orang-orang dewasa
- e. Memperlakukan pasangannya (suami/istri) sebagai manusia
- f. Menyesuaikan diri dan menerima perubahan fisik yang terjadi pada usia tengah baya

2.1.4 Tinjauan tentang perawatan paliatif (*Palliative care/total care*)

2.1.4.1 Falsafah perawatan paliatif

Didasari pada falsafah bahwa setiap penderita mempunyai hak untuk mendapat perawatan yang terbaik sampai akhir hayatnya, maka bagi penderita kanker yang

penyakitnya tidak berangsur sembuh, perawatan diberikan untuk mengurangi penderitaannya, sehingga kualitas hidup tetap dapat dipertahankan dan meninggal dengan tenang dalam imam(Djauzi et al., 2003, hal 2)

2.1.4.2 Definisi perawatan paliatif

Definisi awal dari Definisi awal dari pengobatan paliatif mulai dikenal di Inggris pada tahun 1987 (Doyle, 1998, h. 3).

“Palliative medicine is the study and management of patients with active, progressive, far-advanced disease for whom the prognosis is limited and the focus of care is the quality of life.”

(Pengobatan paliatif merupakan suatu studi dan penanganan terhadap pasien-pasien dengan penyakit yang aktif, progresif dan lama yang mana prognosisnya terbatas dan fokus perawatannya adalah pada kualitas hidup).

Organisasi kesehatan dunia atau WHO mendefinisikan perawatan paliatif (Djauzi et al., 2003, h. 2) sebagai berikut:

“Semua tindakan aktif guna meringankan beban penderita, terutama yang tak mungkin disembuhkan. Tindakan aktif yang dimaksud antara lain menghilangkan nyeri dan keluhan lain, serta mengupayakan perbaikan dalam aspek psikologis, sosial dan spiritual”

2.1.4.3 Tujuan perawatan paliatif

Masih menurut WHO, tujuan perawatan paliatif adalah untuk mencapai kualitas hidup maksimal bagi penderita dan keluarga. Perawatan paliatif tidak hanya diberikan bagi penderita menjelang akhir hayatnya, namun sudah dapat dimulai segera setelah diagnosis penyakit (kanker) ditegakkan, dan dilaksanakan bersama dengan pengobatan kuratif. Lebih lanjut lagi, Organisasi Kesehatan Dunia menekankan bahwa pelayanan paliatif berpijak pada pola dasar (Djauzi et al., 2003, h.. 2-3), berikut ini :

1. Meningkatkan kualitas hidup dan menganggap kematian sebagai proses normal

2. Tidak mempercepat atau menunda kematian
3. Menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu
4. Menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual
5. Mengusahakan agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya
6. Mengusahakan membantu mengatasi suasana duka cita pada keluarga

Sehingga dari uraian diatas, jelas bahwa pemanfaatan sistem perawatan medis memegang peranan penting untuk diterapkan dalam prinsip perawatan paliatif (Djauzi et al., 2003, h. 7)

2.1.4.4 Peranan perawatan paliatif penyakit kanker

Disuatu pusat penanggulangan penyakit kanker, biasanya penderita terbanyak adalah pasien stadium paliatif. Dianut pengertian bahwa (Djauzi et al., 2003, h. 4):

- 1) Kelanjutan dan kesinambungan perawatan adalah hal yang sangat penting dan diutamakan. Tim paliatif harus dikenal oleh penderta dan keluarga, dan berperan sebagai sumber informasi dan sumber dukungan mental
- 2) Nyeri dan gejala lain dievaluasi secara cermat dan didokumentasi sehingga perkembangannya dapat dikontrol. Protokol untuk pengawasan perawatan di rumah diberikan kepada pelaku rawat (*care giver*)
- 3) Tim paliatif harus dapat menganalisis dan menentukan prioritas penyelesaian, bila ada masalah yang terkait dengan pasien, keluarga, dan upaya medis
- 4) Perawatan di rumah penderita harus dipersiapkan dengan matang. Penyuluhan kepada penderita dan keluarga telah dimulai sejak penderita berkonsultasi dengan pihak rumah sakit. Tim perawat dan terapis untuk perawatan di rumah segera dipersiapkan, termasuk jadwal kunjungan rumah. Ikatan antara rumah sakit dengan penderita di rumah selalu terjalin, lebih baik lagi, bila dokter keluarga menjadi jembatan dalam ikatan ini

2.1.4.5 Masalah-masalah sosial pasien dan anggota keluarga pasien dalam perawatan paliatif

Hubungan dengan orang lain, baik itu keluarga maupun teman, memiliki pengaruh yang besar untuk mengatasi permasalahan tentang penyakit kanker yang menimpa pasien. Tanpa perlindungan yang cukup, hubungan yang erat membentuk sebuah alat untuk melawan stress karena penyakit yang dideritanya (Woodruff, 1993, h. 346-348). Berikut ini adalah masalah sosial pasien :

1) Masalah dalam hubungan antar pribadi

- a) Karena reaksi pasien terhasap penyakitnya : seperti kecemasan, ketakutan, amarah, merasa bersalah, depresi, antisipatoris, mengeluh
- b) Karena reaksi orang lain terhadap penyakit pasien : seperti kecemasan, ketakutan, amarah, merasa bersalah, depresi, antisipatoris, mengeluh
- c) Membuat masalah antar pribadi menjadi lebih buruk dari sebelum sakit
- d) Masalah pernikahan
- e) Ketidak-sepakatan mengenai terapi anti kanker

2) Masalah keluarga

Keluarga dari pasien yang terkena penyakit kanker akan rentan merasakan ketegangan dan tekanan, baik secara psikis dan fisik. Akan terlihat lebih nyata bila pasien dirawat di rumah tetapi bisa diseimbangkan dengan penyesuaian diri lebih mudah setelah kematian pasien dan perasaan dalam tenang sesuatu yang bermanfaat dalam merawat pasien di rumah.

a) Pergantian peran

Kondisi yang menurun, membuat tugas-tugas yang biasanya pasien dapatkan didalam keluarga akan digantikan oleh orang lain terutama dalam hal finansial, sehingga seorang pasien dapat merasa tidak berguna, terisolasi dan depresi

b) Peran baru

Keluarga pasien mendapat peran baru dalam merawat pasien di rumah, terutama dalam hal mengganti baju, keperluan toilet pasien yang sebelumnya diajari oleh orang-orang yang lebih orofesional sehingga keluarga tentang merasa cemas apabila ternyata terdapat kesalahan dalam

merawat pasien serta tidak dapat mengantiipasi masalah yang mungkin muncul.

c) Koping mekanisme bagi yang tidak dapat menyesuaikan diri

Seperti halnya pasien individual, koping mekanismenya oleh keluarga yang memungkinkan menderita secara tertutup daripada menguranginya. Sebuah keluarga yang terlalu melindungi memungkinkan untuk mencoba untuk mem-blok komunikasi dari tim pelayanan kesehatan, membiarkan pasien dengan kecemasan atau ketidakpastian dan perasaan terisolasi.

d) Kelelahan

Kelelahan secara psikologis dan fisik terjadi berulang kali didalam anggota keluarga pasien yang tidak mungkin terselamatkan.

3) Peningkatan masalah fisik dan psikis dengan perkembangan penyakit

4) Kebutuhan finansial dan hukum

2.1.4.6 Faktor-faktor pendukung dan penghambat perawatan paliatif

Usaha perbaikan kualitas hidup bagi pasien dan keluarga pasien akan lebih efektif dengan adanya (Boediwarsono, 2002, h. 327) :

a) Pengembangan pusat kegiatan paliatif

b) Pengertian yang mendalam tentang penggunaan analgetika

c) Pengertian tentang kebutuhan dari pasien dan keluarga pasien dalam usaha mengatasi keluhan

d) Kesepakatan bahwa menghilangkan gejala untuk mencapai kualitas hidup yang baik adalah hal penting pada penderita kanker stadium lanjut

Adapun hambatan yang sering dijumpai dalam melaksanakan kegiatan paliatif ialah (Boediwarsono, 2002, h. 327) :

a) Tidak adanya kebijakan dari pemerintah tentang kegiatan paliatif dan bebas nyeri dalam suatu negara

b) Tidak adanya pendidikan untuk petugas kesehatan, penentu kebijakan, administrator serta masyarakat sehubungan dengan kegiatan paliatif

- c) Penyalahgunaan obat bius menyebabkan pengawasan yang ketat akan penggunaan obat tersebut
- d) Jumlah obat yang sangat terbatas terutama di negara yang sedang berkembang (analgetika)
- e) Kurangnya pengetahuan petugas kesehatan tentang obat analgesik
- f) Kurangnya dana untuk penelitian dan pengembangan kegiatan paliatif

2.1.5 Ketakutan akan kematian dan tahapan dalam menghadapi penyakit kanker stadium lanjut (IV)

Ketika menengok masa lampau dan mempelajari budaya serta masyarakat kuno, kita akan terkesan mengetahui bahwa kematian tidak disukai, dan mungkin akan terus demikian. Pasien yang menjelang ajal harus melalui banyak tahap dalam perjuangannya untuk menerima penyakit dan kematiannya, kemungkinan selama beberapa waktu ia menolak berita buruk tersebut dan terus bersikap seolah-olah ia sehat dan sekuat sebelum ia sakit (Kubler, 1998, h. 1)

Lebih jauh lagi berkaitan dengan masalah-masalah psikologis dan sosial yang dihadapi oleh pasien dengan penyakit terminal, telah mengidentifikasi lima tahap yang mungkin dilewati oleh pasien penyakit terminal, yang divonis tidak akan hidup lama lagi, yaitu (Zastrow, 1996, h. 505) :

1) Tahap Kaget

Biasanya hal ini sudah dilalui oleh penderita penyakit terminal (*terminal-ill*). Tetapi adakalanya mereka masih juga “kaget” dan tidak percaya bila diberitahu atau menyadari kondisi sebenarnya. Dalam situasi ini penderita tampak kebingungan bahkan yang bersangkutan dapat melakukan segala sesuatu tanpa disadari atau tampak seperti orang linglung. Kecelakaan mudah terjadi pada saat ini. Adakalanya orang-orang tertentu ingin menyendiri untuk mengumpulkan energi mental dan ingin membuat rencana masa depannya.

2) Tahap Penolakan

Pada tahap ini penolakan sering terjadi tidak saja pada penderita tetapi juga pada keluarga. Untuk perawatan yang berkualitas sebaiknya keluarga diberi

penerangan-penerangan yang intensif agar timbul kesadaran dan tidak lari dari kenyataan.

3) Tahap Amarah

Pada tahap ini penderita marah-marah dan tidak jarang menyalahkan keluarga, tim medis bahkan Tuhan atau takdir yang diterimanya. Kondisi yang hipersensitif dan ledakan emosi tidak jarang menjemukan keluarga bahkan tim medis, yang tidak jarang diakhiri dengan saling balas-membalas oleh anggota tim.

4) Tahap Tawar-Menawar

Pada tahap ini tampak sekali penderita berada dalam konflik antar “mengetahui” ajal mendekat dengan keinginan menyelesaikan tujuan hidup. Dalam fase ini ada juga perasaan takut sekarat, takut mati dan takut pergi sendirian. Untuk itu masukan-masukan keagamaan sudah harus diperhatikan.

5) Tahap Depresi

Disini penderita pasif sekali bahkan ada yang melakukan penelantaran diri bahkan percobaan bunuh diri. Pada umumnya untuk para Dokter, ini adalah “tanda-tanda” ajal makin mendekat. Adakalanya dalam keadaan depresi, orang-orang ingin menyendiri untuk mengumpulkan sisa tenaga dan pemikiran membuat keputusan yang tepat.

6) Tahap Pasrah

Sebetulnya bila seseorang mendekati ajalnya maka ia akan sampai ke tahap pasrah. Pada tahap ini bila ia masih memiliki kekuatan fisik dan kejernihan berpikir maka masih ada harapan untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Lebih lanjut lagi, Ross (dalam Zastrow, 1996) mencatat bahwa tidak setiap orang akan mengalami kemajuan ketika melewati tahap-tahap tersebut, seringkali terjadi perubahan yang amat tidak diduga dan malah mengalami kemunduran ke tahap sebelumnya. Misalnya, seorang pasien akan dapat mengatasi tahap

penolakan menjadi depresi, menjadi kegusaran dan kemarahan, dan kembali lagi ke penolakan, kemudian menjadi tawar-menawar, depresi, dan selanjutnya. Ketakutan seorang pasien paliatif stadium lanjut biasanya telah masuk dalam tahapan *early adulthood* dan *middle age*. Terkait dengan tugas perkembangan yang dimiliki oleh individu itu, maka kematian mendadak seseorang yang berusia produktif lebih sulit diterima karena tiga alasan:

- 1) Masyarakat tidak memiliki waktu untuk menyiapkan diri akan kematiannya.
- 2) Masyarakat merasa bahwa kematian mendadak di masa produktif merupakan suatu kesedihan yang amat sangat sebab orang tersebut belum dapat menikmati hal-hal yang baik dalam kehidupan.
- 3) Masyarakat tidak memiliki kesempatan untuk melakukan hubungan “penutupan”: masyarakat mungkin merasa bahwa mereka tidak memiliki kesempatan untuk menyelesaikan konflik antarpribadi yang terjadi antara mereka (Zastrow, 1996, h. 607).

2.2. Peran Pekerja Sosial Medis dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit

2.2.1 Definisi Kesejahteraan Sosial

Menurut Undang-undang Republik Indonesia nomor 11 tahun 2009, kesejahteraan sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya.

2.2.2 Fungsi Sosial Manusia

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. Dalam ilmu Kesejahteraan Sosial, terdapat metode intervensi sosial pada level mikro (*micro intervention*) yang pada dasarnya merupakan suatu upaya untuk memperbaiki keberfungsian sosial (*social*

functioning) dari kelompok sasaran perubahan, dalam hal ini individu, keluarga dan kelompok kecil (Adi, 2005, h. 36).

Keberfungsian sosial, dalam kasus ini, secara sederhana dapat dikatakan sebagai kemampuan individu, keluarga ataupun kelompok kecil untuk menjalankan peran sosialnya sesuai dengan harapan lingkungannya. Benjamin, Bessant dan Watts 1997 (dalam Adi, 2005) mendefinisikan peran sebagai seperangkat aturan, nilai dan aspirasi untuk hidup sebagai anggota masyarakat, sehingga peran sosial yang harus dijalankan oleh individu, keluarga ataupun kelompok kecil adalah peran-peran yang sudah disepakati ataupun menjadi aturan umum dalam masyarakat dimana mereka berada.

2.2.3 Definsi Pekerja Sosial

Konsep pekerja sosial digunakan untuk menggambarkan seseorang yang bergelut di bidang pekerjaan sosial yang berasal (lulusan) dari pendidikan pekerjaan sosial ataupun ilmu kesejahteraan sosial (Adi, 2005, h. 15). Kewenangan (otoritas) yang diberikan pada pekerja sosial dari pemerintah mengarah pada kesejahteraan sosial (dalam arti sempit) yang terkait dengan hal-hal yang bersifat mikro.

Pekerja sosial menurut *National Association of Social Workers*: (Zastrow, 1996, h. 10), yaitu: “Pekerja sosial adalah aktivitas profesional untuk menolong individu, kelompok atau komunitas untuk meningkatkan atau mengembalikan kapasitas fungsi sosial mereka dan untuk menciptakan kondisi sosial yang baik untuk mencapai tujuan mereka.”

2.2.4 Peran-peran Pekerja Sosial

Dalam menjalankan fungsi sebagai pekerja sosial, tentu ada peran2 yang dapat dijalankan dalam proses pemberian bantuan terhadap seorang pasien, secara umum, peran-peran yg dijalankan seorang pekerja sosial adalah (Zastrow, 1996, h. 584-586) :

1. *Enabler* (Pemercepat Perubahan) : Seorang pekerja sosial menolong individu atau kelompok untuk menentukan kebutuhan mereka, mengklarifikasi dan mengidentifikasi permasalahan mereka, mengeksplorasi strategi perubahan,

memilih dan menerapkan strategi tersebut dan mengembangkan kapasitas mereka untuk menghadapi permasalahan mereka secara lebih efektif.

2. *Broker* (Perantara) : Seorang *broker* menghubungkan individu atau kelompok yang membutuhkan pertolongan (dan tidak mengetahui dimana pertolongan itu tersedia) dengan pelayanan-pelayanan masyarakat.
3. *Advocate* (Advokat) : Peran ini merupakan peran yang aktif dan langsung dimana Pekerja Sosial memperkenalkan klien atau kelompok masyarakat kembali. Seorang advokat menyediakan petunjuk untuk mengumpulkan informasi, mengargumentasikan validitas kebutuhan klien dan permintaannya, serta menarik keputusan institusi yang tidak mau memberikan pelayanan. Tujuannya bujan untuk mengecam institusi, tetapi agar kebijakan pelayanan yang ada di modifikasi maupun diubah.
4. *Empowerer* (Pemberdaya) : Mengembangkan kekapasitas klien untuk mengerti lingkungan mereka, membuat pilihan, bertanggung-jawab terhadap pilihannya tersebut, dan mempengaruhi situasi kehidupan mereka melalui organisasi dan advokasi. Selain itu, untuk mencari pendistribusian yang seimbang dari sumber-sumber yang ada dan kekuatan yang berbeda dari setiap kelompok di dalam masyarakat.
5. *Activist* (*Aktifis*) : Seorang aktifis berperan untuk mencari perubahan kelembagaan (institusional) yang mendasar, seringkali objeknya meliputi perubahan pada kekuasaan dan sumber-sumbernya yang merugikan kelompok. Seorang aktifis memberikan perhatian kepada keadilan sosial, ketidak-adilan, dan perampasan.
6. *Mediator* (*Penengah*) : Peran mediator meliputi intervensi dalam menangani perselisihan diantara beberapa pihak untuk membantu mereka mencari persetujuan, mendamaikan perbedaan atau meraih persetujuan yang memuaskan semua pihak.
7. *Negotiator* : Seorang negotiator mengajukan kerja sama diantara orang yang terlibat dalam satu konflik atau beberapa isu dan mencoba untuk mencapai penawaran dan persetujuan untuk mencapai persetujuan yang dapat saling diterima.

8. *Educator* : Peran pendidik yaitu memberikan informasi kepada klien dan mengajarkan mereka keterampilan untuk beradaptasi.
9. *Initiator* : Seorang inisiator menunjukkan perhatian pada suatu masalah atau bahkan pada hal-hal yang berpotensi menjadi masalah.
10. *Coordinator* : Seorang coordinator membawa beberapa komponen secara bersama-sama dalam beberapa cara teratur.
11. *Researcher* : Setiap pekerja sosial pada saat itu adalah peneliti, meliputi mempelajari literatur mengenai topik yang menarik, mengevaluasi hasil dari praktek yang dilakukan, menilai kelebihan dan kekurangan program dan mempelajari kebutuhan masyarakat.
12. *Group Facilitator* : Grup fasilitator adalah orang yang menjalankan peran sebagai pemimpin dalam aktivitas kelompok. Kelompok tersebut dapat berupa kelompok terapi, kelompok pendidikan, kelompok pertolongan terhadap diri sendiri atau kelompok dengan fokus lainnya.
13. *Public Speaker* : Pekerja sosial adakalanya direkrut untuk berbicara kepada berbagai kelompok (contoh: kelas-kelas di sekolah, organisasi pelayanan umum seperti Kiwanis, petugas kepolisian, staf dari organisasi lain) untuk menginformasikan kepada mereka pelayanan yang tersedia atau untuk menganjurkan pelayanan baru.

2.2.5 Keterampilan Pekerja Sosial

Menurut Federico (Zastrow, 1996, h. 616-617) keterampilan yang harus dimiliki pekerja sosial dilihat dari peran dan aktivitas mereka:

1. *Outreach worker* : Menjangkau masyarakat untuk mengidentifikasi kebutuhan dan memfollow up rujukan untuk proses pelayanan.
2. *Broker* : Mengetahui pelayanan yang tepat dan meyakinkan orang-orang yang membutuhkan mendapat pelayanan yang tepat.
3. *Advocate* : Membantu klien untuk mendapatkan pelayanan sewaktu memungkinkan untuk di tolak dan membantu untuk menyebarkan pelayanan untuk orang-orang yang lebih membutuhkan

4. *Evaluation* : Mengevaluasi kebutuhan dan sumber daya, menghasilkan alternatif untuk memenuhi kebutuhan dan membuat keputusan diantara beberapa alternatif.
5. *Teacher* : Mengajarkan kenyataan dan keterampilan.
6. *Mobilizer* : Membantu untuk mengembangkan pelayanan baru
7. *Behavior changer* : Membantu untuk merubah perilaku manusia
8. *Consultant* : Bekerja sama dengan berbagai profesional lain untuk membantu mereka agar lebih efektif dalam menyediakan pelayanan.
9. *Community Planner* : Membantu kelompok masyarakat untuk merencanakan kebutuhan kesejahteraan masyarakat secara efektif.
10. *Care Giver* : Menyediakan pelayanan dukungan kepada orang-orang yang tidak bisa memecahkan masalahnya dan menentukan kebutuhannya.
11. *Data Manager* : Mengoleksi data-data dan menganalisisnya untuk menentukan tujuan.
12. *Administrator* : Menyelenggarakan berbagai aktivitas penting untuk merencanakan dan mengimplementasikan program pelayanan.

2.2.6 Prinsip-prinsip Pekerjaan Sosial

Menurut Henry Maas dalam (Adi, 1994, h. 16-19), ada enam prinsip dasar dalam praktek pekerjaan sosial, terutama ketika menerapkan metode bimbingan sosial (*Social Casework*) :

1. Penerimaan (*Acceptance*)

Prinsip ini mengemukakan bahwa pekerja sosial menerima klien tanpa “menghakimi” klien tersebut terlebih dahulu, kemampuan pekerja sosial untuk menerima klien dengan sewajarnya (apa adanya) akan banyak membantu perkembangan relasi antara pekerja sosial dengan kliennya. Dengan adanya sikap *acceptance* (menerima keadaan klien apa adanya) maka klien akan dapat merasa lebih percaya diri dan tidak “kaku” dalam berbicara dengan pekerja sosial, sehingga ia (klien) dapat mengungkapkan berbagai macam perasaan dan permasalahan yang mengganjal di hatinya.

2. Komunikasi (*Communication*)

Prinsip komunikasi ini erat kaitannya dengan kemampuan pekerja sosial untuk menangkap informasi ataupun pesan yang dikemukakan oleh klien, baik dalam bentuk komunikasi yang verbal, yang diungkapkan klien ataupun sistem klien, maupun bentuk komunikasi nonverbal, seperti cara duduk klien, posisi ataupun letak duduk dalam suatu pertemuan dengan anggota keluarga yang lain, cara bicara, cara berpakaian, dan lain sebagainya.

3. Individualisasi (*Individualization*)

Prinsip individualisasi, pada intinya menganggap setiap individu berbeda satu dengan yang lainnya, sehingga seorang pekerja sosial haruslah menyesuaikan cara memberi bantuan dengan setiap kliennya, guna mendapatkan hasil yang diinginkan.

4. Partisipasi (*Participation*)

Berdasarkan prinsip ini, seorang pekerja sosial harus mengajak kliennya untuk berperan aktif dalam upaya mengatasi permasalahan yang dihadapinya, sehingga klien ataupun sistem klien juga mempunyai rasa tanggung jawab terhadap keberhasilan proses pemberian bantuan tersebut. Karena tanpa ada kerja sama dan peran serta dari klien maka upaya pemberian bantuan sulit untuk mendapat hasil yang optimal.

5. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Prinsip kerahasiaan ini akan memungkinkan klien ataupun sistem klien mengungkapkan apa yang sedang ia rasakan dan permasalahan yang ia hadapi dengan rasa aman, karena ia yakin bahwa apa yang ia utarakan dalam hubungan kerjasama dengan pekerja sosial akan tetap dijaga (dirahasiakan) oleh pekerja sosial agar tidak diketahui oleh orang lain (mereka yang tidak berkepentingan).

6. Kesadaran diri pekerja sosial (*Worker Self-Awareness*)

Prinsip self-awareness ini menuntut pekerja sosial untuk bersikap profesional dalam menjalin relasi dengan kliennya, dalam arti bahwa pekerja sosial harus mampu mengendalikan dirinya sehingga tidak terhanyut oleh perasaan ataupun permasalahan yang dihadapi oleh kliennya.

2.2.7 Definisi Pekerjaan Sosial Medis

Pekerjaan sosial medis mulai berkembang di negara-negara maju seperti Amerika Serikat dan Eropa Barat. Sejarah lahirnya pekerja sosial medis dimulai di Inggris pada tahun 1895 dimana seorang pekerja sosial dari The London Charity Organization Society telah ditempatkan pada The Royal Free Hospital. Selanjutnya pada tahun 1905 di Amerika Serikat, Dr Richard Cabot (seorang dokter yang tertarik dengan keterkaitan antara penyakit dengan kemiskinan) mendirikan dan memperkerjakan pekerja sosial medis pada The Massachusetts General Hospital. Pekerja sosial yang dipekerjakan tersebut bernama Ida Cannon pada awalnya bekerja sebagai visiting nurse di daerah kumuh (*slum areas*) sepanjang sungai Mississippi di St Paul, Minnesota. Setelah mendapat inspirasi dari Jane Addams (seorang pekerja sosial yang bekerja pada setting perumahan). Ida Cannon akhirnya mau belajar ke Boston School of social Work. Di Boston Ida Cannon bertemu dengan Dr. Richard Cabot, dan akhirnya dipekerjakan menjadi pekerja sosial medis di rumah sakit umum Massachusetts. Sejak saat itu perkembangan pekerjaan sosial medis semakin pesat dan diakui oleh Asosiasi Rumah Sakit Amerika dan WHO (Adi Fahrudin, Drs, M.Soc.Sc, PhD, dalam seminar sinergitas, 23 mei 2007 di Rumahsakit Dharmais),.

Dr. Richard Cabot melihat bahwa efektivitas pengobatan lebih meningkat bila melibatkan pekerja sosial, karena mereka dapat menolong pasien yang memiliki masalah individual dan keluarga. Dengan fungsi dan peranan profesi pekerjaan sosial di rumah sakit, maka bagi pihak yang bekerja di rumah sakit yang khusus menangani masalah sosial emosional yang berkaitan dengan sakit dan pengobatannya dinamakan pekerja sosial medis (*medical social worker*).

Definisi dari Pekerjaan Sosial Medis menurut Frieflander (Adi Fahrudin, Drs, M.Soc.Sc, PhD, dalam seminar sinergitas, 23 mei 2007 di Rumahsakit Dharmais),

Pekerjaan sosial medis adalah pelayanan yang bercirikan pada bantuan sosial dan emosional yang mempengaruhi pasien dalam hubungannya dengan penyakit dan penyembuhannya. Fahrudin juga menambahkan bahwa :

“Medical social work : the social work practice that occurs in hospital and others health care setting to facilitate good health, prevent illness, and aid physically patients and their families to resolve the social and psychological problems related to the illness. “

(Pekerjaan sosial medis adalah pekerjaan sosial yang berada di rumahsakit serta pelayanan kesehatan lainnya untuk memfasilitasi kesehatan yang baik, mencegah penyakitm dan menambah kemampuan fisik pasien dan anggota keluarga mereka untuk menemukan pemecahan masalah social dan psikologis yang berhubungan dengan penyakit)

2.2.8 Peran Pekerja Sosial Medis di dalam setting Rumah Sakit

Menurut sejarahnya, profesi Pekerja Sosial Medis merupakan pengembangan dari profesi Pekerja Sosial karena kebutuhan akan adanya profesi pekerja sosial di rumah sakit. Dan pada dasarnya, rumah sakit dan klinik medik adalah lahan kedua (*secondary setting*) bagi pekerja sosial karena lahan utamanya adalah sosial (Zastrow, 1996, h. 42).

Pekerja Sosial Medik / PSM atau Medical Social Worker yaitu sebagai salah satu tenaga profesional di bidang kesehatan khususnya di Rumahsakit (RS). Sesuai dengan namanya, maka ruang lingkup tugas PSM adalah dalam aspek sosial dari pasien, keluarga pasien, lingkungan domisili pasien, pekerjaan pasien, bahkan juga aspek sosial dari RS sendiri. Filosofi yang mendasari diperlukannya PSM di RS adalah karena permasalahan yang dihadapi pasien tidak berhenti pada masalah medis dan keperawatan saja, tetapi seringkali, masalah psikososial dan ekonomi pasien dan keluarganya, menjadi faktor pemberat dan atau penyulit pasien, baik ketika dirawat di RS, berobat jalan di RS, maupun ketika pasien sudah kembali kerumah. Peran Pekerja Sosial Medis antara lain ialah mediator, motivator, edukator. fasilitator. konselor. terapis, pelaksana Home Visit, dll (Soetoto dalam seminar sinergitas, 23 mei 2007 di Rumah Sakit Kanker “Dharmais”)

Departemen Kesehatan, melalui Direktorat Jendral Pelayanan Medik, menerbitkan buku pedoman pelayanan rehabilitasi medik di Rumahsakit Kelas A. B. C yang menyebutkan bahwa tugas Pekerja Sosial Medis adalah (Departemen Kesehatan, 2007, h. 11-12):

1. Memantau keadaan sosial ekonomi pasien (wawancara, survei)
2. Memberikan bimbingan sosial kepada pasien dan keluarganya (motivasi, alternatif pemecahan masalah, dukungan psikologis)
3. *Home visit.*
4. Membuat studi kasus.
5. Membuat laporan berkala.
6. Membantu administrasi klaim asuransi.
7. Menjalin kerjasama dengan badan2 sosial, instansi pemerintah dan donatur untuk membantu memecahkan masalah pasien dan keluarganya
8. Menyiapkan rencana pemulangan pasien (kelurga, lingkungan, dll)
9. Menyiapkan tempat latihan kerja/ketrampilan bagi pasien yang disiapkan untuk pulang
10. Menyusun tata laksana kerja PSM.
11. Mengikuti dan atau menyelenggarakan diklat : seminar / simposium / pelatihan / workshop / kursus / pendidikan berkelanjutan / peningkatan jenjang pendidikan formal.

Selain itu, Binsar Siregar dalam Berliana (1999, h.38-39) menjabarkan peran PSM sebagai berikut:

1. Konsultan, menerima rujukan atau konsultasi dari profesi yang terkait
2. Peneliti, mengumpulkan data atau informasi tentang kasus yang ditangani
3. Pembimbing dalam pemecahan masalah kasus yang ditangani
4. Penghubung bagi klien dan sistem sumber
5. Pejabat bantuan rumah sakit, merekomendasikan bantuan yang pantas diberikan/tidak kepada klien terhadap manajemen rumah sakit.

2.3 Pekerjaan sosial didalam perawatan paliatif (*Social Work in Palliative Care*)

Pekerjaan sosial merupakan bagian dari perawatan paliatif. Perawatan paliatif dimulai dari simtom fisik yang khusus tetapi itu hanya bisa dilengkapi dengan mempertimbangkan perasaan pasien, keluarga, dan keadaan sosial. Ini membutuhkan berbagai keahlian dan peran didalam perawatan paliatif (Doyle, 1995, h. 867-868):

2.3.1 Membentuk peran Pekerjaan Sosial

Terdapat tiga bentuk kekuatan peran pekerjaan sosial, yaitu tujuan sosial non-medis yang telah disusun perawatan paliatif itu sendiri, kerjasama tim dalam berbagai keahlian dan multidisiplin profesi untuk mencapai tujuan-tujuan sosial, dan harapan dari pasien, relasi, berbagai profesional perawatan paliatif tentang pekerjaan sosial dan pekerja sosial.

2.3.1.1 Tujuan sosial non-medis

Membebaskan gejala-gejala fisik pasien, menyatakan dan kebutuhan emosional, spiritual, dan praktis keluarga mereka. Karena dokter dapat sering melepas pasien dari kesakitan fisik dan kematian tidak menyenangkan, tim paliatif dapat memberikan kebutuhan non-medis pasien adalah untuk mengekspresikan perasaan sakit secara emosional, eksplorasi perasaan sakit secara spiritual seperti membantu mereka dalam menjawab pertanyaan yang berhubungan dengan perjalanan spiritualnya serta yang terakhir adalah bantuan kepraktisan karena pasien yang sekarat terkadang memerlukan orang lain untuk mengambil keputusan penting untuk mempertahankan martabat mereka

2.3.1.2 Kerjasama Tim

Tujuan sosial non-medis yang di izinkan oleh pengendalian gejala baik membutuhkan keahlian berbeda dan ekstra melebihi secara penambahan kepada dokter dan perawat. Setiap anggota dalam tim akan memiliki jarak peran yang

overlapping, beberapa kebutuhan medis dan non-medis difokuskan pada setiap kebutuhan pasien.

2.3.1.3 Pengharapan dan perilaku

Peran dari pekerjaan sosial juga dibentuk dari pengharapan dan perilaku dari masyarakat, kolega dan pasien serta keluarganya. Manusia akan tetap mengharapkan keadaan sejahtera dan aman disaat semuanya berjalan tidak benar.

2.3.2 Tugas inti pekerjaan sosial

Berhubungan dengan kesehatan sosial dan psikologis dari pasien dan keluarganya sebelum dan sesudah kematian; terdapat 2 bagian inti pekerjaan sosial, yaitu pengkajian dan intervensi (Doyle, 1995, h. 868 – 870) :

2.3.2.1 Pengkajian

Pengkajian pasien normalnya akan dimulai pada saat tindakan medis dan formulasi perencanaan perawatan dari suster. Pengkajian harus mengidentifikasi segala kebutuhan pasien meskipun terkadang saat pasien datang, mereka sudah menceritakan semua kebutuhan mereka dan membutuhkan pengkajian psikososial lebih detail lagi.

Sebuah pengkajian membutuhkan 4 perpektif :

1) Individual

Dalam mengkaji seseorang, kita perlu untuk membuat merubah sakitnya ditempat, seperti halnya siapa mereka. Kita perlu mengetahui bagaimana hidup mereka berubah sejak sakit dan siapa atau apa yang sekarang mendukung mereka. Kita perlu untuk mengerti reaksi mereka dan mengidentifikasi urusan-urusan mereka yang belum selesai.

2) Keluarga

Seorang individu harus ditempatkan di dalam konteks keluarga. Dalam urutan untuk mengkaji kelebihan dan kesulitan keluarga dan anggotanya, kita perlu

mengerti bagaimana caranya itu bekerja. Kita harus menemukan pola normal komunikasi, dukungan, dan konflik.

3) Sumber daya jasmani

Pengkajian sebaiknya menutupi sumber jasmani seperti uang dan perumahan, perlu mengetahui tentang ketidaktekungan kebutuhan jasmani karena dapat menjadi kepentingan terbesar pasien, dan keahlian kita dapat digunakan untuk mendapatkan uang dari amal atau negara untuk mengurangi masalah.

4) Sumber daya sosial

Keluarga pasien itu sendiri di tempatkan bersamaan dengan konteks komunitas dan jaringan sosial mereka. Tim harus mengerti etnis, budaya dan agama mereka begitupun latar belakang dan dampak potensial dari pengaruh-pengaruh pada individu dan penyakitnya.

2.3.2.2 Intervensi

Intervensi akan ditujukan pada pasien dan keluarga pasien yg membutuhkan bantuan untuk menanggulangi situasi yg mereka hadapi, mereka akan membutuhkan bantuan khusus karena mereka tidak mendapatkan informasi yg mereka butuhkan, mereka tidak bisa berkomunikasi yang cukup dengan sesama untuk mencapai solusi, mereka kekurangan ke-percaya diri-an dari pasien untuk bertindak, atau mereka tidak mempunyai sumber daya yg mereka butuhkan. Sebagai tambahan, sebuah intervensi dapat di tujukan pada kebutuhan seorang individu atau satu keluarga yang merasa kehilangan setelah pasien meninggal.

1) Informasi

Terkadang keluarga kekurangan informasi yang mereka butuhkan. Sebagai contoh, pasien dan keluarga akan sangat ketakutan dengan momen kematian karena mereka tidak tahu kapan akan terjadi. Padahal keluarga harus tahu agar mereka memiliki beberapa pilihan begitupun pasien juga harus tahu seberapa berkembangnya penyakit pasien.

2) Komunikasi

Intervensi dibutuhkan untuk memulihkan komunikasi keluarga dengan mengurangi rintangan-rintangan yang akan terjadi bila perasaan kehilangan timbul sehingga muncul pembagian kembali peran dalam keluarga, seperti suami yg kehilangan istrinya harus menjalani peran seperti yang dijalani mendiang istrinya.

3) Kepercayaan diri untuk bertindak

Pasien yang sekarat dan keluarganya akan sering percaya bahwa mereka tidak akan mendapatkan pengaruh dalam berbagai peristiwa sehingga bisa kekurangan ke-percaya diri-an dalam pengambilan keputusan untuk diri mereka sendiri.

4) Sumber tindakan

Pasien dan keluarga mungkin mempunyai informasi yang mereka butuhkan, dan ke-percaya diri-an untuk melakukan yang di butuhkan tetapi meskipun begitu mereka bisa saja tidak punya sumber daya yang mereka butuhkan untuk mengerjakan sesuatu termasuk dalam hal finansial dan juga sumber-sumber dukungan sosial.

5) Setelah kematian

Anggota keluarga membutuhkan bantuan untuk menjujukan rasa kehilangan mereka karena pengalaman dan hubungan sebelumnya atau karena kenyataan khusus oleh kehilangan anggota keluarga. Ketidak-ekspresifan kesedihan dapat menjadikan simptom fisik, perilaku obsesif, dan dapat berpartisipasi dalam penghancuran individu atau keluarga

2.3.3 Metode-metode Pekerjaan Sosial

Intervensi dapat menyediakan informasi, meningkatkan komunikasi, memberikan ke-percaya diri-an, menyediakan sumber daya serta membantu keluarga yang kehilangan. Untuk itu, terdapat 3 metode tradisional untuk membuat intervensi2 ini (Doyle, 1995, h. 871-872) :

1) Pertemuan satu dengan satu : Pertemuan dengan pasien dengan harapan dapat memberikan informasi yang dibutuhkan.

Hubungan perseorangan (*one-to-one practice*) dalam hal ini adalah *case work*, menurut Woods and Hollis (2000) digolongkan pada perhatian langsung kepada *well-being* seorang individu. Dalam *psychosocial casework*, ditekankan mengenai pentingnya usaha untuk memahami apa masalah individu dan keluarga, seperti bagaimana pandangan klien tentang situasi saat ini? Apa yang klien harapkan untuk dicapai? Apa yang menyumbang terjadinya masalah ini? Dalam hal ini, klien dan pekerja sosial harus bekerja sama untuk mengurangi masalah yang terjadi.

Adapun tahapan dalam *case work* menurut Skidmore, Thackeray dan Frley (dalam Adi, 2005) dibagi atas 4 tahap, yaitu:

1. Tahap Penelitian (*study phase*)

Tahap ini merupakan tahap penjalinan relasi antara pekerja sosial dengan klien (*engagement*), dimana pekerja sosial berusaha membantu klien agar dapat mengembangkan diri, memilih pemecahan masalah yang terbaik untuknya sendiri, membangkitkan motivasi klien dan memonitor perkembangan klien. Dalam tahap ini pekerja sosial harus mengumpulkan data sejarah kehidupan klien dan memilih mana yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi klien, sehingga atidak jarang *assessment* dan intervensi sudah berjalan pada tahap ini.

2. Tahap Pengkajian (*assessment phase*)

Dalam tahap ini dikaji mengenai apa masalah klien, apa yang menjadi penyebabnya dan bagaimana menanggulangi masalah tersebut. Dari hasil *assessment* ini dapat dirancang *treatment* apa yang akan dilakukan, sesuai dengan kebutuhan dan keunikan klien dengan tetap mengedepankan prinsip partisipasi dan *self-determination* dari klien.

3. Tahap Intervensi

Intervensi ini pada dasarnya telah dilakukan sejak bertemu dengan klien, pada saat pekerja sosial melakukan pemilahan masalah yang sebenarnya. Tahapan ini dikembangkan berdasarkan kebutuhan klien dan prosesnya tidak selalu

berbanding lurus, melainkan proses yang naik dan turun, sehingga pekerja sosial harus memotivasi klien untuk melakukan perubahan.

4. Tahap Terminasi

Tahap ini merupakan tahap dimana relasi antara klien dan pekerja sosial dihentikan. Oleh karena itu, harus ditekankan pemahaman yang sama antara pekerja sosial dan klien kapan dan mengapa terminasi dilakukan, agar tidak menimbulkan salah paham.

2) Pertemuan keluarga : Pertemuan dengan keluarga pasien dengan harapan dapat memberikan informasi yang dibutuhkan

3) Pertemuan kelompok : Pertemuan dengan kelompok yang berisikan anggota kelompok yang sama, dalam hal ini sesama pasien perawatan paliatif dengan harapan dapat membagikan pengalaman-pengalaman dan mendapatkan solusi kepada sesamanya.

2.3.4 Peran yang lebih luas

Sejauh ini telah dijabarkan tugas pekerjaan sosial yang dimana semua anggota perawatan paliatif dapat berkontribusi termasuk pekerja sosial. Kita akan membedah peran yang lebih luas dan spesifik pekerja sosial dalam pekerjaan sosial yang tergantung pada keadaan institusi dimana mereka bekerja dan pada keahlian lain yang berlaku dlm tim (Doyle, 1995, h. 876-877) :

1) Penasehat internal : Membantu memberikan pendapat tentang tindakan apa yang sebaiknya dilakukan oleh tim perawatan paliatif untuk seorang pasien serta berpartisipasi dalam rapat dengan anggota tim lainnya. Pekerja sosial juga berpartisipasi dalam memberikan nasihat kebijakan dalam tim perawatan paliatif, contohnya : bagaimana berurusan dengan relasi yang mabuk, bagaimana merespon ancaman bunuh diri, dan juga fasilitas apa yang sebaiknya disediakan untuk anak-anak.

2) Penghubung komunitas : Pekerja Sosial akan bertanggung-jawab secara normal didalam tim perawatan paliatif untuk penghubung dengan komunitas sumber daya non-medis nya seperti pasien dengan keluarga, guru-guru, suster, dan dokter keluarga. Hal yang dilakukan adalah beradaptasi didalam rumah, makanan-makanannya, penjaga malam serta pengingat keperluan anak

3) Persamaan akses : Pekerja Sosial membantu menyamakan akses dalam pemberian pelayanan kepada seluruh bagian yang terlibat dalam perawatan paliatif. Jadi, antar kepentingan tetap lancar dalam pemberian pelayanan serta kelancaran untuk yang dilayani, dalam hal ini, pasien perawatan paliatif

4) Pembangunan dan pelatihan dari praktek pekerjaan sosial : Pekerja sosial dapat menjadi pengajar dalam pembangunan dan pelatihan praktek pekerjaan sosial di dalam perawatan paliatif itu sendiri, contohnya: sesi mengatasi tingkat kemarahan kepada semua profesi yang terlibat dalam tim perawatan paliatif yang memiliki bermacam latar belakang multidisiplin ilmu

5) Pendukung staf dan manajemen : Pekerja sosial yang secara sukses terlibat dalam perkembangan pelayanan dan keahlian menemukan dirinya terlibat dalam dukungan staf. Jadi, pekerja sosial juga dapat memberikan dukungan kepada staf anggota agar dapat memaksimalkan kemampuannya untuk membantu pasien dan keluarganya

2.4 Kualitas hidup pada pasien dan anggota keluarga pasien kanker stadium lanjut (IV)

Setiap penderita kanker, mengalami suatu penderitaan yang dapat berkembang menjadi penderitaan total, mencakup derita fisik, mental, sosial, kultural dan spiritual. Derita total tersebut terjadi karena proses kumulatif dari rasa nyeri dan keluhan fisik dan psikis lainnya, seperti mual, muntah, sesak, luka, tak nafsu makan, berbagai prosedur diagnostik, tindakan terapi, rasa takut, marah, sepi, khawatir, bosan, dan berbagai perasaan lain yang membuat penderita tidak merasa

aman dan nyaman. Masalahnya, bagaimana kita dapat membantu penderita untuk mengatasi penderitaannya, serta diselaraskan dengan kualitas hidup yang mampu dilaksanakannya (Djauzi et al., 2003, h. 6).

Kualitas hidup seseorang ditentukan oleh individu itu sendiri, karena sifatnya sangat spesifik, dan bersifat abstrak, sulit diukur. Walaupun demikian, seorang tenaga medis, bersama penderita yang dibantu oleh keluarga harus mampu menyingkap, bagaimana kualitas hidup yang diinginkan oleh penderita dan bagaimana cara meraih dan mencapainya. Sebagai pedoman, Jennifer J Clinch dan Harvey Schipper memberikan 10 dimensi kualitas hidup yang mendekati parameter untuk pengukuran objektif (Djauzi et al., 2003, h. 6-7) :

- 1) Kondisi fisik (gejala dan nyeri)
- 2) Kemampuan fungsional (aktifitas)
- 3) Kesejahteraan keluarga
- 4) Kesejahteraan emosi
- 5) Spiritual
- 6) Fungsi sosial
- 7) Kepuasan pada layanan terapi (termasuk pendanaan)
- 8) Orientasi masa depan (rencana dan harapan)
- 9) Seksualitas (termasuk “*body image*”)
- 10) Fungsi okupasi

(Sumber : Oxford Textbook of palliative medicine, 1995, h. 84)

Penjelasan lebih lanjut : (Doyle, 1995, h. 83 – 90) :

- 1) Kondisi fisik (gejala dan nyeri)

Kualitas hidup yang pertama adalah dimensi kondisi fisik. Manusia yang memiliki kualitas hidup yang baik tentu harus mempunyai kondisi badan yang prima serta sehat lahir-batin. Indikator dari kondisi fisik yang berkualitas adalah tubuh seseorang yang tidak mengalami rasa nyeri dan luka-luka akibat penyakit yang diderita, pada intinya adalah manusia yang sehat jasmani dan rohani agar dapat menjalankan kehidupan sehari-hari..

2) Kemampuan fungsional (aktifitas)

Yang termasuk indikator kemampuan fungsional adalah mampu untuk duduk, tidur, makan, berjalan, berbicara, berlari dan kemampuan fungsional lainnya. Intinya adalah kebutuhan dasar manusia dalam menjalankan hidup dan berinteraksi dengan sesamanya untuk menegaskan bahwa manusia adalah makhluk sosial.

3) Kesejahteraan Keluarga

Kesejahteraan keluarga ialah kondisi keluarga yang tidak mendapat masalah, halangan, hambatan berarti untuk membantu keluarga lainnya yang membutuhkan bantuan. Contohnya ialah tidak adanya masalah ataupun konflik di rumah tangga baik karena penyakit tersebut maupun masalah keluarga lainnya, tidak adanya masalah keuangan juga menjadi salah satu indikasi keluarga yang sejahtera

4) Kesejahteraan Emosi

Masalah kejiwaan juga merupakan salah satu indikator kualitas hidup, manusia yang secara mental tidak baik dalam arti emosional. Salah satu indikatornya adalah siap mental dalam menghadapi cobaan.

5) Spiritual

Dimensi spiritual ialah dimensi yang berhubungan dengan agama seseorang, keimanan dan hubungan dengan tuhanya sesuai ajaran agamanya. Seseorang dapat dikatakan berkualitas secara spiritual ialah bila rajin beribadah, menjadi manusia yang baik budi serta beriman. Manusia yang secara agama, merupakan seseorang yang beriman, pasrah kepada tuhan, dan menjalankan ibadah

6) Fungsi Sosial

Keberfungsian sosial ialah kemampuan individu, keluarga ataupun kelompok kecil untuk menjalankan peran sosialnya sesuai dengan harapan lingkungan keluarga maupun masyarakat yang lebih luas.

7) Kepuasan pada layanan terapi (termasuk pendanaan)

Kepuasan pada layanan terapi juga menjadi suatu kualitas hidup tersendiri karena rasa puas akan sesuatu yang kita jalankan merupakan hal yang di senangi oleh manusia, dapat dibayangkan bila seseorang sudah mengeluarkan uang yang cukup banyak tetapi tidak puas dengan pelayanan yang diberikan, tentunya akan terjadi protes dari pihak keluarga.

8) Orientasi masa depan (rencana dan harapan)

Memiliki rencana maupun keinginan serta harapan-harapan yang ingin dijalani dalam kehidupan seseorang nantinya.

9) Seksualitas (termasuk “*body image*”)

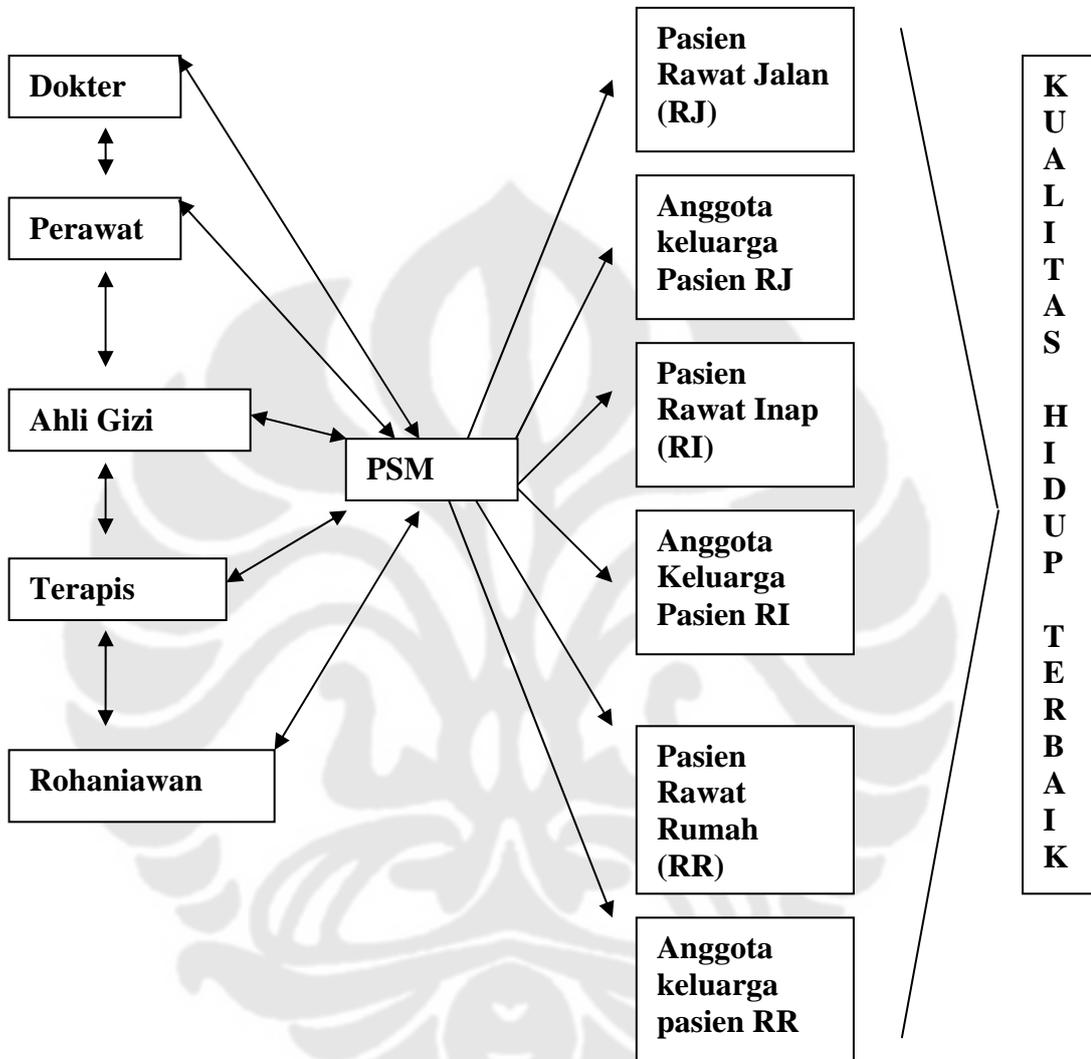
Memiliki kemampuan seksual yang secara biologis merupakan kebutuhan setiap manusia dalam menjalani kehidupannya. *Body image* ialah tubuh atau bagian tubuh seseorang yang dapat menarik perhatian orang lain secara seksual.

10) Fungsi okupasi

Mampu mempertahankan dan meningkatkan kemandirian seseorang dalam melakukan segala aktifitas sehar-hari.

Jadi, kualitas hidup penderita penyakit kanker stadium lanjut (IV) dan anggota keluarga pasien merupakan kriteria dominan untuk menentukan keputusan medis dan keputusan terapi yang akan diberikan. Kegagalan mengenali dan menganalisis kualitas hidup pasien, merupakan kegagalan pemanfaatan penerapan ilmu kedokteran (Djauzi et al., 2003, h. 7).

2.5 Skema hubungan Pekerja Sosial Medis (PSM) dengan tim layanan paliatif dan pasien serta anggota keluarga pasien untuk mencapai tujuan pelayanan paliatif



Gambar 2.3 Skema hubungan PSM dengan Tim Paliatif dan Klien

Sumber: Olahan Sendiri

*Keterangan :

Tiap-tiap profesi bertugas dan berkewajiban untuk memberikan perawatan dan pelayanan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan pengetahuan, keahlian dan ketrampilan yang dimilikinya. Tim paliatif terdiri dari Dokter, Perawat, Pekerja Sosial Medis (PSM), Terapis, Ahli Gizi, Rohaniawan. Selain dari tim paliatif

secara langsung, ada juga partisipasi dari tim paliatif yang secara tidak langsung membantu jalannya proses pelayanan, yaitu administrator dan kepala unit. Dalam pemberian perawatan dan pelayanan paliatif, PSM tentunya akan terlibat didalam satu tim yang saling bersinergis satu dengan yang lainnya dan mempunyai tujuan yang sama, yaitu mencapai kualitas hidup terbaik bagi pasien dan anggota keluarga pasien.

