

**PENELITIAN KUALITATIF:
KEBUTUHAN DOKTER-PERAWAT VS PASIEN KANKER PALIATIF**

Karolin Adhistry

Program Studi Ilmu Keperawatan, Departemen Matenitas Fakultas Kedokteran
Universitas Sriwijaya

Email: karolin.adhistry@gmail.com

Abstrak

Prevalensi kejadian kanker di Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan dari tahun ke tahun, akan tetapi perawatan paliatif di Rumah sakit masih berpusat pada pelayanan kuratif dan bukan pelayanan paliatif. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana kebutuhan pasien paliatif dan kebutuhan perawat untuk menunjang perawatan paliatif yang maksimal. Metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dengan analisis deskriptif eksploratori. Partisipan adalah dokter-perawat yang memenuhi kriteria inklusi yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Penelitian ini dilakukan di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta di ruangan Bougenvil 1, 3 dan Cendana 1, 2 pada bulan Oktober-Desember 2015. Data didapatkan dengan wawancara mendalam dan observasi. Analisa data menggunakan metode Colaizzi dibantu dengan *software Open Code* versi 3.6.2.0. Penelitian ini menunjukkan bahwa kebutuhan utama yang dibutuhkan oleh pasien paliatif adalah mengenai aspek fisik, psikis, spiritual, lingkungan dan support keluarga sedangkan pada kebutuhan tenaga kesehatan khususnya dokter-perawat untuk meningkatkan kualitas perawatan paliatif, maka diperlukan standar pelayanan paliatif, pengembangan program paliatif, pengembangan/pelatihan paliatif dan fasilitas pendukung. Kebutuhan pada perawat-dokter dan pasien paliatif memiliki hubungan yang berkesinambungan dan saling mempengaruhi. Dokter-perawat membutuhkan keahlian dan juga standar operasional yang terstruktur guna untuk memenuhi kebutuhan pasien paliatif baik fisik, psikis, spiritual, lingkungan dan juga memfasilitasi untuk dukungan keluarga .

Kata kunci: kebutuhan, pasien kanker, dokter-perawat, kualitas hidup

PENDAHULUAN

Perawatan paliatif pada penyakit kanker merupakan suatu pelayanan yang bertujuan untuk menurunkan permasalahan yang diakibatkan oleh penyakit kanker meskipun dengan pengobatan kuratif tidak bisa diatasi (Dunlop, 1998). Pelayanan paliatif ini bertujuan untuk memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga melalui pencegahan dan peniadaan dengan identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (*World Health Organization*, 2002; Bart, 2004; Keputusan Menteri Kesehatan, 2007). Pelayanan paliatif ini terdiri dari pelaksanaan identifikasi (Downing, 2009; *National Consensus Project* (NCP), 2013), pendekatan tim interdisiplin (KEPMENKES, 2007; WHO, 2007) dan Pedoman praktik klinis untuk pelayanan paliatif yang berkualitas (NCP, 2013).

Kejadian penyakit kanker ditandai dengan data statistik yang terus meningkat. Prevalensi kejadian berdasarkan data WHO (2012) menunjukkan 14,1 juta merupakan kasus baru kanker. Sebanyak 8,2 juta penderita kanker meninggal dunia dan 32,6 juta penderita hidup dengan diagnosa kanker. Indonesia sebagai salah satu negara berkembang memiliki angka prevalensi yang tinggi. Riset kesehatan dasar (2013) menyatakan bahwa prevalensi kanker merupakan kasus penyakit ke-3 tertinggi dengan kasus terbanyak di Propinsi D.I Yogyakarta yaitu 4,1 per 1.000 penduduk.

Data kasus paliatif berdasarkan prevalensi WHO (2011) menunjukkan bahwa dari 29 miliar kasus paliatif sebanyak 20,4 miliar kasus membutuhkan pelayanan paliatif. Kasus pada pasien dewasa dengan 19,23 miliar yang membutuhkan pelayanan paliatif ini sebesar 34% adalah kasus kanker dan merupakan kasus ke-2 terbesar. Peningkatan angka kejadian ini mengindikasikan untuk

dilakukannya suatu pelayanan yang dapat menunjang pengobatan pasien pasca diagnosa kanker. Bantuan pada masalah fisik, psikososial dan spiritual ini dapat dicapai lebih dari 90% pada pasien kanker stadium lanjut melalui pelayanan kanker paliatif (*World Cancer Report*, 2014).

Identifikasi kebutuhan pasien dan tim paliatif (dokter dan perawat) merupakan dasar dalam menentukan arah kebijakan dalam perawatan paliatif ini. ketidakmampuan dalam melakukan identifikasi ini dapat berpengaruh dan pada akhirnya dapat menjadi hambatan. Penelitian dari Paap, *et al* (2014) menyatakan bahwa terdapat beberapa aspek yang dapat menyebabkan terjadinya hambatan dan pendukung dari pelayanan paliatif yaitu inovasi, tingkat pendidikan tenaga kesehatan, dinamika tim, konteks dalam organisasi dan kebijakan dalam politik dan ekonomi.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian fenomenologi dan menggunakan analisis deskriptif eksploratori. Pengambilan data menggunakan metode wawancara dan observasi, dilakukan di IRNA I RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta pada ruangan Bougenvil 1, 3 dan Cendana 1, 2 bulan Oktober-Desember tahun 2015.

Total partisipan dalam penelitian ini terdiri dari 14 partisipan yang terdiri dari sepuluh orang perawat, dengan tujuh orang adalah partisipan utama dan tiga merupakan partisipan tambahan untuk triangulasi sumber. Partisipan dokter terdiri dari empat orang dokter yang merupakan partisipan utama. Ke-7 partisipan yang berasal dari profesi perawat telah memenuhi informasi yang diperlukan dan kriteria saturasi data dimana tidak ada lagi informasi baru yang muncul dari partisipan-partisipan tersebut. Penelitian ini menggunakan tahapan dari Collaizi untuk menganalisa data

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, untuk mendapatkan pencapaian kualitas hidup pada pasien paliatif maka diperlukan pemenuhan kebutuhan baik tenaga kesehatan dokter-perawat dan pasien paliatif secara optimal. Hasil penelitian didapatkan bahwa kebutuhan tenaga kesehatan dokter-perawat berbanding lurus dengan pemenuhan kebutuhan pasien paliatif akan pelayanan yang optimal.

Pasien paliatif membutuhkan pelayanan yang dapat menunjang kesembuhan dan peningkatan kualitas hidupnya seperti pemenuhan kebutuhan secara fisik, psikis, support keluarga, spiritual dan lingkungan sedangkan tenaga kesehatan dokter-perawat membutuhkan suatu bentuk pelaksanaan paliatif yang optimal seperti: standar pelayanan paliatif, pengembangan program paliatif, pendidikan/pelatihan paliatif dan fasilitas pendukung untuk pelayanan paliatif ditingkatkan.

Aspek pelayanan yang diberikan oleh dokter-perawat akan menjadi dasar untuk memberikan pelayanan pada pasien kanker paliatif.

Tabel. 1 Hasil Penelitian

Pelayanan Paliatif	
Kualitas Hidup Pasien Meningkat	
Kebutuhan Pasien	Kebutuhan Dokter dan Perawat
Fisik	Standar Pelayanan Paliatif
Psikis	Pengembangan Program Paliatif
Support Keluarga	Pendidikan/Pelatihan Paliatif
Spiritual	Fasilitas Pendukung
Lingkungan	

Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan “Implikasi Perawatan Paliatif pada Bidang Kesehatan”

1) Aspek pelayanan

Aspek pelayanan didasarkan pada pemenuhan kebutuhan pada aspek fisik dan aspek psikis pasien kanker paliatif.

“Aaa..biar penderitaanya tidak berat dengan mengurangi rasa nyeri, dengan memberikan perhatian pada aspek nyerinya jadi itu juga banyak pasien-pasien yang seperti itu.”

(Partisipan 11, Dokter DPJP)

2) Pelaksanaan pelayanan

Pelayanan paliatif merupakan pelayanan dengan pemenuhan perawatan yaitu memandang tujuan dari perawatan itu sendiri. Pelaksanaan pelayanan ini dijelaskan dengan pernyataan partisipan, yaitu:

“...kita masih mengacu pada program medis itu, banyak mengacu pada medis, kalau perawatan masih butuh sesuai dengan kebutuhannya saja...”

(Partisipan 13, Karu)

Tujuan dalam pelayanan ini merupakan pedoman keberhasilan atas usaha yang telah dilakukan. Keberhasilan pada pelayanan ini tidak dilihat dari kesembuhan dari pasien tersebut akan tetapi, keberhasilan didasarkan pada keberhasilan dalam menjaga kualitas hidup dan mengurangi penderitaan akhir pasien kanker paliatif tersebut.

“...tapi kita tetep harus menjaga agar kualitas hdup nya itu apa namanya baik, dan dia tetap semangat sampe akhir.”

(Partisipan 10, Residen)

“...supaya dia bisa aaa...sebelum meninggal istilahnya itu bisa merasakan apa yaaa...aaa..penderitaanya tidak berat.”

(Partisipan 11, Dokter DPJP)

3) Kebutuhan pasien paliatif

Kebutuhan pasien kanker paliatif ini tidak hanya didasarkan pada kebutuhan fisik ataupun psikologis semata, akan tetapi juga terdapat kebutuhan lainnya antara lain kebutuhan akan informasi perawatan yang diberikan.

“Penjelasan itu nanti juga dijelaskan pada pasien, rencana yang kita lakukan apa juga dijelaskan disini.”

(Partisipan 10, Residen)

Kebutuhan untuk mengatasi nyeri pasien termasuk ke dalam kebutuhan fisik yang juga dicoba untuk dipenuhi. Pernyataan ini diungkapkan oleh partisipan (P8).

“Kalo nyeri ya selama pasien di rumah sakit dalam kondisi nyeri kita kan disini ada pertama kita tangani secara sendiri dulu gitu kalo sudah tidak bisa..kita bisa memanggil pelayanan pain service,..”

(Partisipan 8, Residen)

Selain kebutuhan fisik, kebutuhan mengenai psikologis dan spiritual pada pasien juga dijelaskan oleh pernyataan:

“Cuma kita haa...ya biasa memanggil menanyakan pada pasien mau didampingi oleh terutama kalo dah jelek kondisinya ya untuk untuk rohaniawan gitu,..”

(Partisipan 8, Residen)

Dukungan Keluarga juga merupakan aspek penting upaya perawatan pada pasien kanker paliatif ini. Keluarga tidak hanya dapat membantu dalam perawatan secara fisik saja, akan tetapi keluarga juga menjadi faktor pendukung dalam memenuhi kebutuhan psikologis pasien. Keluarga dapat menjadi tempat pasien menumpahkan perasaannya juga keluh kesah yang dirasakan selama menjalani perawatan.

“Emang keluarga dilibatkan jadi memang pasien tidak sendiri, ada apa-apa kita juga melibatkan keluarga kayak umpamanya eee yang sekiranya keluarganya bisa pa mampu ya kita libatkan keluarganya.”

(Partisipan 1, Perawat)

“Kita libatkan kita edukasi kalau masih butuh kita reedukasi lagi misalnya seperti pemenuhan kebutuhan dasar seperti toileting atau pemenuhan nutrisi seperti makan,..”

(Partisipan 2, Perawat)

4) Kebutuhan dokter-perawat

Kebutuhan dokter-perawat terkait dengan perawatan paliatif adalah adanya pelatihan penunjang yang diberikan.

“Kalo saya sih untuk Sardjito sih kalo bisa ada yang disekolahkan untuk perawat untuk dokter khusus untuk paliatif care, terus membangun departemen khusus paliatif care.”

(Partisipan 10, Residen)

“Kita kan kudune sering dapet pelatihan gitu looo, ya sudah ngak usah pelatihan, sering dapet seminar lah paling nggak tu kalo untuk yang ini kayak gini looo sekarang.”

(Partisipan 1, Perawat)

Kompleksitas masalah yang dimiliki oleh pasien kanker paliatif tidak hanya berasal dari keadaan fisik akan tetapi juga mencakup masalah psikososial spiritual. Berdasarkan penelitian didapatkan hasil bahwa pasien kanker paliatif telah mengalami metastase pada organ lain sehingga menyebabkan komplikasi pada penyakitnya. Masalah nyeri juga menjadi masalah terbesar pasien paliatif disamping permasalahan mengenai psikologi pasien tersebut.

Hal ini juga disampaikan oleh penelitian dari Alifrangi, et al (2011) bahwa masalah terbesar yang dirasakan oleh pasien kanker paliatif adalah masalah nyeri, waktu yang banyak dihabiskan di rumah sakit, ketakutan akan kematian dan perubahan mood. Sama halnya dengan penelitian yang didapatkan masalah terhadap psikologis pasien yang dapat menyebabkan peningkatan stress pada pasien menjadi masalah penting untuk diatasi.

Penelitian lain yang mendukung permasalahan psikologi pada pasien kanker pada penelitian Effendy, et al (2014) menyatakan bahwa pasien kanker paliatif memiliki ketakutan mengenai penyakitnya juga keadaan fisik dari pasien tersebut. Perspektif dari kognitif psikologi menyatakan bahwa faktor psikologi pasien dapat berasal dari emosi yang dirasakan selama tindakan perawatan diberikan ataupun berasal dari gejala-gejala yang dirasakan oleh pasien kanker tersebut (Pravettoni, et al., 2015). Emosi ini dapat menjadikan perasaan takut, depresi yang berlebihan pada pasien sehingga sangat diperlukan peran dari dokter-perawat dalam mengatasi hal ini.

Kebutuhan pada pasien paliatif berdasarkan penelitian ini terdiri dari kebutuhan untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi oleh pasien tersebut antara lain kebutuhan fisik yaitu prioritas untuk menyelesaikan masalah nyeri, konstipasi, dan juga psikologis. Penjelasan terhadap perawatan yang diberikan merupakan langkah awal untuk terbinanya hubungan saling percaya antara dokter-perawat dan pasien juga keluarga dalam upaya memenuhi kebutuhan tersebut.

Kebutuhan akan penjelasan ini dikaitkan dengan kebutuhan pasien akan persetujuan tindakan perawatan yang akan dilakukan. Penjelasan ini akan memudahkan pasien untuk memutuskan menerima atau menolak perawatan, seperti memutuskan untuk melakukan RJP pada pasien (Wheatley, et al., 2015).

Dokter-perawat perlu untuk menjelaskan mengenai prognosis pasien dan pilihan terapi baik terapi pengobatan maupun terapi supportif, terapi yang dipilih sebaiknya telah diketahui mengenai bukti ilmiah dan pemanfaatan atas metode tersebut, diskusi haruslah bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, efek terhadap pasien pada tindakan yang dilakukan juga pemanfaatan tindakan-tindakan supportif pendukung perawatan (Jeffrey, et al., 2011).

Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan “Implikasi Perawatan Paliatif pada Bidang Kesehatan”

Pelatihan sebagai dasar penunjang juga teridentifikasi pada penelitian ini, perawat dan dokter mengeluhkan sedikitnya pelatihan yang ada dan bisa mereka ikuti. Mereka terbiasa mencari pelatihan di luar rumah sakit untuk menunjang kemampuan mereka dalam merawat pasien kanker paliatif tersebut. Pelatihan tentunya diperlukan untuk menambah pengetahuan dan kepercayaan tenaga klinisi (Moule, et al. 2015).

Harapan untuk terciptanya pelayanan yang berkualitas untuk pasien kanker paliatif sangat diinginkan oleh dokter-perawat. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa keinginan dokter-perawat untuk mendapatkan pelatihan sangat besar, hal ini tentunya terkait dengan kinerja mereka dalam memberikan perawatan paliatif.

Pengetahuan dan kemampuan dalam merawat pasien merupakan hal penting dalam menentukan indikator kualitas dalam perawatan hal ini sesuai dengan penelitian dari Leemans, et al (2015) yang menyatakan bahwa pelatihan dapat menjadi salah satu faktor untuk mengukur, menginterpretasi dan merupakan indikator peningkatan kualitas. WHO sebagai organisasi kesehatan dunia pada tahun 1990 telah merekomendasikan agar program perawatan paliatif menjadi salah satu sistem perawatan di rumah sakit dan juga memastikan bahwa petugas kesehatan mereka cukup terlatih untuk melakukan perawatan paliatif (Ddungu, 2011).

Indikator-indikator penjaminan mutu tersebut baik atas rekomendasi WHO ataupun kebijakan rumah sakit sendiri memberikan pemahaman bahwa pengetahuan klinisi dengan ditunjang baik pelatihan maupun seminar dapat menjadikan perawatan tersebut menjadi lebih optimal dalam menjalankan peran dan tugasnya. Penelitian dari Kamil (2010) bahwa pelatihan-pelatihan berguna untuk menunjukkan adanya proses dalam pengembangan bakat, keterampilan dan kemampuan pegawai guna menyelesaikan pekerjaan tertentu. Penyelenggaraan pelatihan ini juga didukung oleh peraturan KEPMENKES RI No. 725/Menkes/SK/V/2003 bahwa penyelenggaraan pelatihan dibidang kesehatan adalah proses pembelajaran dalam rangka meningkatkan kesehatan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kebutuhan pasien kanker dan dokter-perawat dalam menunjang perawatan paliatif yang diberikan. Keinginan pasien untuk meningkatkan taraf hidupnya setelah didiagnosa sejalan dengan keinginan dokter-perawat untuk mendapatkan keilmuan yang terbaru agar pelayanan yang diberikan bisa lebih profesional.

DAFTAR PUSTAKA

- Alifrangi, C. s, L. Koizia, A. Rozario, S. Rodney, M. Harrington, C. Somerville, T. Peplow And J. Waxman. 2011. The Experience of Cancer Patient. *Q J Med.* 104:1075–81.
- Bart, H.P., Osse M. D, Myrra J.F.J., Vernooij, Egbert Schade, Richard P.T.M. 2004. Towards a New Clinical Tool for Needs Assessment in the Palliative Care of Cancer Patient: The PNPC Instrument. *J Pain Symptom Manage* 28: 329-41.
- Ddungu H., 2011. Palliative care: what approaches are suitable in developing countries?. *British Journal of Haematology.* 154: 728–35.
- Downing, G. M. 2009. Use of palliative performance scale (PPS) in prognostication. VIHA research rounds. *Palliative medicine & research director.* Victoria hospice.
- Dunlop, R. 1998. Cancer: Palliative care. Springer: London.
- _____, 2012 . diakses pada http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. diperoleh tanggal 11 desember 2014. (12:30).

Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan “Implikasi Perawatan Paliatif pada Bidang Kesehatan”

- Effendy, C., Kris. V., Bart. O., Sunaryadi, T., Myrra. V., Yvonne. E. 2014. Comparison of Problem and Unmet Needs of Patient with Advanced Cancer in a European Country and an Asian Country. *World Institute of Pain*.
- Jeffrey M. Peppercorn, Thomas J. Smith, Paul R. Helft, David J. DeBono, Scott R. Berry, Dana S. Wollins, Daniel M. Hayes, Jamie H. Von Roenn, and Lowell E. Schnipper. 2011. American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 29: 755-60
- Kamil. M. 2010. *Model Pendidikan dan Pelatihan Konsep dan Aplikasi*. Bandung: Alfabeta.
- Keputusan Menteri Kesehatan nomor 812/Menkes/SK/VII/2007. *Kebijakan Perawatan Paliatif*. 19 Juli 2007. Jakarta.
- Leemans, et al. 2015 What strategies are used to build practitioners’ capacity to implement community-based interventions and are they effective?: a systematic review. *Implementation Science* 10:80.
- Moule, P., Katherine Pollard, Julie Armoogum, Simon Messer. 2015. Virtual patients: Development in cancer nursing education. *Nurse Education Today*. 35: 875–80.
- NCP. 2013. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 3rd ed. National Consensus Project for Quality Palliative Care: USA.
- Paap, J. V. R, Myrra Vernooij-Dassen, Frederike B, Franka M, Steve L, Nathan D, Wojciech L, Birgit J, Elena M, Ragni S, Kris V, Yvonne E. 2014. Improving the organization of palliative care: identification of barriers and facilitators in five European countries. *Implementation Science* 9(130).
- Pravettoni., G., Whitney R. Yoder, Silvia Riva, Ketti Mazzocco, Paola Arnaboldi, Viviana Galimberti. 2015. Eliminating “Ductal Carcinoma In Situ” And “Lobular Carcinoma In Situ” (DCIS And LCIS) Terminology In Clinical Breast Practice. *The Cognitive Psychology Point Of View*. 1-4.
- Wheatley Victoria J., Jenna C Smith., Ilora G Finlay. 2015. Ethical Issue in Palliative Care. *Medicine*. 43 (12).
- WHO, 2007. *Cancer Control Knowledge Into Action: WHO Guide for Effective Program. Department of Chronic Diseases and Health Promotion: Switzerland*. Modul 5. Switzerland.
- _____, 2012 . diakses pada http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. diperoleh tanggal 11 desember 2014. (12:30).
- World Cancer Report, 2014. Diakses pada <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. diperoleh tanggal 20 januari 2015. (10.40).