

PENGEMBANGAN MANAJEMEN PELAYANAN PALIATIF

Idealnya, pada pasien dengan penyakit terminal, dimana pelayanan kuratif tidak dimungkinkan lagi bagi pasien maka pelayanan paliatif dibutuhkan oleh pasien tersebut. Pelayanan paliatif ini hendaknya diberikan sejak awal perjalanan penyakit, bersamaan dengan terapi lain untuk memperpanjang hidup. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), pelayanan paliatif diberikan dengan tujuan untuk mempertahankan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi berbagai masalah terkait dengan penyakitnya melalui berbagai upaya pencegahan dan penanganan penderitaan pasien dengan cara mengkaji permasalahan sejak awal dan menangani masalah nyeri dan masalah lainnya, termasuk masalah fisik, psikososial, dan spiritual.¹

Pelayanan paliatif hendaknya diberikan secara tim multidisiplin yang bekerja sama untuk memberikan pelayanan personal pada pasien paliatif. Tim paliatif dapat terdiri dari dokter, perawat, psikolog, ahli dietterdaftar, apoteker, pekerja sosial dan pemberi pelayanan spiritual. Pendekatan multi disiplin ini memungkinkan tim perawatan paliatif untuk mengatasi masalah fisik, emosional, spiritual, dan sosial yang timbul dengan penyakit lanjut.

Di Indonesia, paliatif telah diperkenalkan ke dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia sejak tahun 1989, melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 604/MENKES/SK/IX/1989 tentang program pengendalian Kanker Nasional.² Dengan peraturan ini, pemerintah menciptakan empat kelompok kerja, salah satunya difokuskan pada pengembangan perawatan paliatif dan manajemen nyeri untuk pasien kanker. Perawatan paliatif telah dimulai sejak tahun 1992 dan telah menjadi agenda pemerintah Indonesia pada tahun 2007 dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif.³

Di Indonesia, lebih dari 60% pasien kanker datang berobat ke rumah sakit pada kondisi stadium lanjut. Sejalan dengan pengertian paliatif menurut WHO, maka pada kenyataannya, pasien tersebut adalah pasien paliatif dan membutuhkan pelayanan paliatif. Selain itu, pasien dengan *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases* (COPD), hemodialisis, HIV/AIDS dan demensia juga memerlukan pelayanan paliatif. Pasien paliatif seperti pasien dengan kanker stadium lanjut, menderita fisik, psikososial, spiritual, atau masalah lainnya. Masalah pasien bisa berbeda

terkait dengan perebedaan latar belakang budaya, nilai-nilai personal, dan ekonomi. Guna menghadapi masalah yang sama, setiap pasien bisa mempunyai kebutuhan yang berbeda. Oleh karena itu sangatlah penting untuk mengkaji masalah dan kebutuhan pasien sehingga pelayanan paliatif dapat diberikan sesuai dengan kebutuhan personal pasien dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien.⁴

Penyelenggaraan pelayanan paliatif di Indonesia masih dalam masa pertumbuhan dan masih sangat terbatas pada rumah sakit tertentu. Jumlah tenaga kesehatan yang paham akan konsep pelayanan paliatif pun masih sangat terbatas. Akibatnya, lebih banyak pasien dengan kanker meninggal di rumah sakit tanpa menerima perawatan paliatif tertentu atau mereka meninggal di rumah tanpa dukungan yang memadai dari para profesional perawatan paliatif. Pasien juga mengalami berbagai penderitaan terkait dengan gejala penyakit yang mestinya tidak perlu terjadi jika kebutuhan mereka akan pelayanan paliatif terpenuhi dengan baik.

Perawatan paliatif yang efektif membutuhkan pengkajian yang akurat terkait kebutuhan fisik dan emosional, dan perencanaan yang tepat untuk mengatasi kebutuhan personal pasien. Mengingat bahwa pelayanan paliatif hendaknya berpusat pada pasien dan diberikan oleh tim multi profesional yang bekerja sama dengan pasien dan keluarganya, maka pendekatan "*Patient-Centered Care (PCC)*" atau "perawatan berpusat pada pasien" sangat cocok untuk diterapkan dalam pelayanan paliatif. Dengan pendekatan ini, pasien akan mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan personalnya dengan melibatkan keluarganya untuk meningkatkan kualitas hidupnya dengan menjunjung tinggi aspek nilai/budaya, filosofi hidup, keinginan, dan otonomi pasien.

Pendekatan PCC ini menggambarkan bagaimana layanan kesehatan dapat diberikan oleh para profesional kesehatan dengan cara yang terbaik untuk setiap individu pasien. Perawatan berpusat pada pasien ini menetapkan kemitraan antara praktisi, pasien, dan keluarganya untuk memastikan bahwa keputusan pengobatan yang diambil telah mempertimbangkan dan menghormati keinginan, kebutuhan, dan preferensi pasien. Pasien telah mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan mereka sendiri.

Pemberi pelayanan kesehatan dan pasien dapat memiliki pendapat yang berbeda dalam menyikapi permasalahan kesehatan pasien dan prioritas pelayanan. Sebagai contoh, pasien lebih memperhatikan sejauh mana petugas kesehatan mengatasi masalah pasien, sedangkan petugas kesehatan lebih terfokus pada kepatuhan terhadap standar pelayanan. Hal ini merupakan tantangan bagi tim paliatif untuk mampu memberikan pelayanan paliatif dengan pendekatan PCC dan tetap berpegang pada standar pelayanan yang berlaku. Untuk itu diperlukan adanya standar pelayanan paliatif baik di tingkat rumah sakit maupun di Puskesmas.

Dewasa ini, telah dilakukan validasi indikator kualitas pelayanan paliatif di rumah sakit.⁵ Indikator kualitas pelayanan paliatif ini dapat digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi pemberian pelayanan paliatif yang ada di rumah sakit dan atau digunakan sebagai alat untuk mempersiapkan pengembangan pelayanan paliatif di rumah sakit dengan mengacu pada indikator yang ada. Mengacu pada indikator kualitas, maka pelayanan paliatif dapat diselenggarakan dengan baik dan mengacu pada kebutuhan personal pasien.

Tantangan untuk meningkatkan kualitas perawatan paliatif di Indonesia tergantung dari kebijakan pemerintah, pendidikan perawatan paliatif yang lebih baik dan kondisi sosial yang lebih baik secara umum di negeri ini. Untuk mencapai upaya penyelenggaraan pelayanan paliatif yang berkualitas dan mencapai tujuan pelayanan yang optimal, maka diperlukan peningkatan kompetensi setiap petugas kesehatan untuk penyelenggaraan pelayanan paliatif ini, termasuk dokter, perawat, psikolog, ahli gizi, *social worker*, dll. Adanya modul perawatan paliatif dalam kurikulum pendidikan dokter dan keperawatan. Perlunya peningkatan penelitian dalam bidang perawatan paliatif. Selain itu, diperlukan peningkatan kesadaran

masyarakat tentang keberadaan perawatan paliatif agar dapat berkontribusi untuk perawatan paliatif yang lebih kualitas di Indonesia.

REFERENSI

1. WHO. World Health Organization. Definition of Palliative Care. 2002; diunduh dari: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Anonym, Bulan Peduli Kanker Payudara Sedunia: 60% Pasien Kanker Payudara di RS Dharmais Datang Pada Stadium Lanjut; diunduh dari: <http://www.suarapembaruan.com/home/60-pasien-kanker-payudara-di-rs-dharmais-datang-pada-stadium-lanjut/43671>
2. Sunaryadi T. dan Razak. Surabaya Kota Paliatif. Citra dan pesonanya. 1 ed. 2012, Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair. Surabaya, 2012.
3. Departemen Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif.
4. Effendy C, Vissers K, Osse BH, Tejawinata S, Vernooij-Dassen M, Engels Y., Comparison of Problems and Unmet Needs of Patients with Advanced Cancer in a European Country and an Asian Country. *Pain Pract*, 2014.
5. Effendy C, Vissers K, Woitha K, van Riet Paap J, Tejawinata S, Vernooij-Dassen M, Engels Y., Face-validation of quality indicators for the organisation of palliative care in hospitals in Indonesia: a contribution to quality improvement. *Supportive Care in Cancer*, 2014.

Christantie Effendy

Program Studi Ilmu Keperawatan,
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
Yogyakarta