

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu hal terpenting dalam kehidupan manusia. Sehat bukanlah hanya sekedar kesehatan fisik saja tetapi juga kesehatan rohani. Bila seseorang terkena penyakit dan menjadi tidak sehat, otomatis seseorang tersebut akan mengalami disfungsi sosial dari fungsi yang dijalankannya sehari-harinya, menjadi tidak berdaya dalam menjalani rutinitas karena terkena penyakit, bahkan untuk bergerak pun tidak mampu. Mengenai definisi dari kesehatan itu sendiri, dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, Bab I Pasal 1, menyebutkan bahwa: "Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis". Ini berarti, kesehatan itu cakupannya luas, tidak hanya kesehatan fisik saja, tetapi juga psikis dan sosial, karena pada dasarnya manusia adalah makhluk bio-psiko-sosial dimana ketiga hal tersebut saling berkaian satu sama lainnya. Hal ini sejalan dengan penjelasan badan kesehatan dunia, World Health Organization (WHO), yaitu "Sehat bukan berarti bebas dari penyakit saja melainkan mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan sosial".

Dalam ilmu kesehatan, dikenal dengan istilah *terminal disease* atau *terminal illness* yang artinya ialah penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Salah satu contoh penyakit *terminal illness* selain jantung, stroke dan HIV AIDS, adalah kanker stadium lanjut (IV). Kanker adalah suatu kondisi degeneratif kronis dimana sel-sel normal mengalami perubahan secara kimia (Frahm, 2007, h. 24). Dengan kata lain, kanker merupakan penyakit yang terjadi akibat pertumbuhan tidak normal dari sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker. Dalam perkembangannya, sel-sel kanker ini dapat tumbuh lebih lanjut serta menyebar ke bagian-bagian tubuh lainnya sehingga dapat menyebabkan kematian (Informasi dasar tentang kanker, 1994, h. 1). Salah satu penyebab kanker selain pola hidup

dan makan yang tidak sehat, terkena bahan-bahan kimia yang terkandung dari asap rokok orang lain dan polusi udara perindustrian, ialah gaya hidup yang banyak stres kronis dan konflik yang tak terselesaikan (Frahm, 2007, h. 3).

Menurut konteks ilmu Kesejahteraan Sosial, penanganan pada pasien kanker dapat dikategorikan dalam bidang terminal III atau kronis yang artinya adalah penyakit degeneratif yang berkembang selama kurun waktu yang lama dan sulit untuk disembuhkan (Smet, 1994, h. 25). Saat penyakit kanker telah diderita oleh seseorang, 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-IIIB, dan stadium IVA-IVB atau stadium kanker invasif lanjut (*Pencegahan Kanker*, 23 Maret 2009).

Untuk *terminal illness* seperti kanker berstadium lanjut (IV), pada umumnya tidak hanya bergelut dengan permasalahan fisik. Bila dirunut, dalam aspek biologisnya, jelas bahwa penderita penyakit kanker mengalami penurunan fungsi tubuh dan kehilangan kekebalan tubuh sehingga tidak dapat bergerak seperti orang normal, dalam aspek psikisnya, biaya pengobatan yang masih tergolong tinggi ditambah lagi dengan belum ditemukannya pengobatan yang terbukti ampuh untuk mengobati penyakit ini, membuat mereka berada pada situasi sosial-emosional yang tidak stabil (stress, depresi serta frustrasi) yang akan sangat membahayakan upaya penyembuhan fisik mereka, karena bisa mengalami pengobatan kanker yang memakan waktu lama dan memakai peralatan medis yang canggih dan mahal. Hal ini berlanjut ke aspek sosial dimana setiap manusia memiliki fungsi sosial baik didalam keluarga maupun di masyarakat luas.

Manusia memiliki fungsi sosialnya masing-masing, terutama dalam berinteraksi dengan sesama manusia karena pada dasarnya manusia adalah makhluk sosial yang artinya manusia tidak bisa terlepas dari orang lain, sehingga membutuhkan sesama manusia lainnya. Menghadapi situasi ini, 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. Keberfungsian sosial, dalam kasus

ini, secara sederhana dapat dikatakan sebagai kemampuan individu, keluarga ataupun kelompok kecil untuk menjalankan peran sosialnya sesuai dengan harapan lingkungannya. Menurut Benjamin, Bessant dan Watts (dalam Adi, 2005, h. 143) 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 agar mereka dapat dikatakan sudah berfungsi sosial adalah peran-peran yang sudah disepakati ataupun menjadi aturan umum dalam masyarakat dimana mereka berada. Umumnya pasien akan mengalami ketidakstabilan atau disfungsi sosial sehingga diperlukan upaya agar dapat membuat fungsi sosial dari pasien berfungsi kembali.

Sejalan dengan kemajuan dalam dunia kesehatan dan adanya tuntutan kebutuhan pasien terhadap peningkatan pelayanan kesehatan mendorong diadakannya Pekerja Sosial Medis dalam bidang pelayanan di rumah sakit. Lebih jauh lagi, pendekatan multidisipliner dan interdisipliner yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang komprehensif dan holistik. Dalam perkembangan sejarah Pekerjaan Sosial Medis, pentingnya keberadaan pekerja sosial dalam sebuah institusi kesehatan ini disadari sepenuhnya oleh rumah sakit di dunia, sehingga beberapa rumah sakit telah memiliki sumber daya manusia (SDM) dengan profesi sebagai Pekerja Sosial Medis.

Mengenai peran dari Pekerja Sosial Medis (PSM) itu sendiri, Eleanor cockerill dalam (Johnson, 1988, h. 38), seorang tokoh PSM dari Amerika Serikat, menyatakan bahwa fokus dari peranan PSM ialah faktor-faktor sosial yang menyebabkan pasien menjadi sakit, masalah-masalah sosial yang ditimbulkan oleh penyakitnya dan juga hambatan-hambatan yang mungkin mengurangi kemampuannya untuk menggunakan apa yang dapat diberikan oleh ilmu kedokteran. Sedangkan, menurut Zastrow, PSM banyak berperan sebagai *enabler*, konselor, *broker* dan mediator (Zastrow, 1996, h. 525-526).

Fungsi pokok Pekerja Sosial Medis adalah memberi bantuan dalam upaya menyelesaikan masalah emosional dan sosial seorang pasien (klien), yang timbul sebagai akibat pnyakit atau gangguan yg dideritanya, selain itu juga membina hubungan kekeluargaan yg baik, memperlancar hubungan antara rumah sakit,

penderita dan keluarga, serta membantu proses penyesuaian diri dari pasien dengan masyarakat dan sebaliknya. Disfungsi sosial yang diderita oleh pasien akan coba di atasi sehingga pasien akan dapat melaksanakan fungsi sosialnya kembali (Brunnings, 1981, h. 66). Di Indonesia sendiri, pentingnya keberadaan pekerja sosial dalam sebuah institusi kesehatan ini telah disadari sepenuhnya oleh rumah sakit-rumah sakit di Indonesia, sehingga beberapa rumah sakit sudah memiliki profesi Pekerja Sosial Medis seperti di Rumah Sakit Kanker "Dharmas" (RSKD), Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM), Rumah Sakit Fatmawati serta Rumah Sakit Harapan Kita.

Sebelumnya, menurut tiga hasil studi literatur yang peneliti dapatkan, peran-peran Pekerja Sosial Medis sungguh beragam, hasil studi literatur pertama yang peneliti peroleh adalah tentang peran Pekerja Sosial Medis di rehabilitasi medik Fatmawati dari skripsi yang berjudul "Peran Pekerja Sosial Medis Dalam Proses Rehabilitasi Medik Pada Penderita Paraplegia (studi kasus pada ruang rawat rehabilitasi medik RSUP Fatmawati Jakarta)" oleh Ratnaningsih (2002), berkesimpulan bahwa peran Pekerja Sosial Medis adalah sebagai motivator, edukator, *enabler*, pembimbing perseorangan serta kelompok dan juga sebagai seorang penghubung (*mediator*), dimana semua peran tersebut muncul pada saat pekerja sosial mulai menjalankan intervensi pada penderita paraplegia, sehingga jika dilihat dari pandangan penderita dan keluarganya, peran pekerja sosial dianggap sangat membantu mereka, karena dalam menentukan tujuan akhir dari perawatan, pekerja sosial medis ikut serta memotivasi mereka. Namun, hambatannya adalah peran-peran tersebut tidak disepakati oleh tim medik. Jika dilihat dari pendapat tim dokter pada tim rehabilitasi, peran-peran tersebut seringkali terlambat atau tidak dimunculkan sama sekali.

Hasil studi literatur selanjutnya yang peneliti peroleh adalah dari skripsi yang berjudul "Peran Pekerja Sosial Dalam Tahapan MBSP Terhadap Penderita Depresi" oleh Sari (2007), berkesimpulan bahwa Pekerja Sosial di Sanatorium Dharmawangsa yang juga berhubungan dengan dunia kesehatan, dalam hal ini, kesehatan mental, ternyata memiliki peran yang cukup banyak, yaitu sebagai *enabler*, *educator*, *mediator*, *fasilitator*, *konselor* dan *motivator*, menurut hasil penelitian skripsinya ia berkesimpulan bahwa hal-hal yang membuat peran

pekerja sosial menjadi penting dalam tahapan pengobatan yaitu *Assesment planning, intervention, evaluation, termintaion* dan *follow up*, adalah pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki oleh pekerja sosial itu sendiri, adanya kepercayaan dari pihak pasien dan keluarga pasien serta kerjasama yang baik dalam tim kesehatan, sedangkan hambatan yang dihadapi adalah jumlah pasien yang terlampaui banyak dengan jumlah pekerja sosial yang tidak mencukupi, kurangnya sarana, dan juga ketidakpercayaan dari psikiater, pasien maupun keluarga.

Berdasarkan studi literatur terakhir yang peneliti dapatkan dari skripsi yang berjudul "Peran pekerja sosial medis yang berhubungan dengan pemberdayaan keluarga di Instalasi Rehabilitasi Medik (IRM)" oleh Rotua (2001) telah di jelaskan mengenai peran Pekerja Sosial Medis di IRM yaitu sebagai *enabler*, yaitu membantu pasien dan keluarganya untuk dapat mengartikulasikan kebutuhan mereka, mengidentifikasi masalah mereka dan mengembangkan kapasitas mereka agar dapat menangani masalah yang dihadapi secara efektif dan memampukan klien untuk dapat mencapai kemajuan dalam fungsi sosialnya secara optimal. Pekerja Sosial Medis juga berperan sebagai mediator, yaitu yang menghubungkan antara pasien dengan pihak medis maupun pasien dengan pihak keluarga atau lingkungan sosialnya.

Kesimpulan dari ketiga studi literatur diatas adalah bahwa dalam kerjanya, Pekerja Sosial Medis tidaklah bekerja sendiri, melainkan ikut andil dalam pemberdayaan keluarga dan bekerja dalam sebuah tim yang terdiri dari multi-disiplin profesi dengan peran-peran sebagai *enabler, educator, mediator, fasilitator*, konselor dan *motivator*. Namun demikian, pekerja sosial bukanlah berada pada hierarki subordinat tetapi menjadi bagian integral dari tim tersebut.

Hasil studi literatur di atas menggambarkan peran Pekerja Sosial Medis di masa pasien tersebut masih dapat disembuhkan penyakitnya. Tetapi, di dalam proses perjalanan penyakit, bila pengobatan yang diberikan tidak dapat lagi menghasilkan kesembuhan ataupun pengobatan tidak dapat diberikan, maka layanan paliatif merupakan pilihan yang tepat untuk mengatasi keluhan pasien dan anggota keluarga pasien. Layanan paliatif diberikan secara menyeluruh dan terpadu terhadap aspek-aspek fisik, psikologis, sosial dan spiritual, sehingga diharapkan dapat meringankan penderitaan pasien dan keluarga pasien yang

bertujuan untuk mencapai kualitas hidup terbaik bagi pasien dan anggota keluarga pasien melalui pelayanan rawat inap, jalan dan rumah. Apabila pasien yang telah didiagnosa oleh dokter tidak dapat disembuhkan, tentunya membutuhkan bantuan orang lain agar dirinya kuat menjalani hari-hari terakhir dalam hidupnya. Kebutuhan mereka seharusnya dipenuhi dan dipuaskan oleh orang-orang profesional lainnya, seperti para pemuka agama dan pekerja sosial (Kubler, 1998, h. 2).

Selain itu, jika penyakit yang didiagnosa oleh dokter tidak dapat disembuhkan, maka yang selanjutnya menjadi kekhawatiran adalah kematian dan pada dasarnya manusia takut akan kematian. Kematian tetap merupakan kejadian yang menakutkan secara universal, meskipun kita berpikir telah mampu mengatasinya. Hal yang berubah adalah cara menghadapinya dan mengatasi rasa takut akan kematian serta keadaan pasien yang sekarat. Penerimaan terhadap akibat yang fatal, selain menolong pasien sekarat juga keluarganya untuk menerima hilangnya seorang yang dicintai. Bila seorang pasien diperbolehkan mengakhiri hidupnya di lingkungan yang dikenal dan disukai, lebih sedikit diperlukan penyesuaian olehnya. Di Indonesia sendiri, kematian kerap kali dianggap sebagai suatu hal yang tabu serta tidak wajar dibicarakan karena dianggap cukup berat dampaknya untuk diterima, seperti dampak psikologis serta finansial yang akan diterima keluarga yang ditinggalkan. Disaat pasien sakit, seringkali ia diperlakukan seperti seseorang yang tidak berhak mengajukan pendapat. Orang lainlah yang membuat keputusan apa dan kapan serta dimana pasien itu harus di rumah sakitkan. Sering dilupakan bahwa si penderita pun mempunyai perasaan, harapan dan pendapat, serta -yang terpenting- hak untuk didengar (Kubler, 1998, h. 11).

Di Indonesia saat ini kanker masih menempati urutan kedua sebagai penyakit mematikan setelah penyakit jantung (CBN portal , 23 Maret 2009). Ini menunjukkan bahwa terdapat angka kematian yang tinggi akibat penyakit kanker di Indonesia, untuk itulah diperlukan yang namanya perawatan paliatif. Definisi dari perawatan paliatif adalah Semua tindakan aktif guna meringankan beban penderita, terutama yang tak mungkin disembuhkan (Djauzi et al., 2003, h. 2). Tindakan yang dimaksud antara lain ialah menghilangkan nyeri dan keluhan lain, serta mengupayakan, perbaikan dalam aspek psikologis, sosial, dan spiritual yang

bertujuan untuk mencapai kualitas hidup terbaik bagi penderita serta keluarga. Disinilah pekerja sosial medis sebagai praktisi ilmu kesejahteraan sosial yang merupakan suatu ilmu terapan yang mengkaji dan mengembangkan kerangka pemikiran serta metodologi yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kualitas hidup (kondisi) masyarakat antara lain melalui pengelolaan masalah sosial, pemenuhan kebutuhan hidup dan pemaksimalan keanggotaan masyarakat untuk berkembang akan sangat berperan.

Pelayanan paliatif di Indonesia baru dimulai pada tanggal 19 februari 1992 di Rumah Sakit Dr Soetomo (Surabaya). Dari tahun ke tahun, pelayanan paliatif mengalami perkembangan sehingga diterapkan di beberapa Rumah Sakit, antara lain Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Rumah Sakit Kanker “Dharmais”, Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo, Rumah Sakit Dr. Sardjito, dan Rumah Sakit Sanglah.. Rumah Sakit Kanker “Dharmais” (RSKD) telah mempunyai tim layanan paliatif/*Hospice Home care* sejak tahun 1996 dan pada tahun 2003 dikembangkan menjadi Unit Layanan Paliatif. Pihak Rumah Sakit menyadari bahwa, dalam proses perjalanan penyakit, bila pengobatan yang diberikan tidak dapat lagi menghasilkan kesembuhan ataupun pengobatan tidak dapat lagi diberikan, maka layanan paliatif merupakan pilihan tepat untuk mengatasi keluhan pasien dan keluarga.

Layanan paliatif diberikan secara menyeluruh dan terpadu terhadap aspek-aspek fisik, psikologis, sosial dan spiritual, sehingga diharapkan dapat meringankan penderitaan pasien dan beban keluarga. Unit Layanan Paliatif dapat menangani pasien dengan nyeri, pasien kanker stadium lanjut, pasien AIDS, pasien dengan penyakit degeneratif lanjut seperti: stroke, diabetes mellitus, dan pasien-pasien lain dengan nyeri kronik. Unit Layanan Paliatif dan Kedokteran Komplementer RSKD merupakan bagian dari Instalasi Rehabilitasi Medik yang mempunyai pengertian pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan./kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui paduan intervensi medik, keterampilan fisik, pendekatan psikososial spiritual, dengan tujuan untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal.

Falsafah Rehabilitasi Medik ialah meningkatkan kemampuan fungsional seseorang sesuai dengan potensi yang dimiliki untuk mempertahankan dan atau

meningkatkan kualitas hidup dengan cara mencegah atau mengurangi *Impairment*, *Disability* (ketidamampuan), dan *Handicap* (cacat) semaksimal mungkin. Sedangkan, perawatan paliatif menurut keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor :812.MenKes/SK/.VII/2997 tentang kebijakan perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan anggota keluarga pasien yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan sipiritual. Mempertahankan kualitas hidup adalah tujuan upaya perawatan paliatif, sehingga dapat di katakan sebagai bagian dari Instalasi Rehabilitasi Medis (IRM) yang juga mempunyai tujuan dan falsafah yang sama. Bila gejala yang mengganggu fungsi penderita sudah dapat diatasi, upaya rehabilitasi sangat berperan untuk mengembalikan penderita kepada aktifitas sehari-hari sesuai dengan kemampuannya masing-masing sehingga diharapkan dapat mencapai kualitas hidup yang terbaik

1.2 Rumusan Permasalahan

Saat ini, di Rumah sakit kanker “dharmais” terdapat dua Pekerja sosial medis di Instalasi Rehabilitasi Medis dengan latar belakang pendidikan Sekolah Menengah Pekerjaan Sosial (SMPS) Medan yang salah satunya sedang menjalani perkuliahan di salah satu universitas swasta mengambil jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial. Ini menimbulkan masalah tersendiri karena PSM hanya berlatar-belakang pendidikan sebagai lulusan SMPS yang dapat dikatakan setingkat dengan Sekolah Menengah Atas (SMA). Mereka bekerja sebagai satu tim kesehatan bersama dengan dokter, perawat, okupasi wicara, rohaniawan, terapis wicara, fisioterapis, dan orotik prostetik yang masing-masing saling memberi masukan dalam penanganan rehabilitasi pasien. Pasien perawatan paliatif yang ditangani oleh tim perawatan paliatif di Rumah Sakit Kanker “Dharmais” cukup banyak dari tahun ke tahun dengan jumlah Pekerja Sosial Medisnya hanya dua orang, berdasarkan data yang ada di poliklinik paliatif pada sepanjang tahun 2008 saja, jumlah pasien mencapai 358 pasien dengan jumlah

pasien lama (sudah pernah menjalani perawatan paliatif sebelumnya) yaitu 190 dan pasien baru (yang belum pernah menjalani perawatan paliatif sebelumnya) berjumlah 168 dengan rentang usia 20 tahun – 70 tahun, kecuali dua orang pasien yang masih anak-anak.

Pasien perawatan paliatif tentunya akan kehilangan fungsi sosial yang seharusnya dapat dijalankan mereka, para penderita penyakit kanker stadium lanjut, karena penyakitnya tersebut, tidak dapat melakukan fungsi sosial lagi (disfungsi sosial). Kendala-kendala yang dihadapi oleh pasien kanker stadium lanjut misalnya karena perubahan bentuk atau fungsi tubuh sehingga mengakibatkan pasien merasa depresi dan rendah diri sehingga menarik diri dari kehidupan sosialnya dan menjadi depresi. Disinilah Pekerja Sosial Medis dapat berperan untuk membantu memberfungsikan kembali fungsi sosial pasien sehingga dapat meraih tujuan dari perawatan paliatif yaitu untuk mencapai kualitas hidup yang terbaik untuk pasien serta anggota keluarga pasien.

Akan tetapi, sampai saat ini belum ada yang meneliti jauh lebih dalam mengenai peran Pekerja Sosial Medis di unit pelayanan paliatif dalam pelaksanaan perawatan paliatif. Berdasarkan hsl tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana peran dan hambatan Pekerja Sosial Medis dalam pencapaian kualitas hidup terbaik bagi pasien dan anggota keluarga pasien kanker stadium lanjut yang menjalani perawatan paliatif, sehingga diharapkan dapat mengembangkan konsep mengenai Pekerja Sosial Medis serta melengkapi penelitian-penelitian tentang peran Pekerja Sosial Medis sebelumnya. Berdasarkan permasalahan di atas, penelitian ini berusaha menjawab pertanyaan mengenai :

- 1) Bagaimana peran Pekerja Sosial Medis dalam pencapaian kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga pasien kanker yang sedang menjalani perawatan paliatif?
- 2) Hambatan-hambatan apa sajakah yang dihadapi Pekerja Sosial Medis dalam menjalankan tugasnya untuk mencapai kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga pasien penderita kanker yang sedang menjalani perawatan paliatif?

1.3 Tujuan Penelitian

- 1) Mendapat gambaran mengenai peran Pekerja Sosial Medis dalam upaya pencapaian kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga pasien penderita kanker yang sedang menjalani perawatan paliatif
- 2) Mendapat pemahaman tentang adanya hambatan-hambatan yang dihadapi oleh Pekerja Sosial Medis dalam menjalankan perannya

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat Akademis

Penelitian ini dapat memberikan manfaat kepada Ilmu Kesejahteraan Sosial sebagai pengembangan konsep tentang peran Pekerja Sosial Medis di rumah sakit baik secara langsung maupun tidak langsung dalam pelayanan kesehatan untuk penderita kanker dan keluarganya secara menyeluruh, khususnya dalam mata kuliah Pekerja Sosial Industri (PSI), Metode-Metode Pekerja Sosial (MMPS) dan Intervensi Mikro (IM).

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini juga diharapkan dapat digunakan sebagai masukan dalam memaksimalkan kinerja dari pekerja sosial medis agar dapat meningkatkan pelayanan terhadap pasien dan juga sebagai bahan referensi untuk lembaga-lembaga pelayanan kesehatan lainnya mengenai pentingnya peran pekerja sosial medis serta hambatan yang dihadapi dalam tim perawatan paliatif.

1.5 Metodologi Penelitian

1.5.1 Pendekatan Penelitian

Untuk mencapai tujuan penelitian dan memperoleh gambaran yang mendalam dari penelitian ini, maka pendekatan penelitian yang peneliti gunakan adalah pendekatan secara kualitatif. Pendekatan kualitatif dapat dijelaskan sebagai berikut (Rubbin & Babbie, 1993, h 30) "Metode penelitian yang menekankan pemahaman mendalam yang berusaha untuk mendoatkan arti yang lebih dalam

dari pengalaman manusia, mengembangkan teori yang ada, dan pengamatan atau observasi yang tidak ditampilkan dalam bentuk angka-angka secara umum sebagai metode kualitatif”. Penelitian kualitatif juga diartikan sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati menurut Bogdan dan Taylor (dalam Moleong, 2000). Dalam penelitian ini pendekatan tersebut dianggap tepat untuk menggambarkan tentang peran pekerja sosial medis dalam mencapai kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga pasien penderita kanker yang sedang menjalani perawatan paliatif

1.5.2 Jenis Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitiannya, penelitian ini termasuk ke dalam penelitian deskriptif. Pada jenis penelitian deskriptif, data yang dikumpulkan berupa kata-kata, gambar, dan bukan angka-angka. Dengan demikian laporan penelitian akan berisi kutipan-kutipan data untuk memberi gambaran penyajian laporan tersebut. Data tersebut mungkin berasal dari naskah, wawancara, catatan lapangan, foto, video tape, dokumentasi resmi lainnya (Moleong, 2000, h. 6). Peneliti menggunakan jenis penelitian ini karena cocok dengan penelitian yang ingin diteliti, yaitu akan mendeskripsikan peran pekerja sosial medis dalam satu tim kesehatan untuk mencapai kualitas hidup terbaik bagi pasien penderita kanker yang sedang menjalani perawatan paliatif beserta keluarganya sehingga dengan jenis penelitian ini, akan dengan mudah terjabarkan peran-peran dan hambatan-hambatan dalam menjalankan perannya tersebut dan lebih mudah di pahami.

1.5.3 Lokasi penelitian

Penelitian ini mengambil lokasi di Unit Layanan Paliatif & Kedokteran Komplementer Rumah Sakit Kanker “Dharmais” (RSKD), Jakarta Barat. RSKD dipilih sebagai lokasi penelitian karena disesuaikan dengan tujuan penelitian, dimana tujuan penelitian adalah untuk menggambarkan peran Pekerja Sosial Medis dalam meningkatkan pencapaian kualitas hidup terbaik kepada pasien paliatif beserta keluarganya. Selain itu, RSKD adalah pusat kanker nasional dan merupakan rumah sakit pertama di Jakarta yang memiliki pelayanan perawatan

paliatif. RSKD menjadi salah satu rumah sakit selain RS Dr. Soetomo (Surabaya), RS Cipto Mangunkusumo (Jakarta), RS Wahidin Sudirohusodo (Makassar), RS Dr. Sardjito (Yogyakarta), dan RS Sanglah (Denpasar) yang memiliki unit layanan paliatif.

1.5.4 Teknik Pemilihan Informan

Informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian, sehingga ia harus mempunyai banyak pengalaman tentang latar penelitian. Ia 'berkewajiban' secara sukarela menjadi anggota tim penelitian walaupun hanya bersifat informal (Moleong, 2000, h. 132). Dengan kata lain, informan merupakan orang yang dimanfaatkan untuk mendapatkan informasi untuk menjawab pertanyaan penelitian sekaligus orang yang dapat diajak bicara dan bertukar pikiran. Dalam penelitian ini, informan dipilih dengan menggunakan teknik pemilihan informan dengan menggunakan teknik penarikan *purposive* yang dilakukan dengan melibatkan jenis informan tertentu, yaitu yang menjadi informan kunci adalah Pekerja Sosial Medis itu sendiri, Tim kesehatan, Pasien dan anggota keluarga pasien yang sedang menjalani perawatan paliatif agar peneliti dapat meneliti hal-hal apa sajakah yang Pekerja Sosial Medis lakukan didalam hari-hari terakhir pasien menjelang kematiannya. Sehingga dengan adanya informan-informan ini, mereka dapat memberikan informasi yang diperlukan dalam penggambaran dan hambatan peranan Pekerja Sosial Medis di unit pelayanan paliatif.

Dalam memilih informan, teknik yang perlu diperhatikan adalah tujuan-tujuan tertentu yang ingin dicapai peneliti yaitu untuk mendeskripsikan peran Pekerja Sosial Medis dalam pencapaian kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga pasien penderita kanker yang sedang menjalani perawatan paliatif. Informan merupakan orang yang memberikan informasi untuk peneliti sehingga dapat menjawab pertanyaan penelitian. Dalam penelitian ini, informan yang akan dipilih adalah:

- a) Dua orang Pekerja Sosial Medis, karena di Unit Layanan Paliatif dan Kedokteran Komplementer Rumah Sakit Kanker “Dharmais” hanya terdapat dua orang Pekerja Sosial Medis.
- b) Dua pasien perawatan paliatif yang menjadi klien Pekerja Sosial Medis, karena selama peneliti melakukan penelitian, yaitu bulan februari hingga juni, pasien yang menjadi klien Pekerja Sosial Medis hanya berjumlah dua orang.
- c) Dua anggota keluarga pasien perawatan paliatif, karena pasien yang menjadi klien Pekerja Sosial Medis hanya berjumlah dua orang, sehingga peneliti memilih satu anggota keluarga setiap pasien
- d) Empat anggota tim layanan paliatif yang memberikan pelayanan secara langsung maupun tidak langsung kepada pasien dan anggota keluarga pasien. Jumlah anggota tim paliatif ada kurang-lebih 12 orang, tetapi peneliti hanya memilih empat karena peneliti memfokuskan pada tim paliatif di lapangan yaitu dokter dan perawat yang merupakan dua profesi utama dalam tim paliatif yang selalu dilibatkan dalam setiap kegiatan perawatan paliatif dimana peneliti memilih dua dokter yang berbeda pengalaman untuk menambah variasi informasi penelitian, seorang perawat yang merupakan kepala perawat di perawatan paliatif serta seorang administrator yang merupakan tim layanan paliatif yang secara tidak langsung membantu pasien dan anggota keluarga pasien.

Kriteria informan yang digunakan sebagai acuan dalam penelitian adalah:

- 1) Bersedia diwawancara oleh peneliti dalam tujuannya untuk mendapatkan informasi yang peneliti butuhkan
- 2) Mau diajak bekerjasama

Adapun teknik pemilihan informan yang kami lakukan adalah dengan menggunakan teknik penarikan *purposive* yang dilakukan dengan melibatkan jenis informan tertentu, memperoleh pemahaman yang lebih menyeluruh tentang masalah yang diteliti. Dalam memilih teknik ini yang diperhatikan adalah tujuan-tujuan tertentu yang ingin dicapai peneliti yaitu Secara lebih detail dapat dilihat dari *Theoretical Sampling* di bawah ini :

Tabel 1.1 *Theoretical Sampling*

No.	Informan	Informasi yang ingin diperoleh	Jumlah
1.	Pekerja Sosial Medis	<p>*Pelayanan apa yang diberikan Pekerja Sosial Medis kepada pasien perawatan paliatif.</p> <p>*Pelayanan apa yang diberikan Pekerja Sosial Medis kepada keluarga pasien perawatan paliatif</p> <p>*Peran sebagai Pekerja Sosial Medis kepada tim paliatif dalam pelayanan</p> <p>*Hambatan yang didapat dalam menjalankan tugas sebagai Pekerja Sosial Medis</p>	2
2.	Pasien	<p>*Pelayanan apa yang diberikan oleh Pekerja Sosial Medis</p> <p>*Bagaimana pelayanan yang diberikan oleh Pekerja Sosial Medis</p> <p>*Tanggapan/respons apa yang didapat setelah memperoleh pelayanan dari Pekerja Sosial Medis</p>	2
3.	Anggota Keluarga Pasien	<p>*Pelayanan apa yang diberikan oleh Pekerja Sosial Medis</p> <p>*Bagaimana pelayanan yang diberikan oleh Pekerja Sosial Medis</p> <p>*Tanggapan/respons apa yang didapat setelah memperoleh pelayanan dari Pekerja Sosial Medis</p>	2
4.	Tim Layanan Paliatif	<p>*Bagaimana hubungan Pekerja Sosial Medis dengan tim kesehatan dalam bekerjasama memberikan pelayanan perawatan paliatif</p> <p>*Tanggapan/respons apa yang didapat setelah bekerjasama dengan Pekerja Sosial Medis</p>	4
Jumlah Informan			10

Sumber: Olahan Sendiri

1.5.5 Teknik dan Waktu Pengumpulan Data

1.5.5.1 Teknik Pengumpulan Data

Menurut Lofland dan Lofland 1984 (dalam Moleong, 2000), sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata, dan tindakan selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen, dll. Oleh karena itu, untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini digunakan teknik pengumpulan data yang meliputi teknik studi literatur, wawancara, observasi atau pengamatan, serta menggunakan foto dokumentasi sebagai pelengkap yang kemudian diinterpretasikan dalam bentuk kata-kata.

a. Studi Literatur

Dilihat dari sumber data, bahan tambahan yang berasal dari sumber tertulis dapat dibagi atas sumber buku dan jurnal ilmiah, sumber dari arsip, dokumen pribadi dan dokumen resmi (Moleong, 2006, h. 159). Sumber buku atau skripsi peneliti gunakan melalui bahan-bahan literatur di perpustakaan yang terkait dengan penelitian ini sebagai bahan untuk menyusun kerangka konsep dalam penelitian ini. Selain itu, sumber arsip seperti status pasien, dokumen pribadi yang berasal dari laporan hasil praktikum peneliti juga menjadi data tambahan dalam memperoleh informasi untuk menjawab pertanyaan penelitian.

b. Wawancara

Wawancara merupakan bentuk komunikasi antara dua orang, melibatkan seseorang yang ingin memperoleh informasi dari seorang lainnya dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan berdasarkan tujuan tertentu (Mulyana, 2003, h. 80). Adapun yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara tidak berstruktur yang menurut Denzin (dalam Mulyana, 2003) mirip dengan percakapan informal. Wawancara ini bertujuan memperoleh bentuk-bentuk tertentu informasi dari semua responden, tetapi susunan kata dan urutannya disesuaikan dengan ciri-ciri setiap responden. Pertanyaan dalam wawancara tidak berstruktur biasanya tidak disusun terlebih dahulu, namun disesuaikan dengan keadaan dan ciri yang unik dari responden. Sehingga, dengan wawancara tidak

berstruktur ini informasi mengenai peran dan hambatan Pekerja Sosial Medis dalam mencapai kualitas terbaik bagi pasien dan keluarga pasien dapat ditemukan.

c. Observasi

Selain wawancara, teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi atau pengamatan menurut Marshall (dalam Sugiyono, 2005) mengatakan bahwa *”through observation, the researcher learn about behaviour and the meaning attached to those behavior”*. Melalui observasi, peneliti belajar tentang perilaku dan makna dari perilaku tersebut. Adapun observasi yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan observasi partisipatif, dimana peneliti terlibat dengan kegiatan sehari-hari orang yang sedang diamati atau yang digunakan sebagai sumber data penelitian. Sambil melakukan pengamatan, peneliti ikut melakukan apa yang dikerjakan oleh sumber data, dan ikut merasakan suka dukanya. Misalnya peneliti mengikuti kegiatan pelayanan paliatif ke rumah pasien (*homevisit*) sebagai salah satu pelayanan bagi pasien perawatan paliatif.

1.5.5.2 Waktu Pengumpulan Data

Tabel 1.2 Waktu Pengumpulan Data

No	Kegiatan	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1	Studi Literatur	■	■	■	■	
2	Observasi		■	■	■	
3	Wawancara					
A	Informan 1			■	■	
B	Informan 2			■	■	
C	Informan 3			■	■	
D	Informan 4			■	■	
E	Informan 5			■	■	
F	Informan 6				■	■
G	Informan 7				■	■
H	Informan 8				■	■
I	Informan 9				■	■
J	Informan 10				■	■
4	Analisa					■

Sumber: Olahan sendiri

1.5.6 Teknik Analisa Data

Proses analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Pengumpulan data mentah → Transkrip data → Pembuatan koding → Kategorisasi data → Penyimpulan sementara → Triangulasi → Penyimpulan akhir

Skema 1.1 Alur Analisa Data

Sumber: Irawan 2006, h.. 76-80

- 1) Pengumpulan data mentah
Pada tahap ini penelitian mengumpulkan data mentah melalui pengamatan, wawancara dan studi literatur
- 2) Transkrip data
Pada penelitian mengubah catatan hasil wawancara ke bentuk tertulis dalam bentuk verbatim
- 3) Pembuatan koding
Pembuatan koding adalah tahap dimana penelitian mengkonseptualisasikan data dan kemudian mengkategorisasikannya (Alston, 1998, h. 196). Disini penelitian menemukan kata kunci dari data-data yang ada dan diberi kode
- 4) Kategorisasi data
pada tahap ini penelitian mulai “menyerdehanakan” data dengan cara “mengikat” konsep-konsep (kata-kata) kunci dalam satu besaran yang dinamakan “kategori”. Untuk membimbing penelitian melakukan pengkodean yang relevan, Strauss dalam (Alston, 1998, h.199) menyarankan empat pola untuk dijadikan acuan yaitu kondisi, interaksi antar pelaku, strategi dan taktik, dan konsekuensi.
- 5) Penyimpulan sementara
Pada tahap ini penelitian dapat mengambil kesimpulan sementara dari hasil data yang diperoleh
- 6) Triangulasi (Akan dijabarkan lebih rinci di tahap teknik untuk meningkatkan kualitas data)

7) Penyimpulan akhir

Pada tahap ini, penelitian sudah dapat menarik suatu kesimpulan akhir terhadap permasalahan yang diteliti

1.5.7 Teknik Untuk Meningkatkan Kualitas Data

Untuk meningkatkan kualitas data (*truthworthiness*) peneliti memilih metode triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain (Moleong, 2000, h. 330). Teknik ini dilakukan oleh peneliti dengan cara mengkonfirmasi ulang pernyataan informan kepada informan lain yang peneliti anggap dapat memberikan informasi dengan objektif. Adapun yang dijadikan informan untuk meningkatkan *truthworthiness* adalah pasien dan keluarga pasien yang juga menjalani perawatan paliatif serta anggota tim kesehatan di poliklinik paliatif, oleh karena itu, peneliti menggunakan triangulasi dengan sumber yang berarti mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif ((Moleong, 2000, h. 331) dengan cara membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara, apa yang dikatakan depan umum dengan pribadi serta hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan jadi dengan cara ini, merupakan cara terbaik karena peneliti dapat *recheck* temuannya dengan jalan membandingkannya dengan berbagai sumber, metode, atau teori.

1.6 Sistematika Penulisan

Bab I. Pendahuluan

Dalam bab ini, dijelaskan mengenai latar belakang dilakukannya penelitian, rumusan permasalahan yang akan dibahas, tujuan, signifikansi penelitian, metode penelitian serta sistematika penulisan. Dalam metode penelitian dijelaskan mengenai pendekatan penelitian, jenis penelitian, lokasi, teknik pemilihan informan, teknik dan waktu penumpulan data, teknik analisa data, teknik untuk meningkatkan kualitas penelitian.

Bab II. Tinjauan Pustaka

Bab ini menjelaskan teori-teori yang digunakan dalam penelitian. Teori ini akan digunakan untuk menganalisa hasil temuan lapangan yang terdapat dalam bab IV.

Bab III. Profil Lembaga

Bab ini menjelaskan mengenai profil lembaga, yaitu Unit Layanan Paliatif dan Kedokteran Komplementer (ULP&KK) secara menyeluruh. Dan sedikit tentang Rumah Sakit Kanker “Dharmas” dan Instalasi Rehabilitasi Medis (IRM).

Bab IV. Peran Pekerja Sosial Medis Kepada Klien Berdasarkan Dimensi Kualitas Hidup

Bab ini menjelaskan mengenai temuan lapangan yang didapat dari hasil pengumpulan data di lapangan. Data ini kemudian dianalisa dengan mengaitkan temuan lapangan yang ada dengan tinjauan pustaka yang telah dijelaskan dalam bab II.

Bab V. Kesimpulan dan Saran

Sebagai bab terakhir dalam penelitian ini, bab ini menyimpulkan keseluruhan hasil penelitian yang dilakukan dan memberikan saran-saran yang berguna yang kemudian dapat digunakan baik untuk lembaga maupun untuk penelitian selanjutnya.