

PALLIATIVE CARE PADA PENDERITA PENYAKIT TERMINAL

Cemy Nur Fitria

DOSEN Akper Pku Muhammadiyah Surakarta

Intisari: Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual. Penyakit terminal merupakan penyakit progresif yaitu penyakit yang menuju ke arah kematian yang membutuhkan pendekatan dengan perawatan Palliative sehingga menambah kualitas hidup seseorang. Sasaran kebijakan pelayanan paliatif Seluruh pasien (dewasa dan anak) dan anggota keluarga, lingkungan yang memerlukan perawatan paliatif di mana pun pasien berada di seluruh Indonesia. Pelaksana perawatan paliatif : dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga terkait serta Institusi-institusi terkait. Prinsip perawatan palliative adalah menghormati atau menghargai martabat dan harga diri dari pasien dan keluarga pasien, dukungan untuk caregiver, Palliative care merupakan akses yang kompetent dan compassionet, mengembangkan profesional dan social support untuk pediatric palliative care

Kata Kunci: Palliative, Care, Penyakit Terminal

PENDAHULUAN

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007 tantangan yang kita hadapi pada di hari-hari kemudian nyata sangat besar. Meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan baik pada dewasa dan anak seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, *cystic fibrosis*, *stroke*, Parkinson, gagal jantung /*heart failure*, penyakit genetika dan penyakit infeksi seperti HIV/ AIDS yang memerlukan perawatan paliatif, disamping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Namun saat ini, pelayanan kesehatan di Indonesia belum menyentuh kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan tersebut, terutama pada stadium lanjut dimana prioritas pelayanan tidak hanya pada penyembuhan tetapi juga perawatan agar mencapai kualitas hidup yang terbaik bagi pasien dan keluarganya.

Pada stadium lanjut, pasien dengan penyakit kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Maka kebutuhan pasien pada stadium lanjut suatu penyakit tidak hanya pemenuhan/ pengobatan gejala fisik,, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukandengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif. (Doyle & Macdonald, 2003: 5)

Masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Namun konsep baru perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan

paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan baik Perawatan paliatif adalah pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan dasar falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya. (Doyle & Macdonald, 2003: 5)

Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih terbatas di 5 (lima) ibu kota propinsi yaitu Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar dan Makassar. Ditinjau dari besarnya kebutuhan dari pasien, jumlah dokter yang mampu memberikan pelayanan perawatan paliatif juga masih terbatas. Keadaan sarana pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih belum merata sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, komprehensif dan holistik, maka diperlukan kebijakan perawatan paliatif di Indonesia yang memberikan arah bagi sarana pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan perawatan paliatif. (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007)

PENGERTIAN

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

Menurut KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007 **kualitas hidup pasien** adalah keadaan pasien yang dipersepsikan terhadap keadaan pasien sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya, termasuk tujuan hidup, harapan, dan niatnya. Dimensi dari kualitas hidup. Dimensi dari kualitas hidup yaitu Gejala fisik, Kemampuan fungsional (aktivitas), Kesejahteraan keluarga, Spiritual, Fungsi sosial, Kepuasan terhadap pengobatan (termasuk masalah keuangan), Orientasi masa depan, Kehidupan seksual, termasuk gambaran terhadap diri sendiri, Fungsi dalam bekerja.

Menurut KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007 *Palliative home care* adalah pelayanan perawatan paliatif yang dilakukan di rumah pasien, oleh tenaga paliatif dan atau keluarga atas bimbingan/pengawasan tenaga paliatif.

Hospis adalah tempat dimana pasien dengan penyakit stadium terminal yang tidak dapat dirawat di rumah namun tidak melakukan tindakan yang harus dilakukan di rumah sakit. Pelayanan yang diberikan tidak seperti di rumah sakit, tetapi dapat memberikan pelayanan untuk mengendalikan gejala-gejala yang ada, dengan keadaan seperti di rumah pasien sendiri.

Menurut KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007 **Sarana (fasilitas) kesehatan** adalah tempat yang menyediakan layanan kesehatan secara medis bagi masyarakat.

Kompeten adalah keadaan kesehatan mental pasien sedemikian rupa sehingga mampu menerima dan memahami informasi yang diperlukan dan mampu membuat keputusan secara rasional berdasarkan informasi tersebut (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

PENYAKIT TERMINAL

Penyakit terminal merupakan penyakit progresif yaitu penyakit yang menuju ke arah kematian. Contohnya seperti penyakit jantung, dan kanker atau penyakit terminal ini dapat dikatakan harapan untuk hidup tipis, tidak ada lagi obat-obatan, tim medis sudah give up (menyerah) dan seperti yang di katakan di atas tadi penyakit terminal ini mengarah kearah kematian. (White, 2002).

TUJUAN DAN SASARAN KEBIJAKAN

Tujuan umum kebijakan palliative sebagai payung hukum dan arahan bagi perawatan paliatif di Indonesia. Sedangkan tujuan khususnya adalah terlaksananya perawatan paliatif yang bermutu sesuai standar yang berlaku di seluruh Indonesia, tersusunnya pedoman-pedoman pelaksanaan/juklak perawatan paliatif, tersedianya tenaga medis dan non medis yang terlatih, tersedianya sarana dan prasarana yang diperlukan.

Sasaran kebijakan pelayanan paliatif adalah seluruh pasien (dewasa dan anak) dan anggota keluarga, lingkungan yang memerlukan perawatan paliatif di mana pun pasien berada di seluruh Indonesia. Untuk pelaksana perawatan paliatif : dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga terkait lainnya. Sedangkan Institusi-institusi terkait, misalnya: Dinas kesehatan propinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota, Rumah Sakit pemerintah dan swasta, Puskesmas, Rumah perawatan/hospis, Fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta lain. (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

LINGKUP KEGIATAN PERAWATAN PALIATIF

Jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi penatalaksanaan nyeri, penatalaksanaan keluhan fisik lain, asuhan keperawatan, dukungan psikologis, dukungan social, dukungan kultural dan spiritual, dukungan persiapan dan selama masa dukacita (*bereavement*). Perawatan paliatif dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan /rawat rumah. (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

KEBUTUHAN ANAK YANG TERMINAL

Pertama, komunikasi, dalam hal ini anak sangat perlu di ajak untuk berkomunikasi atau berbicara dengan yang lain terutama oleh kedua orang tua karena dengan orang tua mengajak anak berkomunikasi /berbicara anak merasa bahwa ia tidak sendiri dan ia merasa ditemani. Kedua, memberitahu kepada anak bahwa ia tidak sendiri dalam menghadapi penyakit tersebut. Ketiga, berdiskusi dengan siblings (saudara kandung) agar saudara kandung mau ikut berpartisipasi dalam perawatan atau untuk merawat, Keempat, Social support meningkatkan coping. (Arnold, 1998)

MENJELASKAN KEMATIAN PADA ANAK

Kebanyakan seorang psikolog percaya bahwa dengan berkata jujur merupakan strategi yang terbaik dalam mendiskusikan kematian dengan anak. Respon anak terhadap pertanyaan mengenai kematian merupakan dasar tingkat kematangan anak dalam mengartikan kematian. Pada anak pra sekolah, anak mengartikan kematian sebagai : kematian adalah sudah tidak ada nafas, dada dan perut datar, tidak

bergerak lagi, dan tidak bisa berjalan seperti layaknya orang yang dapat berjalan seperti orang sebelum mati / meninggal. Kebanyakan anak-anak (anak yang menderita penyakit terminal) membutuhkan keberanian, bahwa ia dicintai dan tidak akan merasa ditinggalkan. Tanpa memandang umur, sebagai orang tua seharusnya sensitif dan simpati, mendukung apa yang anak rasakan. (White, 2010)

ASPEK MEDIKOLEGAL DALAM PERAWATAN PALIATIF

Persetujuan tindakan medis/*informed consent* untuk pasien paliatif.: pasien harus memahami pengertian, tujuan dan pelaksanaan perawatan paliatif melalui komunikasi yang intensif dan berkesinambungan antara tim perawatan paliatif dengan pasien dan keluarganya. Pelaksanaan *informed consent* atau persetujuan tindakan kedokteran pada dasarnya dilakukan sebagaimana telah diatur dalam peraturan perundang-undangan. Meskipun pada umumnya hanya tindakan kedokteran (medis) yang membutuhkan *informed consent*, tetapi pada perawatan paliatif sebaiknya setiap tindakan yang berisiko dilakukan *informed consent*. Baik penerima informasi maupun pemberi persetujuan diutamakan pasien sendiri apabila ia masih kompeten, dengan saksi anggota keluarga terdekatnya. Waktu yang cukup agar diberikan kepada pasien untuk berkomunikasi dengan keluarga terdekatnya. Dalam hal pasien telah tidak kompeten, maka keluarga terdekatnya melakukannya atas nama pasien.

Tim perawatan paliatif sebaiknya mengusahakan untuk memperoleh pesan atau pernyataan pasien pada saat ia sedang kompeten tentang apa yang harus atau boleh atau tidak boleh dilakukan terhadapnya apabila kompetensinya kemudian menurun (*advanced directive*). Pesan dapat memuat secara eksplisit tindakan apa yang boleh atau tidak boleh dilakukan, atau dapat pula hanya menunjuk seseorang yang nantinya akan mewakilinya dalam membuat keputusan pada saat ia tidak kompeten. Pernyataan tersebut dibuat tertulis dan akan dijadikan panduan utama bagi tim perawatan paliatif.

Pada keadaan darurat, untuk kepentingan terbaik pasien, tim perawatan paliatif dapat melakukan tindakan kedokteran yang diperlukan, dan informasi dapat diberikan pada kesempatan pertama.

Resusitasi/ Tidak resusitasi pada pasien paliatif. Keputusan dilakukan atau tidak dilakukannya tindakan resusitasi dapat dibuat oleh pasien yang kompeten atau oleh Tim Perawatan paliatif. Informasi tentang hal ini sebaiknya telah diinformasikan pada saat pasien memasuki atau memulai perawatan paliatif. Pasien yang kompeten memiliki hak untuk tidak menghendaki resusitasi, sepanjang informasi adekuat yang dibutuhkannya untuk membuat keputusan telah dipahaminya. Keputusan tersebut dapat diberikan dalam bentuk pesan (*advanced directive*) atau dalam *informed consent* menjelang ia kehilangan kompetensinya. Keluarga terdekatnya pada dasarnya tidak boleh membuat keputusan tidak resusitasi, kecuali telah dipesankan dalam *advanced directive* tertulis. Namun demikian, dalam keadaan tertentu dan atas pertimbangan tertentu yang layak dan patut, permintaan tertulis oleh seluruh anggota keluarga terdekat dapat dimintakan penetapan pengadilan untuk pengesahannya. Tim perawatan paliatif dapat membuat keputusan untuk tidak melakukan resusitasi sesuai dengan pedoman klinis di bidang ini, yaitu apabila pasien berada dalam tahap terminal dan tindakan resusitasi diketahui tidak akan menyembuhkan atau memperbaiki kualitas hidupnya berdasarkan bukti ilmiah pada saat tersebut. (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

Perawatan pasien paliatif di ICU: Pada dasarnya perawatan paliatif pasien di ICU mengikuti ketentuan-ketentuan umum yang berlaku sebagaimana diuraikan di atas. Dalam menghadapi tahap terminal, Tim perawatan paliatif harus mengikuti pedoman penentuan kematian batang otak dan penghentian peralatan *life-supporting*. (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

Masalah medikolegal lainnya pada perawatan pasien paliatif: Tim Perawatan Paliatif bekerja berdasarkan kewenangan yang diberikan oleh Pimpinan Rumah Sakit, termasuk pada saat melakukan perawatan di rumah pasien. Pada dasarnya tindakan yang bersifat kedokteran harus dikerjakan oleh tenaga medis, tetapi dengan pertimbangan yang memperhatikan keselamatan pasien tindakan-tindakan tertentu dapat didelegasikan kepada tenaga kesehatan non medis yang terlatih. Komunikasi antara pelaksana dengan pembuat kebijakan harus dipelihara. (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007)

PERBEDAAN ANAK DAN DEWASA DALAM MENGARTIKAN KEMATIAN

Perbedaan anak dan dewasa dalam mengartikan kematian dalam kehidupan adalah Jangan berfikir kognitif dewasa dengan anak tentang arti kematian, anak tidak memiliki kematangan emosional dalam mempersepsikan tentang arti kematian , mekanisme koping pada anak belum terbentuk, Anak di ajak berdiskusi mengenai / tentang tuhan,surga, dan benda-benda yang tidak terlihat. (Ferrell, & Coyle, 2007: 1194)

SUPPORT (DUKUNGAN)

Dukungan sangat diperlukan dan sangat dibutuhkan oleh anak yang mengidap penyakit terminal, siapa saja yang terlibat harus mendukung disini yaitu orang tua, teman- teman , orang tua yang lainnya (kakek,nenek, tante,paman), dan grife suport group. (Doyle, Hanks and Macdonald, 2003, 1113)

TAHAP-TAHAP KEMATIAN ” KUBLER-ROSS’S (KUBLER-ROSS’S DYING)

Menurut Yosep iyus (2007, 175) tahap- tahap kematian dapat dibagi menjadi 5 : Denial and isolation (menolak dan mengisolasi diri), Anger (marah), Bargaining (tawar –menawar), Depression (depresi), Acceptance (penerimaan/menerima kematian)

SUMBER DAYA MANUSIA

Pelaksana perawatan paliatif adalah tenaga kesehatan, pekerja sosial, rohaniawan, keluarga relawan. Kriteria pelaksana perawatan paliatif adalah telah mengikuti pendidikan/pelatihan perawatan paliatif dan telah mendapat sertifikat.

Pelatihan dilaksanakan dengan modul pelatihan . Penyusunan modul pelatihan dilakukan dengan kerjasama antara para pakar perawatan paliatif dengan Departemen Kesehatan (Badan Pembinaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik). Modul-modul tersebut terdiri dari modul untuk dokter, modul untuk perawat, modul untuk tenaga kesehatan lainnya,

modul untuk tenaga non medis. Pelatih dalam pelatihan adalah Pakar perawatan paliatif dari RS Pendidikan dan Fakultas Kedokteran. Dalam pelatihan ini Sertifikasi dikeluarkan dari Departemen Kesehatan c.q Pusat Pelatihan dan Pendidikan Badan PPSDM. Pada tahap pertama dilakukan sertifikasi pemutihan untuk pelaksana perawatan paliatif di 5 (lima) propinsi yaitu : Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, Makasar. Pada tahap selanjutnya sertifikasi diberikan setelah mengikuti pelatihan. (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

Pendidikan. Pendidikan formal spesialis paliatif (ilmu kedokteran palliatif, ilmu keperawatan palliatif). KEPMENKES RI NOMOR: 812, (2007)

TEMPAT DAN ORGANISASI PERAWATAN PALIATIF

Tempat perawatan paliatif yaitu Rumah sakit , Untuk pasien yang harus mendapatkan perawatan yang memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus. Puskesmas : Untuk pasien yang memerlukan pelayanan rawat jalan. Rumah singgah/panti (hospis) : Untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus, tetapi belum dapat dirawat di rumah karena masih memerlukan pengawasan tenaga kesehatan. Rumah pasien : Untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus atau ketrampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga.

Organisasi perawatan paliatif, menurut tempat pelayanan/sarana kesehatannya adalah : Kelompok Perawatan Paliatif dibentuk di tingkat puskesmas. Unit Perawatan Paliatif dibentuk di rumah sakit kelas D, kelas C dan kelas B non pendidikan. Instalasi Perawatan Paliatif dibentuk di Rumah sakit kelas B Pendidikan dan kelas A. Tata kerja organisasi perawatan paliatif bersifat koordinatif dan melibatkan semua unsur terkait.(KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan dan pengawasan dilakukan melalui sistem berjenjang dengan melibatkan perhimpunan profesi/keseminatan terkait. Pembinaan dan pengawasan tertinggi dilakukan oleh Departemen Kesehatan. (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007)

PENGEMBANGAN DAN PENINGKATAN MUTU PERAWATAN PALIATIF

Untuk pengembangan dan peningkatan mutu perawatan paliatif diperlukan pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan dan non kesehatan., pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan/*Continuing Professional Development* untuk perawatan paliatif (SDM) untuk jumlah, jenis dan kualitas pelayanan, menjalankan program keselamatan pasien/*patient safety*. (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007)

PENDANAAN

Pendanaan yang diperlukan untuk perawatan Palliative adalah Pengembangan sarana dan prasarana, Peningkatan kualitas SDM/pelatihan, Pembinaan dan pengawasan, Peningkatan mutu pelayanan. Sumber

pendanaan dapat dibebankan pada APBN/APBD dan sumber-sumber lain yang tidak mengikat. Untuk perawatan pasien miskin dan PNS dapat dimasukkan dalam skema Askeskin dan Askes. (**KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007**)

ASUHAN KEPERAWATAN YANG DIPERLUKAN PADA ANAK YANG MENGALAMI PENYAKIT TERMINAL

Asuhan keperawatan yang diperlukan dan digunakan pada anak yang mengalami penyakit terminal adalah "PALLIATIVE CARE" tujuan perawatan paliatif ini adalah guna untuk meningkatkan kualitas hidup anak dengan kematian minimal mendekati normal, diupayakan dengan perawatan yang baik hingga pada akhirnya menuju pada kematian, sehingga *palliative care* diharapkan akan menambah kualitas hidup (anak) pada kondisi terminal, perawatan paliatif berfokus pada gejala rasa sakit (nyeri, dyspnea) dan kondisi (kesendirian) dimana pada kasus ini mengurangi kepuasan atau kesenangan hidup anak, mengontrol rasa nyeri dan gejala yang lain, masalah psikologi, social atau spiritualnya dari anak dalam kondisi terminal (Ferrell, & Coyle, 2007, 48)

PRINSIP DARI PERAWATAN PALLIATIVE CARE

Menghormati atau menghargai martabat dan harga diri dari pasien dan keluarga pasien, Dukungan untuk caregiver, Palliative care merupakan akses yang kompetent dan compassionet, Mengembangkan profesional dan social support untuk pediatric palliative care, Melanjutkan serta mengembangkan pediatrik palliative care melalui penelitian dan pendidikan (Ferrell, & Coyle, 2007: 52)

PALLIATIVE CARE PLANE (RENCANA ASUHAN PERAWATAN PALLIATIVE)

Melibatkan seorang partnership antara anak, keluarga, orang tua, pegawai, guru, staff sekolah dan petugas kesehatan yang profesional, Support fisik, emosional, pycososial, dan spiritual khususnya, elibatkan anak pada self care, Anak memerlukan atau membutuhkan gambaran dan kondisi (kondisi penyakit terminalnya) secara bertahap, tepat dan sesuai, Menyediakan diagnostic atau kebutuhan intervensi terapeutik guna memperhatikan/memikirkan konteks tujuan dan pengharapan dari anak dan keluarga (Doyle, Hanks and Macdonald, 2003: 42)

PERAN SPIRITUAL DALAM *PALLIATIVE CARE*

Beberapa tahun terakhir, telah terjadi peningkatan dramatis dalam agama dan keyakinan spiritual sebagai sumber kekuatan dan dukungan dalam penyakit fisik yang serius Profesional kesehatan memberikan perawatan medis menyadari pentingnya pasien dalam memenuhi 'kebutuhan spiritual dan keagamaan. (Woodruff , 2004: 1)

Sebuah pendekatan kasihan kebutuhan ini meningkatkan kemungkinan pemulihan atau perbaikan. Dalam contoh terburuk, ia menawarkan kenyamanan dan persiapan untuk individu melalui proses traumatis penyakit terakhir sebelum kematian. (Doyle, Hanks and Macdonald, 2003 :101)

Studi pasien dengan penyakit kronis atau terminal telah menunjukkan insiden tinggi depresi dan gangguan mental lainnya. Dimensi lain adalah bahwa tingkat depresi adalah sebanding dengan tingkat

keparahan penyakit dan hilangnya fungsi agunan. Sumber depresi seperti sering berbaring dalam isu-isu yang berkaitan dengan spiritualitas dan agama. Pasien di bawah perawatan paliatif dan dalam keadaan seperti itu sering mempunyai keprihatinan rohani yang berkaitan dengan kondisi mereka dan mendekati kematian. (Ferrell & Coyle, 2007: 848)

Spiritual dan keprihatinan keagamaan dengan pasien biasa bergumul dengan isu-isu sehari-hari penyakit yang tidak dapat disembuhkan, dengan orang tua dan mereka yang menghadapi kematian yang akan datang. Kekhawatiran semacam itu telah diamati bahkan pada pasien yang telah dirawat di rumah sakit untuk serius tetapi non-terminal penyakit. (Ferrell & Coyle, 2007: 52). Studi lain telah menunjukkan bahwa persentase yang tinggi dari pasien di atas usia 60 menemukan hiburan dalam agama yang memberi mereka kekuatan dan kemampuan untuk mengatasi, sampai batas tertentu, dengan kehidupan.

Agama kekhawatiran di sakit parah mengasumsikan berbagai bentuk seperti hubungan seseorang dengan Allah, takut akan neraka dan perasaan ditinggalkan oleh komunitas keagamaan mereka. Sering menghormati dan memvalidasi individu dorongan agama dan keyakinan adalah setengah pertempuran ke arah menyiapkan mereka untuk suatu 'baik' kematian (Ferrell & Coyle, 2007: 1171)

PSYCHO ONCOLOGI DALAM PALLIATIVE CARE

Psycho Onkologi adalah berkaitan dengan sosial, psikologis, etika dan perilaku segi kanker. Sebagai bidang studi dan praktek medis, onkologi dan psikologi. Ini adalah studi tentang aspek-aspek kanker yang melampaui batas-batas perawatan medis. (Ferrell & Coyle, 2007: 67).

Ini adalah semua termasuk wilayah yang bersangkutan dengan beberapa disiplin ilmu yang berhubungan dengan onkologi bunga. Merangkul ini pembedahan dan obat-obatan, pediatri, radioterapi, imunologi, epidemiologi, biologi, endokrinologi, patologi, rehabilitasi obat-obatan, psikiatri dan psikologi dan uji klinis penelitian dengan pengambilan keputusan. (Doyle, Hanks and Macdonald, 200 :213).

Psycho Onkologi kadang-kadang disebut sebagai psiko-onkologi sosial karena minat patuh perilaku dan psikososial topik. Hal ini berkaitan dengan pengetahuan dan pengobatan psikologis, sosial, spiritual, emosional dan aspek fungsional kanker melalui semua tahap, dari pencegahan, penyakit grafik, sampai kehilangan. Tujuan akhir psiko-onkologi adalah untuk memperbaiki, di seluruh dunia, perawatan dan kesejahteraan pasien kanker dan keluarga mereka. (Doyle, Hanks and Macdonald, 2003:103).

Perawatan paliatif mencakup berbagai layanan, namun tujuan jelas. Sasarannya adalah untuk menawarkan pasien, terserang penyakit serius, terminal atau sebaliknya, sistem pendukung memimpin menuju kehidupan senormal mungkin. Ini berarti mengendalikan rasa sakit dan gejala menyedihkan lain individu mungkin mengalami baik karena penyakit atau pengobatan yang berkaitan dengannya. Perawatan paliatif mencakup perawatan rohani dan psikologis. Hal ini juga berusaha untuk menawarkan sistem dukungan keluarga dalam membantu individu beradaptasi dan mengatasi krisis. (Doyle, Hanks and Macdonald, 2003 :7).

Pada intinya, perawatan paliatif adalah setiap bentuk perawatan medis atau perawatan untuk penyakit yang berfokus pada intensitas mengurangi gejala penyakit. Oleh karena itu, dapat disimpulkan

bahwa tujuan psiko-onkologi dan perawatan paliatif berjalan sejajar satu sama lain. (Doyle, Hanks and Macdonald, 2003: 108)

SIMPULAN

Perawatan Palliative adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual. Penyakit terminal merupakan penyakit progresif yaitu penyakit yang menuju ke arah kematian. Contohnya seperti penyakit jantung, dan kanker atau penyakit terminal ini dapat dikatakan harapan untuk hidup tipis, tidak ada lagi obat-obatan, tim medis sudah give up (menyerah) dan seperti yang di katakan di atas tadi penyakit terminal ini mengarah kearah kematian. Agama dan keyakinan spiritual sebagai sumber kekuatan dan dukungan dalam penyakit fisik yang serius Profesional kesehatan memberikan perawatan medis menyadari pentingnya pasien dalam memenuhi 'kebutuhan spiritual dan keagamaan serta pentingnya Psychoonkologi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arnold Dorothee, 1998, **Spiritual Care and Palliative Care: Opportunities and Challeges for Pastoral Care**, WWW. Who.int/cancer/Palliative/definition/en/ diambil pada tanggal 11 Januari 2010
- Doyle, Hanks and Macdonald, 2003. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford Medical Publications (OUP) 3rd edn 2003
- Ferrell, B.R. & Coyle, N. (Eds.) (2007). *Textbook of palliative nursing*, 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press
- KEPMENKES RI NOMOR: 812/ MENKES/SK/VII/2007 **Tentang Kebijakan Perawatan Palliative** Menteri Kesehatan Republik Indonesia
- Woodruff Asperula Melbourne 4th edn 2004. *Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians. Palliative Care Australia. Palliative Medicine*.
- Yosep Iyus, (2007), **Keperawatan Jiwa**, Refika Aditama, Bandung
- White, PG, 2002, **Word Hospice Palliative Care The Loss of Child Day**, Pediatric Heart Network, www.hospiceinternational.com, diambil pada tanggal 12 januari 2010