



**PRAKTIK PEKERJA SOSIAL MEDIS DALAM
PERAWATAN PALIATIF**
(Studi Kasus Pada Pekerja Sosial Medis di RSUD Dr. Soetomo
Surabaya)

***THE PRACTICE OF MEDICAL SOCIAL WORKER IN
PALLIATIVE CARE***
(Case Study of Medical Social Worker in RSUD Dr.
Soetomo Surabaya)

SKRIPSI

Oleh
Misnia Septa Andiana
NIM 160910301002

**JURUSAN ILMU KESEJAHTERAAN SOSIAL
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**PRAKTIK PEKERJA SOSIAL MEDIS DALAM
PERAWATAN PALIATIF**
(Studi Kasus Pada Pekerja Sosial Medis di RSUD Dr. Soetomo
Surabaya)

***THE PRACTICE OF MEDICAL SOCIAL WORKER IN
PALLIATIVE CARE***
(Case Study of Medical Social Worker in RSUD Dr.
Soetomo Surabaya)

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Kesejahteraan Sosial dan
mencapai gelar Sarjana Sosial (S.Sos)

Oleh
Misnia Septa Andiana
NIM 160910301002

**JURUSAN ILMU KESEJAHTERAAN
SOSIAL FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

PERSEMBAHAN

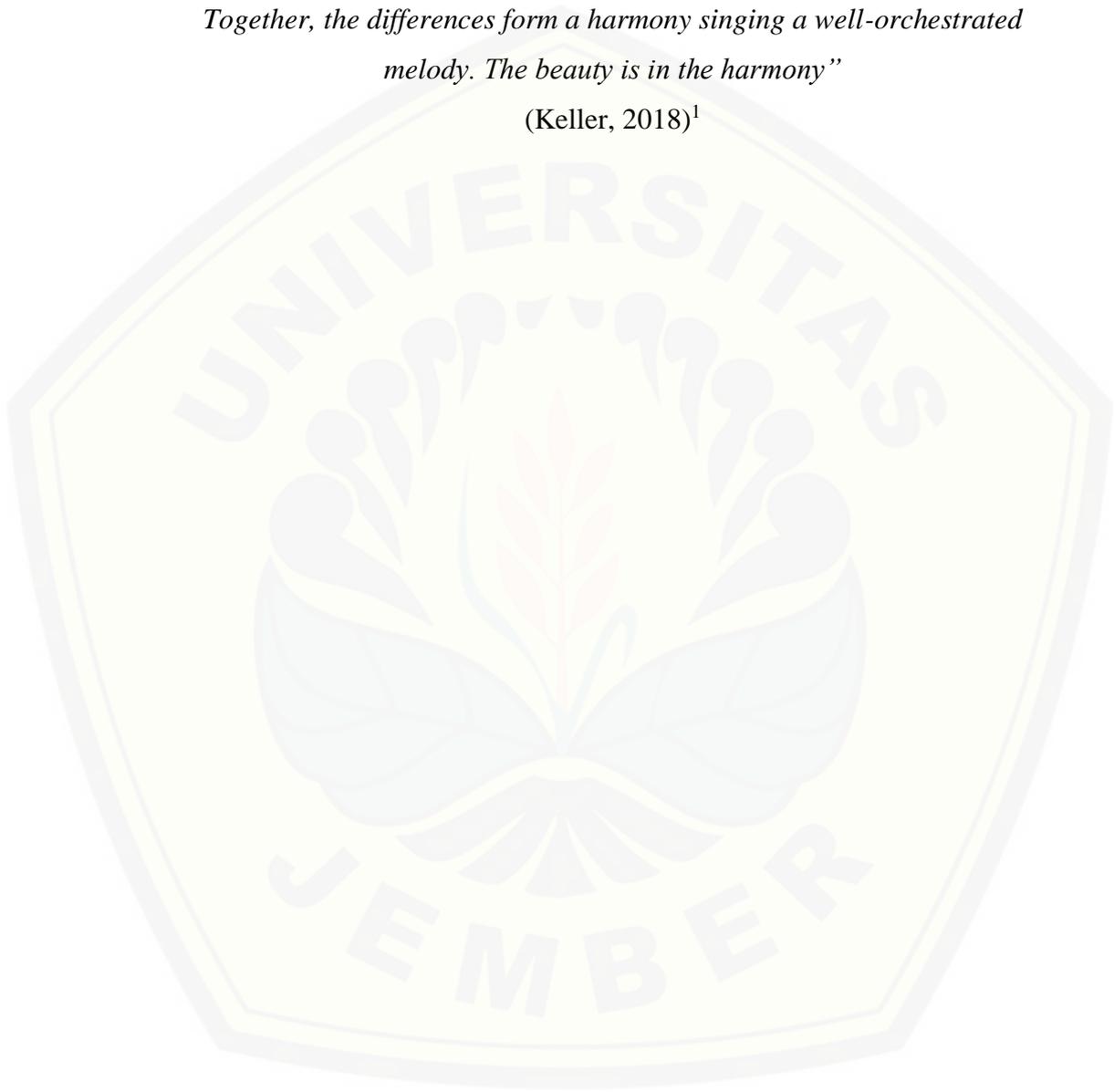
Rasa syukur senantiasa terucap kepada Allah SWT yang telah memberikan Ridhonya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik. Skripsi ini penulis persembahkan kepada:

1. Pahlawan Kebanggaan saya, Mama Siti Juhartatik dan Ayah Nono Hariono dan Pak Peng Nur Malik;
2. Keluarga tercinta, Akak Koci, Adek Kucing, Ntong Juna;
3. Suami saya, Aldy Alifian Dara;
4. Almamater Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

MOTTO

“Alone we can do so little; together we can do so much. All social workers are created equal. And all social workers are created different. Together, the differences form a harmony singing a well-orchestrated melody. The beauty is in the harmony”

(Keller, 2018)¹



¹ Keller, H. 2018. 15 Inspirational Quotes for Social Workers.
<https://socialwork.tulane.edu/blog/15-inspirational-quotes-for-social-workers>

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Misnia Septa Andiana

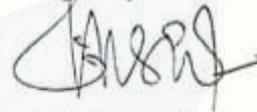
NIM : 160910301045

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul "Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif (*Studi Kasus Pada Pekerja Sosial Medis di RSUD Dr. Soetomo Surabaya*)" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali dalam pengutipan substansi disebut sumbernya. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar adanya.

Jember, 22 Januari 2021

Yang menyatakan,



Misnia Septa Andiana

NIM 160910301002

SKRIPSI

**PRAKTIK PEKERJA SOSIAL MEDIS DALAM
PERAWATAN PALIATIF**

(Studi Kasus Pada Pekerja Sosial Medis di RSUD Dr. Soetomo Surabaya)

Oleh

Misnia Septa Andiana

NIM 160910301002

Dosen Pembimbing:

Dr. Pairan, M.Si

NIP. 196411121992011001

PENGESAHAN

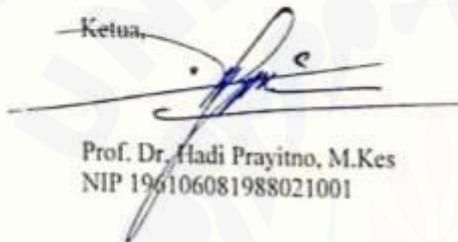
Skripsi berjudul "Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif (Studi Kasus Pada Pekerja Sosial Medis di RSUD Dr. Soetomo Surabaya)" telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember pada :

Hari, tanggal : Jum'at, 22 Januari 2021

Tempat : Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember

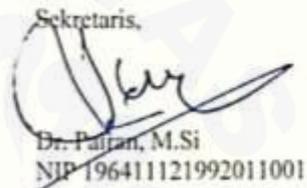
Tim Penguji:

Ketua,



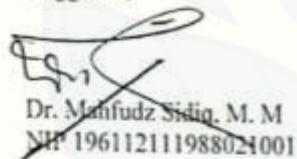
Prof. Dr. Hadi Prayitno, M.Kes
NIP 196106081988021001

Sekretaris,



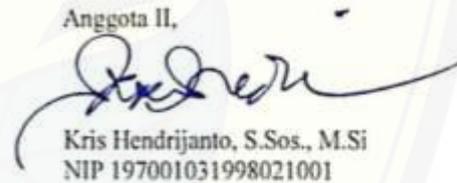
Dr. Paljan, M.Si
NIP 196411121992011001

Anggota I,



Dr. Mahfudz Sidiq, M. M
NIP 196112111988021001

Anggota II,



Kris Hendrijanto, S.Sos., M.Si
NIP 197001031998021001

Mengesahkan
Dekan,



Dr. Djoko Poemomo, M.Si
NIP 196002191987021001

RINGKASAN

“Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif”; Misnia Septa Andiana, 160910301002, 196 halaman; Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Jember

Kesehatan masyarakat saat ini bukan hanya dipengaruhi oleh aspek fisik saja, namun juga dipengaruhi oleh aspek-aspek lain seperti gaya hidup, motivasi pribadi, masalah kesehatan dan mobilitas, faktor genetik, serta lingkungan sosial dan fisik tempat tinggal manusia. Fenomena ini mendorong pelayanan kesehatan untuk berubah menjadi lebih holistik. Salah satu jenis perawatan kesehatan yang holistik adalah perawatan paliatif. Perawatan paliatif yang membutuhkan tim paliatif yang terdiri dari berbagai profesi, salah satunya yaitu Pekerja Sosial Medis. RSUD Dr. Soetomo Surabaya memiliki satu orang pekerja sosial medis yang berpraktik di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan mendeskripsikan Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif (Studi Kasus Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya).

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Penentuan lokasi menggunakan teknik purposive area, yaitu di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Sedangkan dalam penentuan informan, penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Peneliti menggunakan teknik analisis data melalui pengumpulan data, reduksi data, dan penarikan kesimpulan dan verifikasi. Teknik triangulasi menggunakan triangulasi.

Hasil penelitian ini mendeskripsikan proses praktik pekerja sosial medis di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Model praktik pekerja sosial medis terdapat lima jenis intervensi yang dilakukan oleh pekerja sosial medis adalah yaitu *biopsychosocioculturospiritual*. Proses praktik diawali dengan adanya rekomendasi dari dokter kepada pasien agar mendapat pelayanan dari pekerja sosial medis. Kedua, dilakukan asesmen yang meliputi aspek *biopsychosocioculturospiritual*. Ketiga, hasil asesmen akan dilaporkan kepada dokter penanggung jawab dan pekerja sosial medis akan melaporkan rencana intervensi kepada pasien dan keluarga pasien. Intervensi yang diberikan pada aspek fisik yaitu dengan menjalankan peran sebagai *educator*. Selain itu, pekerja sosial medis juga melakukan *transfer of knowledge* mengenai bagaimana cara merawat pasien ketika pasien di rumah. Intervensi pada aspek kultural berfokus pada bagaimana pasien dan keluarga pasien dapat memanfaatkan pengalaman-pengalaman kultural mereka untuk dapat mengakselerasi kesembuhannya dan menjadi potensi sumber kesejahteraan sosialnya. Pada aspek spiritual, pekerja sosial berfokus pada penguatan eksistensi, integritas dan *religious aspect*. Pada aspek finansial pasien, pekerja sosial medis akan menjadi *broker* dengan lembaga-lembaga bantuan finansial. Model praktik tersebut merupakan model baru yang telah disesuaikan dengan karakteristik pasien, kebutuhan dan permasalahan pasien di Instalasi paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

PRAKATA

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat skripsi dengan judul “Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif (*Studi Kasus Pada Pekerja Sosial Medis di RSUD Dr. Soetomo Surabaya*)”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar sarjana pendidikan pada Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP Universitas Jember. Proses penyusunan skripsi tidak terlepas dari bantuan segala pihak, sehingga penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. Djoko Poernomo, M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.
2. Dr. Pairan, M.Si selaku Dosen Pembimbing dan Dosen Pembimbing Akademik yang telah meluangkan waktu, pikiran dan perhatian selama penulisan hingga terselesaikannya skripsi ini.
3. Prof. Dr. Hadi Prayitno, M.Kes, Dr. Mahfudz Sidiq, M.M, dan Kris Hendrijanto, S.Sos, M.Si selaku Dosen Penguji Skripsi yang telah memberikan banyak masukan untuk menyempurnakan skripsi ini.
4. Seluruh Bapak dan Ibu dosen Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial yang telah mendidik dan memberikan ilmu yang bermanfaat bagi penulis selama menjadi mahasiswa.
5. Seluruh staf akademik dan kemahasiswaan fakultas maupun jurusan atas bantuan, kerja sama, dan kesabaran yang dilakukan atas kelancaran administrasi penulis baik selama menjadi mahasiswa hingga penyelesaian penyusunan skripsi ini.
6. H. Agus Ali Fauzi, PGD. Pall.Med(ECU) selaku Kepala Instalasi Paliatif yang telah memberikan bantuan, kerja sama, dan kesabaran yang dilakukan atas kelancaran administrasi penulis di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
7. Dr. Wiwiek Indriyani Maskoep, dr., SpPD., FINASIM selaku pembimbing klinis yang turut membimbing penulis selama penelitian di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

8. Agustina Konginan, dr. Sp.KJ.(K) selaku pembimbing klinis yang turut membimbing penulis selama penelitian di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
9. Puji Lestari selaku Pekerja Sosial Medis di Instalasi Paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
10. Para Informan yang telah bekerjasama dan meluangkan waktunya memberikan informasi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
11. Keluarga yang telah membantu dan mendorong penulis hingga sampai di titik ini.
12. Semua pihak yang membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis berharap adanya kritik dan saran dari semua pihak untuk penyempurnaan skripsi ini sehingga dapat bermanfaat untuk perkembangan ilmu pengetahuan secara umum dan Ilmu Kesejahteraan Sosial pada khususnya.

DAFTAR ISI

PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO.....	iv
PERNYATAAN.....	Error! Bookmark not defined.
SKRIPSI.....	vi
PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
RINGKASAN.....	vii
PRAKATA.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	13
1.3. Tujuan Penelitian.....	14
1.4. Manfaat Penelitian.....	14
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	15
2.1 Konsep Pelayanan Paliatif	15
2.2 Konsep Pekerja Sosial Medis.....	18
2.3 Konsep Pekerja Sosial Medis dalam Perawatan Paliatif.....	24
2.4 Model Pelayanan Pekerja Sosial Medis	28
2.5 Kajian Penelitian Terdahulu	35
2.7 Kerangka Berpikir.....	41
BAB III. METODE PENELITIAN	43
3.1 Pendekatan dan Jenis Penelitian	43
3.2 Penentuan Lokasi dan Penentuan Informan.....	44
3.2.1 Informan Pokok	44

3.2.2 Informan Tambahan.....	46
3.3 Teknik Pengumpulan Data.....	50
3.3.1 Observasi	50
3.3.2 Wawancara.....	51
3.3.3 Dokumentasi	52
3.4 Teknis Analisis Data.....	52
3.5 Teknik Keabsahan Data	54
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	54
4.1 Hasil Penelitian.....	54
4.1.1 Gambaran Umum Instalasi Paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya	54
4.1.2 Praktik Pekerja Sosial Medis dalam Instalasi Paliatif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....	65
4.1.3 Praktik dalam Pemanfaatan Potensi Sumber Kesejahteraan Sosial.....	76
4.1.4 Praktik Pekerja Sosial Medis dalam Pelaksanaan Program Sosial Medis	80
4.1.5 Pelaporan, Evaluasi, dan Koordinasi Pekerja Sosial Medis	86
4.2 Pembahasan.....	89
4.2.1 Model Praktik Pekerja Sosial Medis di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya	101
4.2.2 Kesimpulan Sementara	111
4.2.3 Validasi.....	114
BAB 5. PENUTUP.....	120
5.1 Kesimpulan.....	120
5.2 Rekomendasi.....	122
DAFTAR PUSTAKA	125
LAMPIRAN.....	129
Lampiran A. Information for Concern dan Pedoman Wawancara.....	129
Lampiran B. Tabel Analisis Data.....	146
Lampiran D. Surat Balasan RSUD Dr. Soetomo	193
Lampiran E. Surat Keterangan <i>Good Clinical Practice</i>	195
Lampiran F. Surat Penunjukan Pembimbing Klinis	196

Lampiran G. Sertifikat Laik Etik	197
Lampiran I. Form Asesmen Pekerja Sosial Medis.....	198
Lampiran J. Surat Izin Penelitian dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....	203
Lampiran K. Dokumentasi Penelitian.....	204



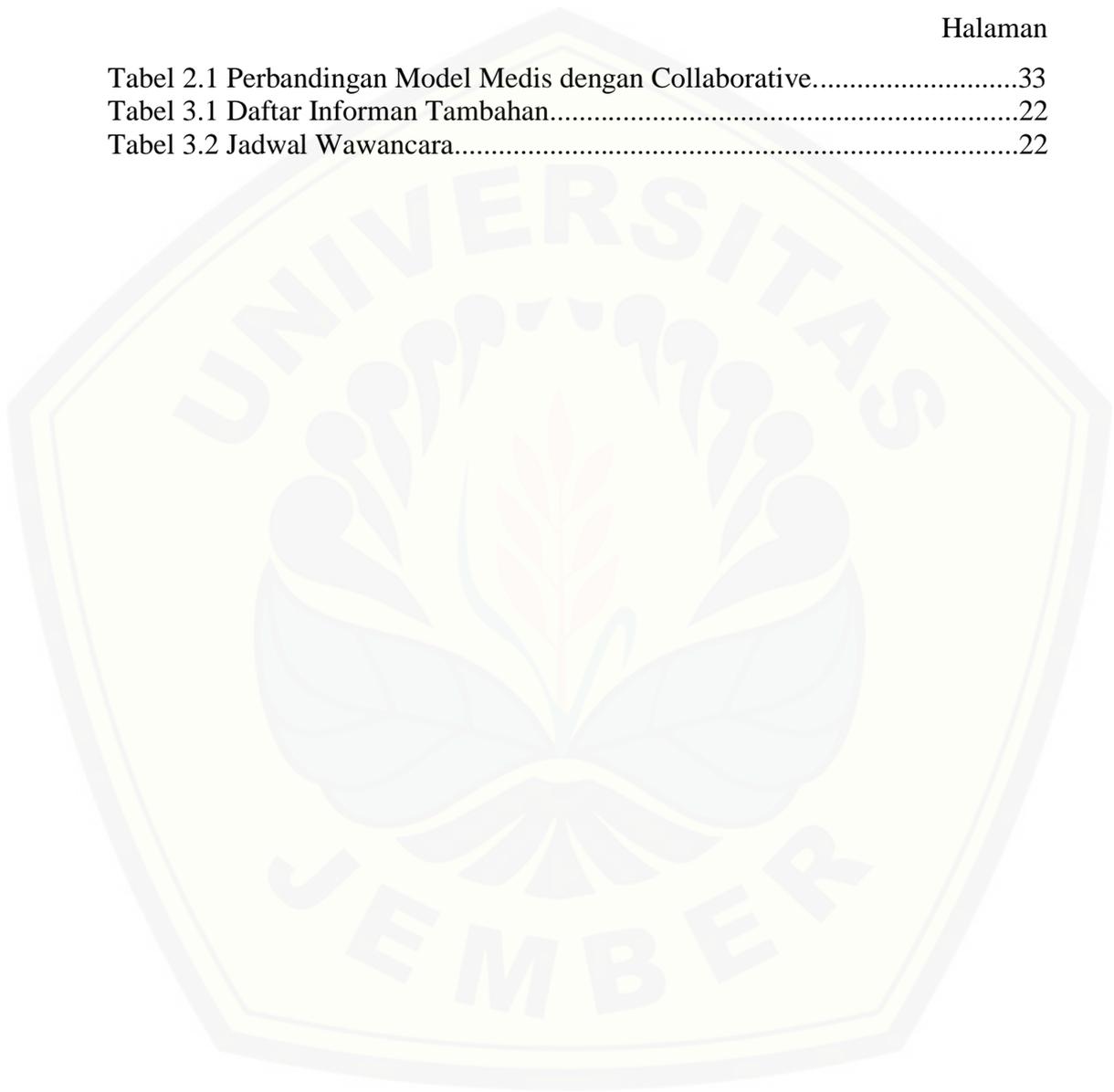
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Model Perawatan Paliatif.....	17



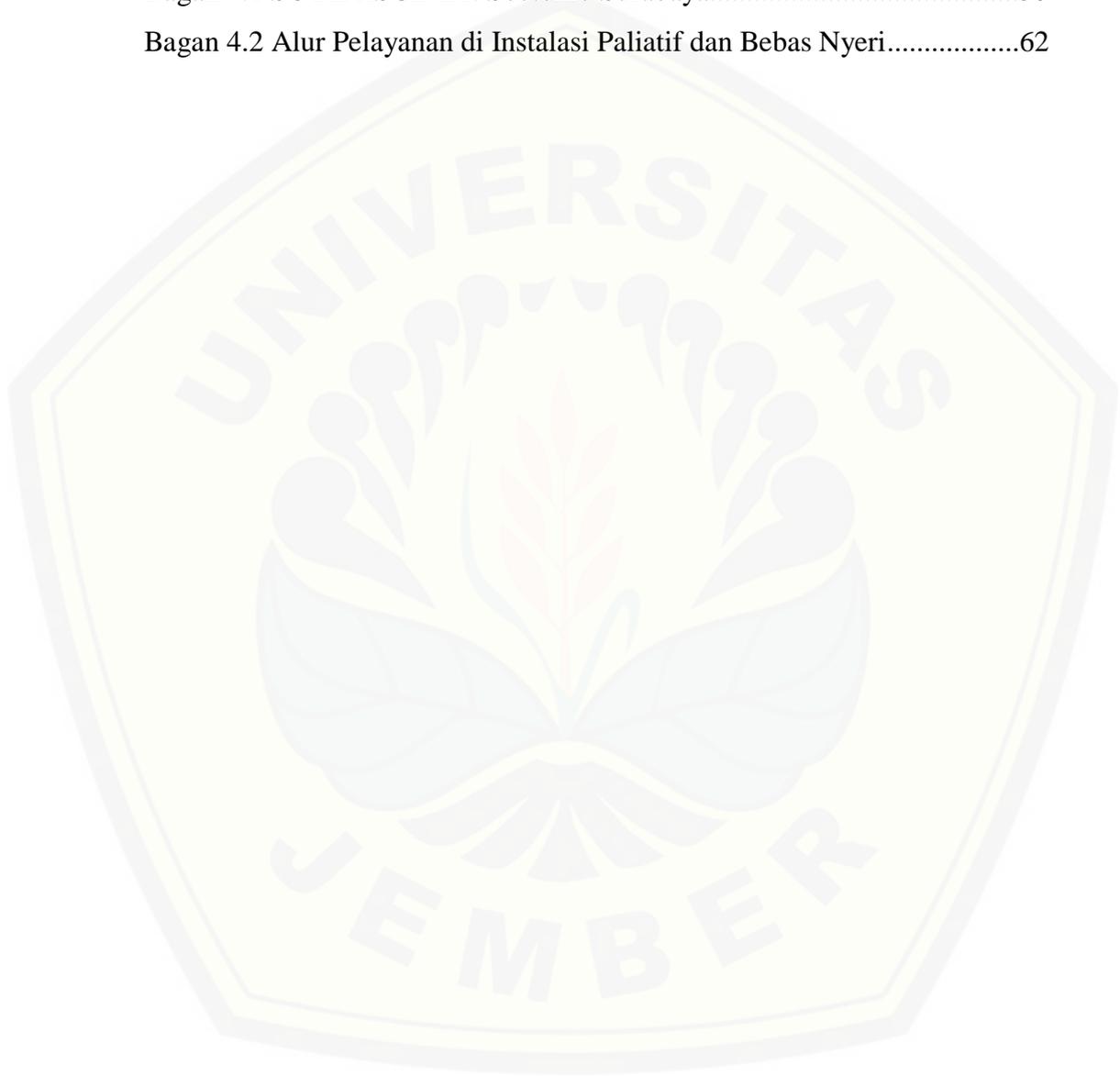
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perbandingan Model Medis dengan Collaborative.....	33
Tabel 3.1 Daftar Informan Tambahan.....	22
Tabel 3.2 Jadwal Wawancara.....	22



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Bagan 2.1 Alur Pikir Konsep Penelitian.....	56
Bagan 4.1 SOTK RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....	58
Bagan 4.2 Alur Pelayanan di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri.....	62



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran A. Information for Concern dan Pedoman Wawancara
- Lampiran B. Tabel Analisis Data
- Lampiran D. Surat Balasan RSUD Dr. Soetomo
- Lampiran E. Surat Keterangan Good Clinical Practice
- Lampiran F. Surat Penunjukan Pembimbing Klinis
- Lampiran G. Sertifikat Laik Etik
- Lampiran I. Form Asesmen Pekerja Sosial Medis
- Lampiran J. Surat Izin Penelitian dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Lampiran K. Dokumentasi Penelitian

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hambatan besar untuk mencapai pelayanan kesehatan yang paripurna di abad ke-21 salah satunya dipengaruhi oleh *pandemic paradigm paralysis* atau ketidakmampuan masyarakat luas untuk menggambarkan model pemikiran alternatif baru terkait dengan paradigma sehat dimana masyarakat beranggapan bahwa kesehatan banyak bergantung pada *physical aspect*. Sehingga masyarakat hanya berfokus pada paradigma bahwa ketika fisik mereka sehat, maka aspek lain tidak diperhatikan sebagai aspek yang tanpa disadari turut mempengaruhi kesehatan mereka. Sebagaimana dinyatakan oleh Katzmarzyk (2010) bahwa model aktivitas fisik dan kesehatan dewasa ini didukung dengan baik oleh lebih dari 60 tahun penyelidikan ilmiah, dan efek menguntungkan dari aktivitas fisik sedang hingga aktivitas fisik kuat telah didefinisikan dengan lebih jelas dalam beberapa tahun terakhir. Namun, jika hanya puas dengan paradigma yang ada bahwa peningkatan tingkat aktivitas fisik yang sedang dan kuat akan menghasilkan peningkatan terbesar dalam kesehatan masyarakat, maka tidak akan memperoleh manfaat maksimal. Untuk dapat memaksimalkan peningkatan kualitas hidup dan harapan hidup dapat dilakukan dengan melakukan *daily human movement patterns* yang tepat.

Katzmarzyk (2010) menjelaskan bahwa *daily human movement patterns* merupakan perilaku kompleks yang dipengaruhi oleh motivasi pribadi, masalah kesehatan dan mobilitas, faktor genetik, serta lingkungan sosial dan fisik tempat tinggal manusia. Namun pada saat ini, gaya hidup dan faktor-faktor lain di era ini memberikan dorongan kepada masyarakat untuk terlibat dalam *sedentary behavior* atau perilaku menetap. Data-data penelitian menjelaskan bahwa ada korelasi erat antara *sedentary behavior* dan kesehatan, khususnya pengaruh *sedentary behavior* terhadap transisi epidemiologi paralel. Lebih lanjut Lynch et.al (2017) menjelaskan ada beberapa baris bukti yang menunjukkan hubungan antara

sedentary behavior dengan *cancer* (kanker), berdasarkan temuan dari 25 penelitian berbeda yang telah memeriksa 17 lokasi kanker yang berbeda, kematian semua kanker, dan kematian spesifik lokasi (kanker kolorektal dan hati), disimpulkan bahwa perilaku menetap dikaitkan dengan peningkatan risiko endometrium (36%) dan kanker ovarium (32%). Tidak dapat dikesampingkan peningkatan risiko kanker payudara, kolorektal, dan paru-paru, tetapi sedikit konsistensi di seluruh temuan. Perilaku menetap meningkatkan risiko kematian semua kanker (13%) dan mortalitas khusus kanker kolorektal (38% untuk waktu duduk pra-diagnosis; 61% untuk waktu duduk pasca-diagnosis). Hubungan antara *sedentary behavior* dan risiko kanker masuk akal secara biologis. Mekanisme yang mendalilkan hubungan tersebut meliputi: komposisi tubuh (sebagian besar bukti berkaitan dengan adipositas), hormon seks, fungsi metabolisme, peradangan kronis, dan fungsi kekebalan. Pemahaman mekanistik yang lebih baik akan membantu memperkuat kesimpulan sebab akibat dari data epidemiologi.

Dari data-data di atas, aspek fisik bukan merupakan satu-satunya aspek yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia, namun aspek yang lebih luas dapat dilihat dalam *human movement patterns*. *Human movement patterns* masyarakat saat ini menciptakan pola intensitas *sedentary behavior* yang tinggi. Salah satu dampak *sedentary behavior* bagi kesehatan adalah menimbulkan penyakit-penyakit kronis. Pada dasarnya, transisi epidemiologi dapat ditandai dengan berubahnya pola kematian yang didominasi oleh penyakit non infeksi (*non-communicable disease*) atau penyakit tidak menular (Pusdatin Kemenkes, 2012: 1). Penyakit tidak menular juga membunuh penduduk dengan usia yang lebih muda (Pusdatin Kemenkes, 2012). Di beberapa negara dengan tingkat ekonomi rendah dan menengah, dari seluruh kematian yang terjadi pada orang-orang berusia kurang dari 60 tahun, 29% disebabkan oleh penyakit tidak menular, sedangkan di negara-negara maju menyebabkan 13% kematian. Proporsi penyebab kematian penyakit tidak menular pada orang-orang berusia kurang dari 60 tahun meliputi: penyakit kardiovaskular merupakan penyebab terbesar (39%), diikuti kanker (27%), sedangkan penyakit pernafasan kronis, penyakit pencernaan dan penyakit tidak menular yang lain bersama-sama menyebabkan sekitar 30% kematian, serta 4% kematian disebabkan

diabetes melitus. Dalam jumlah total, pada tahun 2030 diprediksi akan ada 52 juta jiwa kematian per tahun karena penyakit tidak menular (Pusdatin Kemenkes, 2012).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan provinsi Jawa Timur memiliki angka yang tinggi terhadap prevalensi penderita kanker yaitu sebanyak 61.230 orang (terbanyak kedua setelah provinsi Jawa Tengah). Selain kanker paru, tapi juga penyakit-penyakit kronis lainnya seperti gagal jantung, HIV/AIDS, TBC, dan sebagainya. Perubahan pola ini banyak dipengaruhi oleh aspek-aspek di luar kesehatan, seperti profil demografi (umur, pendidikan dan jenis kelamin), sosial, ekonomi, dan budaya. Selain itu, transisi epidemiologi semakin diperparah dengan adanya transisi demografi dan teknologi di Indonesia (Rahajeng, 2009).

Berdasarkan pergeseran pola penyakit yang didukung dengan data di atas membawa implikasi bahwa pelayanan kesehatan haruslah lebih menyeluruh dari preventif, kuratif, promotif, rehabilitatif, dan paliatif. Baik dari segi biologi, psikologi, sosial, kultural, maupun spiritual. Hal ini disebabkan karena transisi epidemiologi paralel sangat dipengaruhi oleh pola hidup, lingkungan, tingkat ekonomi, dan tingkat pendidikan. Ditambah dengan penyakit yang memiliki keparahan tertentu, stadium lanjut atau terminal sangat berpengaruh pada kualitas hidup pasien dan keluarganya mendorong *Paradigm Shift of Health Care* (Pergeseran Paradigma dari Perawatan Kesehatan). Ingram (198:2014) dalam publikasi terbarunya menyoroti perlunya *Paradigm Shift of Health Care* (Pergeseran Paradigma dari Perawatan Kesehatan) dari diagnostik dan model terapeutik menjadi model perawatan itu juga merangkul perawatan pasien seutuhnya, model yang memperhatikan kualitas hidup, penyembuhan, dan perhatian pada pengalaman hidup dari keseluruhan pasien dan keluarganya adalah dasar.

Berdasarkan fenomena meningkatnya transisi epidemiologi paralel yang meningkatkan angka pasien dengan penyakit terminal turut berimplikasi pada iklim penyembuhan baru-baru ini. Hal ini diilustrasikan dalam konteks perawatan holistik yang mendorong pengambilan keputusan bersama antara penyedia pelayanan kesehatan, pasien dan keluarga pasien. Model Hubungan ini dapat berfungsi sebagai kerangka penting dalam dunia medis. Penyembuhan adalah proses menjauhkan dari

luka dan menciptakan keutuhan baru bagi seseorang yang telah memiliki integritas ketika terancam penyakit atau cedera serius. Penyembuhan juga telah didefinisikan sebagai peningkatan dalam kualitas hidup orang yang hidup dengan satu atau lebih penyakit di mana pengobatannya tidak memiliki efek yang diinginkan, fungsi menurun, gejala memburuk, pengobatan memberatkan, dan mereka hidup dengan pengetahuan bahwa hidup itu rapuh dan mungkin kematian akan mendekat akhirnya. Gejala tersebut sebagian besar terjadi pada pasien dengan 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 (Fitria, 527: 2010).

Mayoritas pasien dengan kanker stadium lanjut menderita rasa sakit pada tingkat tertentu dan rasa sakit yang tidak terkendali merupakan ketakutan terbesar dari mereka. Kebanyakan penderita penyakit terminal memiliki masalah emosional dan sosial yang turut menjadi penyebab penderitaan mereka. Semua pasien dengan penyakit terminal mengalami beberapa penderitaan spiritual, meskipun itu mungkin tidak terucapkan atau tidak terdengar. Penderitaan tersebut disebut Woodruff (8: 2003) sebagai *total suffering* (penderitaan total). *Total Suffering* merupakan penjelasan dari rasa sakit yang ditambah dengan gejala fisik (*physical symptoms*), masalah psikologis (*psychological problems*), kesulitan sosial (*social difficulties*), faktor kultural (*cultural factors*) dan spiritual (*spiritual concern*). *Total suffering* merupakan penderitaan yang kompleks sehingga memerlukan pengobatan dengan pendekatan holistik.

Huljev et.al (66: 2016) menjelaskan pengobatan holistik berarti pertimbangan manusia secara utuh baik fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, pada manajemen dan pencegahan penyakit. Mereka harus dikelola bersama agar seseorang diperlakukan secara utuh. Prinsip pendekatan holistik meliputi: (1) Semua orang memiliki kekuatan penyembuhan bawaan; (2) Pasien adalah manusia, bukan tentang hanya penyakit; (3) Perawatan penyembuhan yang tepat membutuhkan pendekatan tim; (4) Pasien dan dokter adalah mitra dalam proses penyembuhan; (5)

Penanganan meliputi perbaikan penyebab penyakitnya, tidak hanya mengobati gejalanya.

Berdasarkan prinsip di atas, salah satu jenis pelayanan kesehatan yang menggunakan pendekatan holistik adalah *Palliative Care*. Perawatan paliatif diartikan sebagai sebuah pendekatan atau cara perawatan 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” (WHO, 2002 dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 812/MENKES/SK/VII/2007). Perawatan paliatif juga termasuk adanya tindakan penilaian serta terapi dan masalah selain fisik, namun juga psikososial, kultural dan spiritual. Instalasi paliatif merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna, karena dalam instalasi paliatif, pasien yang telah dalam tahap tidak disembuhkan akan mendapatkan pelayanan dari instalasi ini.

Shavitri (2020) menjelaskan perawatan paliatif semakin besar dibutuhkan pada pasien kanker, dan penyakit non-kanker. Sebagaimana besar kebutuhan *palliative care* untuk penyakit kronik, beberapa diantaranya yaitu penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit paru obstruktif kronik, diabetes melitus, HIV/AIDS, penyakit ginjal kronik, artritis reumatik, penyakit hati kronik, penyakit neurologis, anomali kongenital, demensia, dan tuberkulosis resisten obat. Dijelaskan bahwa perkiraan perawatan paliatif dibutuhkan pada 40-60% kematian, yaitu untuk pasien dengan masalah-masalah kesehatan yang membatasi kehidupan. Perawatan paliatif dilakukan bagi pasien yang memiliki penyakit kronis, seperti penyakit kardiovaskular (38,5%), kanker (34%), penyakit pernafasan paru kronis (10,3%), AIDS (5,7%), dan diabetes (4,6%).

Perawatan paliatif adalah kebutuhan kemanusiaan yang mendesak di seluruh dunia untuk penderita kanker dan penyakit fatal kronis lainnya. Perawatan paliatif sangat dibutuhkan di tempat-tempat di mana terdapat proporsi tinggi pasien dalam stadium lanjut. Idealnya, layanan perawatan paliatif harus diberikan dari tahap diagnosis penyakit yang mengancam jiwa, beradaptasi dengan meningkatnya

kebutuhan pasien kanker dan keluarga mereka saat penyakit ini berkembang ke fase terminal serta mereka juga harus memberikan dukungan kepada keluarga dalam menghadapi kematian. Layanan perawatan paliatif yang efektif diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan yang ada di semua tingkat perawatan, khususnya komunitas dan *home-based care*. Mereka melibatkan sektor publik dan swasta dan disesuaikan dengan latar budaya, sosial dan ekonomi tertentu. Untuk menanggapi kebutuhan prioritas kanker dalam suatu komunitas dan memanfaatkan sumber daya yang langka dengan sebaik-baiknya, layanan perawatan paliatif harus secara strategis dikaitkan dengan pencegahan penyakit terminal, deteksi dini dan layanan perawatan untuk orang dewasa dan anak-anak (World Health Organization, 2007).

Perawatan Paliatif memiliki pendekatan yang holistik sehingga dalam pelaksanaannya membutuhkan *multidisciplinary approach and multidisciplinary team*. Tim dalam perawatan paliatif berasal dari berbagai bidang profesi, hal ini ditujukan agar antar profesi saling melengkapi satu sama lain hingga terbentuk pelayanan yang holistik. Woodruff (10:1993) menjelaskan dalam bukunya bahwa *multidisciplinary team* meliputi *medical staff, nursing staff, social worker, physiotherapist, dietician, psychologist, psychiatrist, chaplain, other personel, as required*, kemudian ditambah dengan keluarga dan relawan. Pernyataan ini juga dikuatkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.812/Menkes/SK/VII/2007 bahwa Pelaksana perawatan paliatif adalah tenaga kesehatan, pekerja sosial, rohaniawan, keluarga, dan relawan. Kriteria pelaksana perawatan paliatif adalah telah mengikuti pendidikan/pelatihan perawatan paliatif dan telah mendapat sertifikat.

The multidisciplinary team memiliki peran yang berbeda satu dengan yang lain, sebagaimana dikemukakan dalam Pedoman Nasional Program Paliatif Kanker (15:2004) sebagai berikut:

a. Dokter Umum

Mengidentifikasi gejala secara dini dan masalah psikologis, sosial dan spiritual; mengatur penggunaan obat sehingga kepatuhan pasien dapat terjaga; menyusun program paliatif. Di tingkat layanan sekunder dan tertier dokter paliatif bertanggung jawab terhadap penatalaksanaan pasien paliatif;

melakukan penatalaksanaan nyeri dan gejala lain apabila terapi kausatif belum atau tidak dilakukan; mengkoordinasikan dengan tim spesialis lain; melakukan tatalaksana gejala pada pasien stadium terminal fase menjelang akhir kehidupan. Dokter spesialis berbagai disiplin melakukan identifikasi dan menentukan pasien dalam stadium terminal dan mengkonsulkan kepada dokter paliatif; dokter berperan penting dalam tim paliatif yang bersifat interdisipliner. Dokter yang bekerja di pelayanan paliatif bertanggung jawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan pasien paliatif.

b. Perawat Paliatif

Perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan sesuai prinsip-prinsip pengelolaan paliatif. Perawat paliatif bertanggung jawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan asuhan keperawatan pasien paliatif. Selain itu perawat sebagai koordinator layanan paliatif bertugas menyiapkan pelaksanaan program paliatif, baik rawat jalan, rawat inap atau rawat rumah; menyiapkan peralatan medis yang diperlukan; mendistribusikan dan menghubungi tenaga pelaksana kepada anggota tim atau ke unit layanan lain; menyusun jadwal kunjungan dan tenaga paliatif yang diperlukan; mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program paliatif.

c. Pelaku rawat (caregiver)

Melakukan atau membantu pasien melakukan perawatan diri dan kegiatan sehari-hari (memandikan, memberi makan, beraktifitas sesuai kemampuan pasien, dll); memberikan obat dan tindakan keperawatan sesuai anjuran dokter; melaporkan kondisi pasien kepada perawat; mengidentifikasi dan melaporkan gejala fisik dan gejala lain kepada perawat

d. Apoteker

Terapi obat merupakan komponen utama dari penatalaksanaan gejala dalam pelayanan paliatif. Apoteker memastikan bahwa pasien dan keluarga memiliki akses penting terhadap obat-obatan untuk pelayanan paliatif. Keahlian apoteker dibutuhkan untuk memberikan informasi yang tepat mengenai dosis, cara pemberian, efek samping dan interaksi obat-obatan

kanker, morfin dan anti nyeri lainnya yang diberikan kepada pasien untuk menjalani terapi paliatifnya.

e. Psikolog

Menerima permintaan penanganan psikologi; menganalisa dan menegakkan diagnosa gangguan psikologi; melakukan pendekatan psikologi sesuai kebutuhan pasien dan keluarga; melakukan evaluasi pendekatan yang telah diberikan; berkoordinasi dengan anggota tim paliatif

f. Rohaniawan

Rohaniawan membantu mengatasi pertanyaan yang berkaitan dengan makna kehidupan. Rohaniawan, berkoordinasi dengan anggota tim paliatif lainnya, diharapkan mampu menganalisa kebutuhan rohani dan keagamaan bagi pasien dan keluarga serta memberikan dukungan dalam tradisi keagamaan, mengorganisir ritual keagamaan yang dibutuhkan dan keluarganya.

g. Terapis

Melakukan program rehabilitasi medis sesuai anjuran dokter spesialis rehabilitasi medik; Berkoordinasi dengan dokter spesialis rehabilitasi medik dan anggota tim paliatif lainnya, mengatasi keterbatasan fisik untuk melakukan kegiatan sehari – hari sesuai kemampuan pasien dan mengatasi gejala fisik yang timbul akibat penyakit dan terapi kanker yang dijalankan.

h. Relawan

Peran relawan dalam tim perawatan paliatif bervariasi sesuai dengan keperluan. Relawan dapat terlibat dalam perawatan di rumah sakit, atau di rumah. Relawan berasal dari semua sektor masyarakat, diharapkan menjembatani antara institusi layanan kesehatan dan pasien. Dengan pelatihan dan dukungan yang tepat, relawan dapat memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan keluarga, membantu tugas-tugas administratif, atau bahkan bekerja sebagai konselor.

i. Pekerja sosial

Perannya membantu pasien dan keluarganya dalam mengatasi masalah pribadi dan sosial akibat kanker, dan kecacatan, serta memberikan

dukungan emosional selama perjalanan penyakit dan proses berkabung; menerima dan menganalisa masalah sosial ekonomi pasien dan keluarga; melaksanakan program sosial medis seperti bimbingan sosial (misalnya masalah pendidikan dan masalah di tempat kerja) dan memberikan alternatif pemecahan sosial ekonomi; menjembatani dalam persiapan kelengkapan administrasi untuk klaim asuransi; bekerjasama dengan institusi atau badan sosial untuk memecahkan masalah sosial yang dihadapi pasien dan keluarga; evaluasi program yang telah dilaksanakan dan melaporkan perkembangan pasien, serta mengusulkan program baru bila diperlukan.

Berdasarkan penjelasan di atas, jelas bahwa pekerja sosial medis memiliki peran pada bidang sosial medis. Hal itu juga termasuk dalam aspek-aspek lain seperti ekonomi, psikologi sosial, kultural dan turut serta memberikan intervensi pada aspek spiritual. Selain peran di atas, pekerja sosial medis juga berperan dalam proses perencanaan program di instalasi paliatif. Tidak hanya tim medis yang memiliki peran dalam merancang program pertolongan bagi pasien. Pekerja sosial medis memiliki data yang berasal dari hasil asesmen sebagai penunjang bagi perencanaan program. Sebagaimana dikemukakan Altilio et al (2011) bahwa ketika rehabilitasi akan dimulai pada saat pasien datang ke rumah sakit, pekerja sosial harus menyadari pentingnya membuat rencana program sedini mungkin dan berdasarkan pada hasil asesmen dari berbagai profesi yang merawat pasien. Penjelasan tersebut juga diartikan bahwa pekerja sosial juga harus melakukan peran dengan berkoordinasi dengan profesi lain di tim paliatif.

Lebih lanjut Altilio et.al (2011) menjelaskan bahwa, dalam perawatan paliatif terhadap pasien kanker dan pasien dengan penyakit terminal lain, pekerja sosial medis juga berperan menangani semaksimal mungkin perawatan akhir pasien kanker. Hal itu dikombinasikan dengan kebijakan rumah sakit serta sifat dan sikap pasien itu sendiri. Pekerja sosial juga berperan memberikan dukungan bagi keluarga selama seluruh proses perawatan paliatif, dari awal diagnosa hingga *end-of-life* pasien. Setelah pasien meninggal, pekerja sosial berperan memberikan motivasi

melalui konseling berkabung untuk keluarga dan teman dari pasien.

Kesejahteraan pasien dengan penyakit terminal dapat dilihat dengan bagaimana pasien dapat menciptakan kematian yang bermartabat dan memiliki harga diri dengan konteks yang penuh kasih. Pekerja sosial sebagai ahli adalah saksi sehari-hari terhadap kebutuhan masyarakat yang tidak terpenuhi dalam perawatan kesehatan dan sosial. Pekerja sosial dan profesional perawatan kesehatan lainnya harus mengembangkan strategi untuk memimpin cara perawatan rumah sakit, perawatan terkelola, perawatan kesehatan di rumah, perawatan rumah sakit, perawatan paliatif dan promosi kesehatan yang akan memanfaatkan sistem pemberian perawatan kesehatan. Pekerja sosial akan dibutuhkan lebih dari sebelumnya untuk membantu pasien dan keluarga di dunia global untuk menjalani kehidupan yang produktif, untuk memaksimalkan pemanfaatan kesehatan, kesehatan mental, perawatan sosial, keuangan, dan sumber daya spiritual selama berbagai fase dan tahapan penyakit sepanjang hidup. kontinum: fase awal penyakit, fase tengah penyakit, dan fase akhir kehidupan. Pekerjaan sosial paliatif membutuhkan pekerjaan sosial untuk dilakukan pada tingkat yang paling profesional (Altilio et.al, 2011).

Secara garis besar, peran pekerja sosial medis dalam tim paliatif ditentukan oleh lima fungsi utama yaitu penilaian, konseling, hubungan dengan sumber daya dan lembaga lokal, kegiatan pelatihan dan pengembangan, dan dukungan staf. Perbedaan antara tugas pekerjaan sosial, yang dapat dilakukan oleh setiap anggota tim perawatan paliatif, dan peran pekerjaan sosial ditekankan. Pekerja sosial menggunakan keterampilan khusus dalam bekerja dengan keluarga, anak-anak dan kelompok. Perkerja sosial medis juga melihat pasien dari konteks sosial dan budaya dan dengan demikian memanfaatkan sumber daya yang dapat membantu keluarga untuk menyelesaikan kesulitan yang mereka hadapi (Monroe et al, 1994).

Data dari penelitian yang dilakukan oleh Musfikirrohman (2014) bahwa peran Pekerja Sosial Medis di Intalasi Paliatif meliputi:

a. *Enabler*

Memberikan bimbingan kepada pasien yang didampingi dengan memberi motivasi agar pasien lebih bisa menerima kondisi yang sedang dialaminya.

Tujuannya yaitu untuk menjaga kondisi psikologis pasien agar tetap stabil. Karena kondisi psikologis pasien akan berpengaruh pada proses pengobatannya. Karena pada dasarnya, pasien dengan penyakit kronis sangat sensitif, sehingga dorongan semangat dari orang lain akan sangat membantu untuk proses penyembuhan. Konsep peran pekerja sosial medis oleh dikemukakan Huda dalam Musfikirrohman (2014) peran sebagai *enabler* yaitu membantu klien memenuhi kebutuhannya, identifikasi masalah kemudian mengeksplorasi solusi-solusi strategis, memilih dan menerapkan strategi, dan mengembangkan kapasitasnya sehingga masalahnya dapat teratasi dengan efektif.

b. *Broker*

Pekerja sosial medis juga berperan sebagai penghubung (*Broker*) atau menjadi jembatan antara pasien dan keluarga pasien dengan tim medis dan lembaga-lembaga lain yang dapat mendukung proses pengobatan. Konsep peran pekerja sosial medis oleh Huda dalam Musfikirrohman (2014) *broker* yaitu sebagai pialang sosial yang menghubungkan klien dengan sistem sumber yang dibutuhkan.

c. *Advocate*

Peran sebagai advokat yaitu melakukan tugasnya dengan membantu pasien untuk memenuhi kebutuhannya atau hak-hak pasien dengan cara berkoordinasi dengan pihak-pihak terkait yang diawali dengan observasi. Huda dalam Musfikirrohman (2014) menjelaskan tentang peran pekerja sosial medis sebagai Advokad yaitu pekerja sosial berperan membela kepentingan klien agar hak-hak yang semestinya dimiliki dapat terpenuhi. Kemudian pekerja sosial medis mencari solusi dan berkoordinasi baik dengan pihak Rumah Sakit maupun dengan pihak-pihak terkait di luar Rumah Sakit. Pekerja sosial medis berperan sebagai Advokad untuk kebutuhan pasien termasuk salah satunya dalam hal mencari dana dari luar Rumah Sakit untuk membeli alat-alat yang dibutuhkan pasien.

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. Salah satu rumah sakit yang memiliki instalasi paliatif adalah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Rumah Sakit Dr. Soetomo merupakan rumah sakit yang memiliki pekerja sosial medis di Jawa Timur sejumlah satu orang. Rumah sakit tersebut juga memiliki pelayanan paliatif yang memadai. Pelayanan tidak hanya sebatas pada rawat jalan dan rawat inap saja. Namun juga terdapat *home care, day care dan respite care* (rsudrsoetomo.jatimprov.go.id). Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 9873 Tahun 1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit dimana salah satu isinya adalah mengenai Kewajiban Penyediaan Pekerja Sosial Medis di Rumah Sakit. Rumah sakit Tipe A diharuskan memiliki pekerja sosial medis sejumlah 12 orang, Rumah sakit Tipe B pendidikan diharuskan memiliki 8 orang pekerja sosial medis, Rumah sakit Tipe B non-pendidikan diharuskan memiliki 6 orang pekerja sosial medis, Rumah sakit Tipe C diharuskan memiliki 3 orang pekerja sosial medis.

Pemilihan pasien kanker sebagai fokus penelitian ini didasarkan pada besarnya jumlah pasien kanker berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 sebanyak 61.230 orang di Provinsi Jawa Timur. Selain itu, Jumlah pasien baru di Instalasi Paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tahun 2016 sebesar 798 orang. Pasien lama 4072 orang. Sehingga total ada 4870 pasien sepanjang tahun 2016. Jumlah ini tergolong jumlah yang besar dan pasien kanker menjadi mayoritas pasien yang ada di Instalasi Paliatif. Sehingga pasien kanker dipilih sebagai fokus utama dalam penelitian ini.

Berdasarkan fenomena di atas, maka sangat menarik untuk digali bagaimana praktik pekerja sosial medis bentuk intervensinya di dalam pelayanan yang diberikan oleh instalasi paliatif di Rumah Sakit dr. Soetomo. Praktik pekerjaan sosial di bidang medis telah dilindungi dengan payung hukum yang jelas. Yaitu dalam kalimat “Pelaksana perawatan paliatif adalah tenaga kesehatan, pekerja sosial, rohaniawan, keluarga, relawan” (Keputusan Menteri Kesehatan Republik

Indonesia Nomor 812/Menkes/SK/VII/2007). Selain itu, dalam kalimat tersebut juga menjelaskan bagaimana pentingnya lingkungan sosial pasien (keluarga) dalam pelaksanaan perawatan paliatif. Kemudian disebutkan pula dalam Pedoman Nasional Program Paliatif Kanker yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan bahwa pekerja sosial medis merupakan salah satu profesi yang memiliki tugas dan peran yang jelas dalam pelayanan paliatif guna menciptakan pelayanan yang holistik bagi pasien terminal. Untuk dapat menyiapkan keluarga dan lingkungan sosial pasien yang dapat mengakselerasi kesembuhan pasien, maka diperlukan intervensi pekerja sosial medis. Dengan jumlah yang sangat sedikit, bagaimana cara pekerja sosial medis dapat meng-*cover* banyaknya pasien yang dirujuk di instalasi paliatif dan menggantikan peran dari 12 orang di Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya sebagai rumah sakit tipe A.

1.2. Rumusan Masalah

Kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh aspek fisik saja namun juga dipengaruhi oleh perilaku kompleks yang dipengaruhi oleh motivasi pribadi, masalah kesehatan dan mobilitas, faktor genetik, serta lingkungan sosial dan fisik tempat tinggal manusia yang dapat disebut *daily human movement pattern* (pola pergerakan harian manusia). Saat ini masyarakat terjebak dalam pola pergerakan harian manusia yang kurang tepat, salah satunya yaitu kebiasaan menetap (*sedentary behavior*). Berdasarkan hasil penelitian, ada korelasi antara *sedentary behavior* dengan timbulnya penyakit terminal. Secara tidak langsung, kebiasaan menetap turut mempengaruhi transisi epidemiologi paralel di Indonesia, yaitu menyebabkan meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit terminal di Indonesia. Pasien dengan penyakit terminal membutuhkan pelayanan kesehatan dengan pendekatan holistik. Salah satu jenis pelayanan kesehatan dengan pendekatan holistik adalah pelayanan paliatif. Pekerja sosial medis merupakan salah satu profesi yang dibutuhkan Instalasi Paliatif dalam mencapai pelayanan yang holistik. Salah satu rumah sakit dengan Instalasi Paliatif yang memadai adalah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Rumah sakit ini memiliki satu orang pekerja sosial medis. Dengan banyaknya pasien yang ditangani di Instalasi paliatif, ditambah dengan

tingkat keparahan penyakit yang memerlukan intervensi pekerja sosial medis, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimana Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif (Studi Kasus Praktik Pekerja Sosial Medis di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya)?”.

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan mendeskripsikan Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif (Studi Kasus Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya).

1.4. Manfaat Penelitian

Dalam melakukan penelitian sudah seharusnya memiliki manfaat minimal bagi internal lokasi penelitian. Adapun manfaat dari penelitian ini yaitu :

1. Manfaat Teoritis, hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran bahwa pekerja sosial sangat membantu dalam hal pelayanan psikologi, sosial, kultural dan spiritual bagi pasien.
2. Manfaat Praktis, dengan adanya Pekerja Sosial Medis, tim kesehatan bisa mendapatkan bantuan yang berpengaruh pada pelayanan kesehatan bagi pasien serta menjadi acuan terkait dengan model pelayanan pekerja sosial medis pada pelayanan paliatif.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Penelitian merupakan sebuah kegiatan ilmiah yang di dalam kegiatannya memerlukan landasan-landasan teori yang dijadikan pedoman. Penelitian senantiasa dijadikan acuan dalam bidang keilmuan, sehingga landasan teoritisnya haruslah kuat. Maka dari itu tinjauan pustaka merupakan bagian yang penting untuk memperkuat kegiatan penelitian serta menjadi acuan untuk membentuk kerangka pikir dalam penelitian. Irawan (2006) menjelaskan bahwa sebuah kerangka teoritis adalah sebuah penjelasan ilmiah tentang konsep-konsep yang menjadi kunci yang digunakan dalam penelitian, serta berisikan tentang keterkaitan antara satu konsep dengan konsep yang lain yang sesuai dengan tema penelitian. Hal ini juga ditujukan untuk menghindari adanya kekaburan dalam proses penelitian.

2.1 Konsep Pelayanan Paliatif

Perawatan paliatif adalah kebutuhan kemanusiaan yang mendesak di seluruh dunia untuk penderita kanker dan penyakit fatal kronis lainnya. Perawatan paliatif sangat dibutuhkan di tempat-tempat di mana terdapat proporsi tinggi pasien dalam stadium lanjut. Idealnya, layanan perawatan paliatif harus diberikan dari tahap diagnosis penyakit yang mengancam jiwa, beradaptasi dengan meningkatnya kebutuhan pasien kanker dan keluarga mereka saat penyakit ini berkembang ke fase terminal serta mereka juga harus memberikan dukungan kepada keluarga dalam menghadapi kematian. Layanan perawatan paliatif yang efektif diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan yang ada di semua tingkat perawatan, khususnya komunitas dan *home-based care*. Mereka melibatkan sektor publik dan swasta dan disesuaikan dengan latar budaya, sosial dan ekonomi tertentu. Untuk menanggapi kebutuhan prioritas kanker dalam suatu komunitas dan memanfaatkan sumber daya yang langka dengan sebaik-baiknya, layanan perawatan paliatif harus secara strategis dikaitkan dengan pencegahan penyakit terminal, deteksi dini dan layanan perawatan untuk orang dewasa dan anak-anak (*World Health Organization, 2007*).

Menurut Probuseno (2011) perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas kehidupan pasien dan keluarganya

menghadapi masalah-masalah yang berhubungan dengan penyakit yang mengancam jiwa, dengan mencegah dan meringankan penderitaan melalui identifikasi awal dan penilaian serta terapi dan masalah lain-fisik, psikososial, dan spiritual. Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan Breitbart (2014) dalam bukunya sebagai berikut:

"The terms "palliative care" and "palliative medicine" are often used interchangeably. Palliative medicine refers to the medical discipline of palliative care, an approach to improve the quality of life of patients who are facing life-threatening illness and their families".

"Istilah" perawatan paliatif "dan" pengobatan paliatif "sering digunakan secara bergantian. Pengobatan paliatif mengacu pada disiplin medis perawatan paliatif, pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa dan keluarganya".

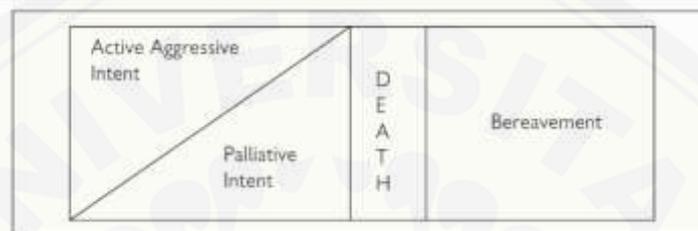
Lebih jauh instalasi paliatif merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna, karena dalam instalasi paliatif, pasien yang telah dalam tahap tidak disembuhkan akan mendapatkan pelayanan dari instalasi ini. Instalasi ini memberikan pelayanan bagi para pasien dengan tingkat kesembuhan yang rendah dan yang telah divonis oleh dokter sulit sembuh, tidak memiliki harapan lagi, dan yang hampir meninggal. Maka dari itu instalasi paliatif merupakan layanan bagi orang yang membutuhkan perawatan spesial seperti pasien stadium terminal utamanya pada lansia.

Dalam konteks perawatan paliatif, dibutuhkan interdependensi dari berbagai aspek yang lebih luas. Hal ini mencakup bio (fisik), psiko, sosial, kultural dan spiritual (figur 1.1). Karena kelima aspek ini harus ditangani jika pasien ingin bebas dari penyakit dan merasa sehat. Penanganan yang holistik ini menurut Woodruff (1996: 8) disebut *Palliative Care or Total Care*. Woodruff (1996: 8) menjelaskan bahwa komponen dari *Palliative Care* atau aspek-aspek perawatan harus mengikuti logika dari *causes of suffering* sehingga penanganannya juga harus multidisiplin.

Breitbart (2014) menjelaskan bahwa perawatan paliatif modern telah berevolusi dari gerakan rumah sakit menjadi jaringan yang lebih luas dari sistem pemberian perawatan klinis dengan komponen perawatan di rumah dan layanan berbasis rumah sakit. Sifat dan fokus perawatan paliatif juga telah berevolusi secara serupa selama kurun waktu yang sama, berkembang melampaui konsep perawatan

yang hanya untuk berfokus pada pasien terminal. Perawatan ini dapat dimulai dengan timbulnya penyakit yang mengancam jiwa dan berlanjut pada kematian di masa lalu untuk memasukkan intervensi berkabung untuk keluarga dan orang lain (Gambar 1). Perawatan paliatif harus dipenuhi kebutuhan “seluruh pasien” dan keluarganya, sambil menangani aspek-aspek fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan eksistensial dari penderitaan.

Gambar 2.1 Model Perawatan Paliatif



Sumber: Breitbart (2014)

Lebih lanjut Breitbart (2014) menjelaskan bahwa:

“Palliative care is not restricted to those who are dying or those enrolled in hospice programs, but rather, can be applied to the control of symptoms and provision of support to those living with chronic, life-threatening illnesses. Palliative care is a relatively inexpensive and efficient means of controlling pain and physical symptoms, and meeting the needs of those nearing the end of life”.

“Perawatan paliatif tidak terbatas pada mereka yang sekarat atau mereka yang terdaftar dalam program rumah sakit, tetapi dapat diterapkan pada pengendalian gejala dan pemberian dukungan bagi mereka yang hidup dengan penyakit kronis yang mengancam jiwa. Perawatan paliatif adalah cara yang relatif murah dan efisien untuk mengendalikan rasa sakit dan gejala fisik, dan memenuhi kebutuhan mereka yang mendekati akhir hidupnya”.

Dokter, pasien, dan anggota keluarga sering percaya bahwa peralihan dari perawatan kuratif ke perawatan paliatif menghasilkan waktu hidup yang lebih singkat. Kekhawatiran ini sering menyebabkan keterlambatan dalam memulai perawatan paliatif. Ada juga kekhawatiran umum bahwa obat-obatan, seperti opioid yang digunakan untuk nyeri, dapat secara tidak sengaja mempercepat kematian pada pasien yang menerima perawatan paliatif dalam pengaturan seperti unit perawatan paliatif (Breitbart, 2014). Hal inilah yang mendorong pasien enggan

untuk memulai melakukan perawatan paliatif secepatnya. Padahal, mempercepat perawatan paliatif membuat pasien memiliki kemungkinan hidup dan sembuh lebih tinggi. Sebuah studi 2007 oleh *National Hospice dan Paliative Care Organization* meneliti tingkat kelangsungan hidup pada sekitar 5.000 pasien kanker dengan penyakit lanjut. Pasien rumah sakit yang menerima perawatan paliatif bertahan rata-rata 29 hari lebih lama daripada mereka yang tidak menerima perawatan rumah sakit. Penelitian ini lebih lanjut mendukung bahwa obat-obatan untuk menghilangkan gejala, seperti morfin dosis tinggi dan opioid lainnya, tidak mempercepat kematian. Studi terbaru lainnya juga menunjukkan bahwa penggunaan opioid dan obat penenang yang agresif untuk memberikan "sedasi" untuk mengendalikan rasa sakit dan gejala lain pada pasien kanker yang sakit parah tidak terkait dengan kelangsungan hidup yang lebih pendek.

2.2 Konsep Pekerja Sosial Medis

Dalam dunia kesehatan, sudah menjadi paradigma baru bahwa kesehatan bukan lagi hanya tentang fisik dan psikologis saja. Namun keadaan sosial-ekonomi juga turut mempengaruhi kesehatan manusia. Dari kondisi sosial-ekonomi manusia, maka terbentuklah pola hidup, baik positif maupun negatif yang secara tidak langsung akan mempengaruhi kesehatan manusia. Jika sudah demikian, maka diperlukan disiplin ilmu lain yang *concern* menangani fenomena tersebut, dalam hal penanganannya berfokus pada penyelesaian masalah pasien di bidang sosialekonomi dan psikososialnya. Pekerja sosial medis (*Medical Social Worker*) merupakan spesialisasi pertama dalam pekerjaan sosial yang dipelopori oleh para *elmoner* (relawan yang bekerja di rumah sakit) yang berfungsi membantu dokter dalam mengadakan diagnosa dan pengobatan melalui penyelidikan situasi sosial pasien. Paper Pelayanan Pekerja Sosial Medik RSUP Dr. Sardjito tahun 2010 menjelaskan bahwa Pekerja Sosial Medis adalah sebuah profesi di bidang pelayanan sosial guna membantu pasien dan keluarganya selama berada di rumah sakit dalam mengatasi masalah-masalah sosial dan emosional sehubungan dengan penyakit yang diderita dan atau proses penyembuhannya. Selain melakukan pelayanan kepada pasien secara individu, Pekerja Sosial Medis juga bertanggung jawab

melakukan pengembangan pelayanan di bidang kesehatan dengan masyarakat sebagai sarannya melalui berbagai kegiatan edukasional. Pekerja sosial medis menurut *United Register of Clinical Social Work* adalah seseorang yang mempunyai pendidikan dan pengalaman serta terkait dalam suatu kode etik profesi yang berperan dalam membuat diagnosa, pencegahan dan pelayanan-pelayanan, pertolongan pada individu, kelompok dan keluarga yang mengalami masalahmasalah psikologi dan sosial sehubungan dengan penyakitnya. Tujuannya tentu memberikan pelayanan kesehatan yang holistik, karena dengan mengobati secara fisik tanpa menyentuh aspek sosial bagi beberapa penyakit adalah hal yang sia-sia. Profesi dengan kompetensi tersebut adalah Pekerja Sosial Medis. Lebih lanjut Beder (2006: 19) menjelaskan posisi dan kondisi terkini dari Pekerja Sosial Medis sebagai berikut:

“Today, the role of the social worker is clearly established; social workers are found in every area of the health care delivery system (Dziegielewski, 2004). Although practice venues differ (small or large hospital, urban or rural setting) and organizational constraints pull social workers one way or another, core concepts bind the practice of social work in all hospitals. These concepts serve as the foundation upon which social work services are based. “The unifying theoretical perspective ... is the view that people can best be understood and helped in the context of the conditions and resources of their social environment. Social environment refers to the quality and characteristics of one’s life situation, including interpersonal relationships, resources for one’s needs, and one’s position, roles, and participation in society”.

Saat ini, peran pekerja sosial sudah sangat jelas; pekerja sosial ditemukan di setiap bidang sistem pemberian layanan kesehatan (Dziegielewski, 2004). Meskipun tempat praktik berbeda (rumah sakit kecil atau besar, di kota atau pedesaan) dan kendala organisasi menarik pekerja sosial dengan satu atau lain cara, konsep inti mengikat praktik kerja sosial di semua rumah sakit. Konsepkonsep ini berfungsi sebagai dasar di mana layanan pekerjaan sosial didasarkan. “Perspektif teoretis pemersatu ... adalah pandangan bahwa orang dapat dipahami dan dibantu dalam konteks kondisi dan sumber daya lingkungan sosial mereka. Lingkungan sosial mengacu pada kualitas dan karakteristik situasi kehidupan seseorang, termasuk hubungan interpersonal, sumber daya untuk kebutuhan seseorang, dan posisi seseorang, peran, dan partisipasi dalam masyarakat”.

Lebih lanjut dikemukakan bahwa orientasi ini, yang dikenal sebagai *person-inenvironment*, adalah apa yang memotivasi Dr. Cabot dan Ida Cannon untuk

menciptakan pekerjaan sosial di rumah sakit mereka, sehingga para dokter dapat meningkatkan potensi penyembuhan mereka dengan memiliki pemahaman yang lebih besar tentang apa yang harus ditangani ketika melakukan pelayanan kesehatan kepada pasien. Sehingga ketika mereka meninggalkan rumah sakit, pengobatan tetap berlanjut dan membawa dampak positif. Hal-hal tersebut terkait, “apakah pasien memiliki orang-orang di lingkungan terdekat mereka yang dapat merawat mereka? Dukungan apa yang ada dan apa yang perlu ditingkatkan? Adakah sumber daya masyarakat yang dapat dibawa ke pasien untuk membantu mereka pulih? Sentralitas pemahaman orang-orang ketika mereka berhubungan dengan lingkungan mereka, dan hubungan timbal balik orang-orang dengan lingkungan mereka, melampaui pekerjaan sosial medis dan rumah sakit dan merupakan inti dari semua praktik kerja sosial (Beder, 2006: 20).

Dari kutipan di atas tergambar bahwa konsep *man-in-environment* merupakan jawaban bahwa dalam penanganan klien/pasien yang sedang mengalami gangguan kesehatan, baik psikis maupun fisik harus disembuhkan dan ditangani secara holistik. Tidak hanya memadamkan proses promotif, kuratif dan rehabilitatif secara medis saja, namun juga melibatkan aspek sosial dan lingkungannya. Karena pada dasarnya pasien membutuhkan banyak dukungan secara moral dan materil. Dalam penerapan konsep inilah, pekerja sosial medis bertugas. Pekerja sosial medis harus memastikan pelayanan kesehatan diberikan secara holistik, dengan berfokus pada bidang lingkungan sosial pasien. Pekerja Sosial Medis diharapkan dapat melakukan *assessment* dan intervensi yang dapat meningkatkan kesembuhan pasien dengan menggunakan lingkungan sosial sebagai sumbernya. Pekerja Sosial Medis harus melihat lebih dalam bagaimana lingkungan sosial dapat bekerja menjadi pendorong kesembuhan pasien, mengidentifikasi kebutuhan pasien di bidang sosial, sumber-sumber sosial apa saja yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan motivasi dan sugesti agar pasien dapat sembuh, serta bagaimana membentuk pemahaman yang baik dari lingkungan terhadap pasien.

Peran lain dari Pekerja Sosial Medis dalam setting rumah sakit termasuk klinik-klinik, panti-panti perawatan dan lain sebagainya adalah sebagai pembimbing sosial perorangan (*social case worker*) dengan cara mempelajari

situasi-situasi sosial pasien, dengan tujuan untuk memahami tekanan-tekanan sosial dan psikologis yang dialami pasien dan memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia yang dapat digunakan baik selama maupun sesudah penyembuhan. Perkembangan selanjutnya menurut Jhonston (1988) profesi ini dimanfaatkan bukan hanya pada proses penyembuhan semata-mata, tetapi juga dalam program pelayanan kesehatan lainnya baik yang berhubungan dengan pencegahan maupun rehabilitasi dan pengembangan kesehatan masyarakat.

Dalam bukunya, dikemukakan Beder (2006: 20) bahwa dalam spesifikasi pekerja sosial dalam setting rumah sakit, terdapat sebuah pendekatan yang dinamakan “Pendekatan *Biopsikososial*”. Pendekatan ini mendorong terjadinya pelayanan kesehatan yang holistik dan multidimensi. Penjelasan adalah sebagai berikut:

“Specific to the hospital social worker is the biopsychosocial approach to practice. “Social work's biopsychosocial approach provides a carefully balanced perspective, which takes into account the entire person in his or her environment and helps social workers in screening and assessing the needs of an individual from a multidimensional point of view”.. The biopsychosocial approach considers three overlapping aspects of the patient's functioning: “bio” refers to the biological and medical aspects of the patient's health and well-being; “psycho” refers to the patient's selfworth, self-esteem, and emotional resources as they relate to the medical condition; and “social” refers to the social environment that surrounds and influences the patient. It behooves the social worker to assess each of these domains to gain a full understanding of the patient”.

“Khusus untuk pekerja sosial rumah sakit adalah pendekatan biopsikososial untuk praktik. “Pendekatan biopsikososial pekerjaan sosial memberikan perspektif seimbang yang hati-hati, memperhitungkan seluruh orang di lingkungan pasien dan membantu pekerja sosial dalam menyaring dan menilai kebutuhan seseorang dari sudut pandang multidimensi”. Pendekatan biopsikososial mempertimbangkan tiga aspek yang tumpang tindih dari fungsi pasien: “bio” mengacu pada aspek biologis dan medis dari kesehatan dan kesejahteraan pasien; “Psiko” mengacu pada harga diri pasien, harga diri, dan sumber daya emosional yang berkaitan dengan kondisi medis; dan “sosial” mengacu pada lingkungan sosial yang mengelilingi dan mempengaruhi pasien. Penting bagi pekerja sosial untuk menilai setiap domain ini untuk mendapatkan pemahaman penuh tentang pasien”.

Beder (2006: 21) juga menjelaskan bahwa konsep *biopsychosocial* dipandang sebagai pandangan yang holistik karena ia berupaya mencakup seluruh

gambar/profil individu dan menempatkan individu dalam konteks yang menginformasikan intervensi pekerjaan sosial. Dalam praktiknya, pekerja sosial membutuhkan keterampilan khusus dan tingkat pengetahuan yang terkait dengan kondisi pasien. Selain itu, peksos medis juga harus konsisten dengan dan dalam konteks orientasi *person-in-environment* dan *biopsychosocial* untuk berlatih, menempuh pendidikan pekerjaan sosial, menekankan perlunya pekerja sosial medis untuk memahami populasi pasien dan masalah kesehatan mereka, pengaturan organisasi masyarakat, modalitas intervensi, dan metode penelitian dan evaluasi program.

Pendekatan *biopsychosocial* merupakan konsep utama untuk dapat menjadikan sebuah pelayanan kesehatan dapat berorientasi menyeluruh (holistik). Karena pendekatan *biopsychosocial* juga turut mendukung konsep *man-in-environment*. Artinya, ada peran aspek sosial di dalamnya ketika dilakukan intervensi kepada pasien. Peran lingkungan sosial menjadi sangat penting karena baik secara langsung maupun tidak langsung dapat mempengaruhi bagaimana pasien dapat sembuh. Jika dikelola dengan baik, akan menjadi sebuah sumber penyembuhan yang memiliki kekuatan yang tidak diragukan lagi. Begitu pula terkadang, aspek sosial dapat memperburuk kondisi pasien ketika tidak ditangani dengan baik. Karena dalam penyembuhan pasien *biopsychosocial* merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

Selain itu, Cowles dalam Beder (2006: 21) juga menjelaskan pentingnya koordinasi antara Pekerja Sosial Medis dengan pekerja medis lainnya untuk mencapai pendekatan yang holistik. Sebagaimana dikemukakan dalam bukunya:

“Understanding the patient population and health problems includes being familiar with the usual path, treatment, and management of a particular illness. This knowledge facilitates the engagement, assessment, planning, cooperation, and overall communication with the patient and family centered care. In addition, it allows the social worker to knowledgeably interact with the other health care professionals with whom it is necessary to communicate on behalf of the patient. An understanding of the organizational setting facilitates interdisciplinary teamwork and informal advocacy on behalf of the patient”.

“Memahami populasi pasien dan masalah kesehatan termasuk terbiasa dengan kebiasaan pasien, perawatan, dan manajemen penyakit tertentu. Pengetahuan ini memfasilitasi keterlibatan, penilaian, perencanaan, kerja

sama, dan komunikasi secara keseluruhan dengan pasien dan anggota keluarga. Selain itu, ini memungkinkan pekerja sosial untuk berinteraksi secara berpengetahuan dengan profesional perawatan kesehatan lainnya dengan siapa perlu berkomunikasi atas nama pasien. Pemahaman tentang pengaturan organisasi memfasilitasi kerja tim interdisipliner dan advokasi informal atas nama pasien”.

Lebih lanjut, kutipan di atas menjelaskan bahwa Pekerja Sosial Medis di dalam Intervensinya diuntut untuk dapat membangun relasi dan koordinasi yang baik dengan profesi lain. Karena pada dasarnya, tidak ada profesi yang dapat berdiri sendiri. Maka dari itu, dalam praktik pekerjaan sosial dikenal sistem rujukan. Hal ini juga diatur dalam kode etik pekerjaan sosial. Pekerja Sosial Medis dalam intervensinya diperbolehkan bekerjasama dengan profesi lain, serta dapat pula menyerahkan kasus yang ditanganinya kepada profesi lain jika memang dirasa pekerja sosial kurang memiliki kompetensi untuk menanganinya. Dalam dunia perawatan kesehatan khususnya, pekerja sosial medis merupakan profesi pendukung dari tenaga kesehatan/paramedis. Pekerja Sosial Medis berfokus pada aspek psikososial sebagai pendukung kesembuhan pasien. Maka dari itu, pekerja sosial dituntut untuk dapat membangun relasi dan komunikasi yang baik, sehingga intervensi kepada pasien dapat maksimal. Selain itu, pekerja sosial medis juga harus mampu membangun relasi dengan pasien, keluarga pasien, dan lingkungan sekitar pasien. Hal ini menjadi wajib mengingat fokus utama Pekerja Sosial Medis adalah menciptakan lingkungan sosial yang kondusif untuk pasien agar dapat menjadi sumber potensi untuk mempercepat penyembuhan, pencegahan penyakit, maupun ketika pengobatan dilakukan. Sebagaimana dikemukakan bahwa, pengetahuan masyarakat memungkinkan pekerja sosial memudahkan dalam menghubungkan pasien dengan sumber daya dan memfasilitasi rujukan ke program terkait kesehatan lainnya yang akan membantu pasien. Memahami modalitas pengobatan khusus dan pendekatan intervensi memungkinkan pekerja sosial untuk berinteraksi secara bermakna dengan pasien dan anggota keluarga dalam peran konselor yang dipercaya. Keterampilan ini memungkinkan pekerja sosial untuk terhubung dengan pasien atau anggota keluarga untuk mengatasi masalah emosional dan membantu pasien menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan kondisi medis (Beder, 2006:

21).

2.3 Konsep Pekerja Sosial Medis dalam Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif diartikan sebagai sebuah pendekatan atau cara perawatan 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”

Penjelasan di atas memberikan gambaran bahwa pasien yang dirawat di instalasi paliatif tidak hanya akan mendapatkan perawatan medis secara fisik, namun juga psikososial dan dukungan spiritual guna meningkatkan angka harapan hidup pasien yang terkena penyakit kronis dengan angka harapan hidup rendah. Karena pada dasarnya, manusia membutuhkan motivasi dan sugesti yang positif dari diri sendiri dan lingkungan sekitar untuk dapat mempercepat proses penyembuhan. Hal inilah yang menjawab mengapa Pekerja Sosial dapat merambah di dunia Medis, dan dikenal dengan Pekerja Sosial Medis. Kembali pada pendekatan dan konsep awal tetan *man-in-environment* dan *biopsychosocial* yang mendorong Pekerja Sosial Medis memiliki kompetensi profesional untuk dapat menangani pasien di instalasi paliatif. Lebih lanjut dikemukakan Altilio et al (2011) bahwa:

“Hospice care allows the patient to remain at home as long as possible by providing support to the patient and family and keeping the patient as comfortable as possible while maintaining his or her dignity. A hospice uses an interdisciplinary approach to deliver medical, social, physical, emotional, and spiritual services through the use of a broad spectrum of caregivers”
“Perawatan rumah sakit memungkinkan pasien untuk tetap di rumah selama mungkin dengan memberikan dukungan kepada pasien dan keluarga dan menjaga pasien nyaman mungkin sambil mempertahankan martabatnya. Rumah sakit menggunakan pendekatan interdisipliner untuk memberikan layanan medis, sosial, fisik, emosional, dan spiritual melalui penggunaan spektrum luas dari pengasuh”

Dari kutipan di atas, terjelaskan bahwa pelayanan kesehatan harusnya sudah mulai mengintegrasikan aspek-aspek lain di luar aspek fisik dan psikis untuk mengakselerasi kesembuhan pasien. Baik dalam perawatan di rumah sakit maupun

perawatan yang dilakukan di rumah. Pada penyakit-penyakit tertentu yang dianggap perlu pendampingan pasca pengobatan, *homecare/home visit* haruslah dilakukan. Tujuannya tentu memberikan dukungan kepada pasien dan keluarga pasien. Peran ini adalah peran dari pekerja sosial medis di *setting* paliatif.

Jenis kegiatan pada instalasi paliatif ini meliputi penatalaksanaan nyeri dan keluhan fisik lain, asuhan keperawatan, dukungan psikologis dan sosial, dukungan kultural dan spiritual, bahkan dukungan persiapan dan selama masa dukacita. Tempatnya pun juga telah ditentukan didalam keputusan menteri tersebut yaitu Rumah Sakit, puskesmas, hospis atau rumah singgah, dan rumah pasien. Perawatan paliatif yang bertujuan untuk menekan angka kematian ini bisa dilakukan dengan sistem rawat inap atau rawat jalan dengan melibatkan sumber daya manusia sebagai pelaksana perawatan paliatif yaitu tenaga kesehatan sebagai tenaga ahli medis, pekerja sosial sebagai tenaga ahli dibidang psikososial dan kultural, rohaniawan sebagai tenaga ahli dibidang spiritual, keluarga sebagai aspek terikat pasien dan juga relawan sebagai pembantu teknis (Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 812/MENKES/SK/VII/2007).

Lebih lanjut Altilio et.al (2011) menjelaskan bahwa, dalam perawatan paliatif terhadap pasien kanker dan pasien dengan penyakit terminal lain, pekerja sosial medis selalu berupaya menangani semaksimal mungkin perawatan akhir pasien kanker. Hal itu dikombinasikan dengan kebijakan rumah sakit serta sifat dan sikap pasien itu sendiri. Artinya memang ada korelasi antara pelayanan rumah sakit, fasilitas dan kebijakan dalam penanganan penyakit-penyakit terminal. Karena memang mereka dengan penyakit kronis memiliki potensi perubahan *mood* yang cukup drastis. Maka dari itu, pekerja sosial harus berusaha keras mengintegrasikan segala sistem sumber untuk dapat menguatkan pasien. Sebagaimana dikemukakan dalam bukunya:

“Medical social workers who daily attempt to cope with the task of arranging for the terminal care of cancer patients have long been concerned with the fact that the combination of limited facilities for the care of chronic cases, hospital policies and human nature makes this an almost insurmountable problem”

Pekerja Sosial Medis dalam perawatan paliatif juga menerapkan konsep perencanaan. Sebagaimana dikemukakan dalam buku Altilio et al (2011):

“If rehabilitation is to begin at the moment the patient comes to the hospital, we should realize the importance of making a plan as early as possible-a flexible plan that is subject to change and based on the sharing of pertinent information of those professional persons caring for the patient. In a hospital this includes the physicians, nurses and social workers”

“Jika rehabilitasi akan dimulai pada saat pasien datang ke rumah sakit, kita harus menyadari pentingnya membuat rencana sedini mungkin - rencana yang mudah berubah yang dapat berubah dan berdasarkan pada pembagian informasi penting dari orang-orang profesional yang peduli. untuk pasien. Di rumah sakit ini termasuk dokter, perawat dan pekerja sosial”

Salah satu peran pekerja sosial adalah dalam mengatasi rehabilitasi pasien dengan keadaan tertentu. Ketika pasien datang dan memulai proses pengobatan, maka pekerja sosial haruslah membuat planning intervensi sedini mungkin. Tentu saja didasakan dengan hasil asesmen awal dan rekam medis.

Lebih lanjut dikemukakan pula bahwa Pekerja Sosial sebagai anggota kelompok profesional pada hakekatnya memiliki fungsi melatih untuk menggambarkan bagaimana kesempatan terbaik yang dimiliki pasien serta belajar dan berkontribusi pada evaluasi sikap pasien dengan kanker, memberinya dukungan berkelanjutan dan terencana. Pengetahuan pekerja tentang bagaimana reaksi umum terhadap kanker haruslah menjadi pengetahuan umum yang dimiliki pekerja sosial medis. Tidak hanya kanker, namun juga penyakit terminal lainnya. Dengan mempelajari bagaimana individu bereaksi terhadap diagnosis dan perawatannya, dan bagaimana penyakitnya mempengaruhi orang-orang dalam kelompok keluarga, pekerja sosial memiliki petunjuk nyata untuk menentukan kekuatan dan untuk menetapkan tujuan terencana tentang aspek sosial medis yang sesuai. Pekerja sosial adalah anggota tim medis yang dapat dipanggil kapan saja untuk perencanaan lebih lanjut, bahkan dalam kasus terminal ketika rumah sakit tidak lagi menawarkan penerimaan atau perawatan (Altilio et al, 2011).

Altilio et.al (2011) juga menjelaskan bahwa pula bahwa Pekerjaan Sosial paliatif muncul dari kerangka pengetahuan yang menginformasikan tentang perawatan rumah sakit, manajemen nyeri, dan pengobatan paliatif serta berfokus pada pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarga yang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa. Pekerja social paliatif adalah salah satu dari spesialis yang memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus dalam membantu serta mendukung

pasien juga keluarga yang menghadapi penyakit bencana dan penyakit yang mengancam jiwa. Pekerja sosial dan profesional perawatan paliatif lainnya, yang akan berhasil dalam bekerja dengan pasien yang tidak pulih, serta keluarga mereka, harus memahami dengan perasaan mereka tentang keabadian mereka sendiri, akhir hidup, dan proses kehidupan yang tak terduga.

“The health care professional who comes to accept his or her own feelings is enabled to provide sensitive caregiving and to give strength and support to patients and relatives. The patient can be helped to die with dignity and self-respect in a loving, caring, cultural context and atmosphere. Families and significant others can be helped to come through a traumatic experience with some semblance of mental health and the ability to cope with grief, mourning, and bereavement”

Pembuktian perawatan kesehatan yang datang untuk menerima perasaannya sendiri dimungkinkan untuk memberikan pengasuhan yang sensitif dan untuk memberikan kekuatan dan dukungan kepada pasien dan kerabat. Pasien dapat dibantu untuk mati dengan bermartabat dan harga diri dalam konteks yang penuh kasih, perhatian, budaya dan atmosphere. Keluarga dan orang-orang penting lainnya dapat dibantu untuk datang melalui pengalaman traumatis dengan beberapa kemiripan kesehatan mental dan kemampuan untuk mengatasi kesedihan, duka, dan pembiakan (Altilio et al, 2011).

Dari penjelasan di atas juga mengindikasikan bahwa Pekerja Sosial Paliatif juga berperan dalam menangani *end of life* pasien. Kesejahteraan pasien dengan penyakit terminal dapat dilihat dengan bagaimana pasien dapat menciptakan kematian yang bermartabat dan memiliki harga diri dengan konteks yang penuh kasih. Pekerja sosial sebagai ahli adalah saksi sehari-hari terhadap kebutuhan masyarakat yang tidak terpenuhi dalam perawatan kesehatan dan sosial. Pekerja sosial dan profesional perawatan kesehatan lainnya harus mengembangkan strategi untuk memimpin cara perawatan rumah sakit, perawatan terkelola, perawatan kesehatan di rumah, perawatan rumah sakit, perawatan paliatif dan promosi kesehatan yang akan memanfaatkan sistem pemberian perawatan kesehatan. Pekerja sosial akan dibutuhkan lebih dari sebelumnya untuk membantu pasien dan keluarga di dunia global untuk menjalani kehidupan yang produktif, untuk memaksimalkan pemanfaatan kesehatan, kesehatan mental, perawatan sosial, keuangan, dan sumber daya spiritual selama berbagai fase dan tahapan penyakit sepanjang hidup. kontinum: fase awal penyakit, fase tengah penyakit, dan fase akhir

kehidupan. Pekerjaan sosial paliatif membutuhkan pekerjaan sosial untuk dilakukan pada tingkat yang paling profesional.

2.4 Model Pelayanan Pekerja Sosial Medis

Berkembangnya kehidupan manusia yang menjadi lebih modern turut berimplikasi dengan bagaimana derajat kesehatan manusia. Perspektif manusia tentang kesehatan dan perawatan kesehatan juga turut mengalami perubahan. Karena manusia mulai menyadari pentingnya pergeseran paradigma dari bertumpunya pelayanan kesehatan pada bidang fisik dan rumah sakit saja menjadi pelayanan yang lebih terintegrasi. Rumah sakit juga turut menyadari bahwa perpindahan model perawatan dan pelayanan kesehatan sangat penting untuk dilakukan. Salah satunya yaitu dengan melibatkan keluarga pasien ke dalam perencanaan dan pemberian layanan kesehatan. Beberapa penelitian yang ada menunjukkan kolaborasi model perawatan tersebut menghasilkan tingkat kepuasan konsumen yang lebih tinggi, perawatan dan kepatuhan pasien yang lebih baik, kinerja tim yang efektif, dan peningkatan koordinasi perawatan yang maksimal. Dilibatkannya keluarga pasien tentu membutuhkan profesi lain yang memadai, dan profesi yang memang *concern* terhadap kondisi tersebut adalah Pekerja Sosial Medis. Pekerja Sosial Medis memiliki *body of knowledge and values* yang memadai untuk dapat melibatkan keluarga pasien dalam pelayanan kesehatan yang lebih holistik. Sebagaimana dikemukakan Zimmerman (2007) bahwa:

“Hospitals are increasingly recognizing the importance of moving away from the traditional medical model of care to more collaborative models that integrate patients and families into the planning and delivery of healthcare. A few existing studies suggest that collaborative models of care result in higher levels of consumer satisfaction, treatment compliance, effective team performance, and increased care coordination (Gance-Cleveland, 2005; DiMatteo et al., 2002; Reid Ponte et al., 2004; Institute for Family-Centered Care, 2004). Key values underpinning social work practice make medical social workers well-positioned to play leadership roles as hospitals make the shift to more patient-centered care”.

Model ini merupakan salah satu model pelayanan yang dapat digunakan oleh Pekerja Sosial Medis dalam melakukan pelayanan di rumah sakit. Model ini dinamakan *Collaborative Models of Patient Care*. *Collaborative Models of Patient*

Care telah dikembangkan untuk meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga pasien, mengurangi kesalahan dalam pelayanan kesehatan dan meningkatkan kualitas dari koordinasi pelayanan kesehatan. Sebagai tambahan, model ini menyajikan sumber daya yang bernilai untuk rumah sakit dan mempertemukan kebutuhan pasien dan keluarganya (Reid Ponte et al., dalam Zimmerman, 2007).

Patient and Family-Centered Care (PFCC) merupakan salah satu contoh *Collaborative Models of Patient Care*. Model ini membangun hubungan kemitraan yang saling menguntungkan antara pasien, anggota keluarga, dan penyedia layanan kesehatan melalui tanggung jawab bersama dalam perencanaan, rekomendasi tindakan medis, dan evaluasi layanan kesehatan. *Patient and Family-Centered Care (PFCC)* adalah salah satu contoh model kolaboratif perawatan pasien yang secara aktif mendefinisikan kembali peran dalam hubungan perawatan kesehatan jauh dari model medis tradisional (*Institute for Family-Centered Care* dalam Zimmerman, 2007). Dengan otonomi dan pemberdayaan sebagai nilai-nilai utama yang mendasari praktik pekerjaan sosial, pekerja sosial medis memiliki posisi yang baik untuk memainkan peran penting dalam rumah sakit ketika model medis tradisional dalam pemberian layanan kesehatan bergeser ke model perawatan pasien yang lebih kolaboratif. Hal ini sejalan dengan apa yang digambarkan Zimmerman (2007):

“Patient and Family-Centered Care (PFCC) is one example of a collaborative model of patient care that actively redefines the roles in healthcare relationships away from the traditional medical model (Institute for Family-Centered Care, 2004). This model impacts the planning, delivery, and evaluation of health care services by establishing mutually beneficial partnerships among patients, family members and health care providers at all levels of interaction (American Hospitals Association and The Picker Institute, 1997)”.

Lebih lanjut, *Institute for Family-Centered Care* dalam Zimmerman (2007) menjelaskan bahwa pada model *Patient and Family-Centered Care (PFCC)*, pasien dan anggota keluarga diminta untuk berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan yang berdampak pada perawatan medis mereka. Sehingga, pemegang peranan penting dalam pengambilan keputusan bukan lagi merupakan tanggungjawab dokter, melainkan turut memberikan ruang bagi pasien dan keluarganya untuk mampu memutuskan hal-hal apa saja yang dibutuhkan dalam

perawatan pasien. Hal ini bertujuan agar pasien dan keluarga pasien turut mengambil peran dan tanggungjawab moral untuk turut mempercepat penyembuhan. Namun tentu saja keputusan-keputusan yang diberikan harus berdasarkan pengawasan paramedis dan profesi lain yang bersangkutan. Selain itu, dokter dan staf medis lainnya diharuskan mampu belajar dari keahlian yang dibawa pasien dan anggota keluarga mengenai pengalaman mereka dalam menangani penyakit dan kekuatan serta keterampilan yang mereka bawa dari pengalaman hidup mereka. Hal ini mendorong pemahaman bagi paramedis dan pekerja sosial medis untuk dapat menghargai setinggi-tingginya kemampuan dan pengetahuan dari pasien dan keluarga pasien. Karena terkadang penyakit yang dialami pasien bukan hanya penyakit baru. Bisa saja merupakan penyakit yang memang telah lama diderita pasien dan kambuh pada waktu tertentu. Akan sangat baik jika pasien dan keluarga pasien memiliki cara-cara di luar ruang lingkup pelayanan medis yang dipercayai oleh pasien dapat mengakselerasi kesembuhan, karena secara psikologis dan emosional hal tersebut mampu mempengaruhi kesembuhan pasien baik secara langsung maupun tidak langsung. Hal ini didukung oleh pernyataan Zimmerman (2007) berdasarkan *Institute for Family-Centered Care*:

“Medical professionals who believe in the concepts presented by PFCC also recognize that emotional, social and developmental support are integral components of healthcare for patients of all ages and circumstances (Institute for Family-Centered Care, 2004)”.

Pengakuan ini mengarah pada metode perawatan kesehatan yang komprehensif dan penuh kasih yang lebih cocok dengan definisi kesehatan seperti yang didefinisikan oleh WHO, yang menyatakan bahwa kesehatan adalah “keadaan fisik, mental dan sosial yang lengkap dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan ”(Fort Cowles dalam Zimmerman, 2007). Hal ini juga lebih selaras dengan nilai-nilai praktik pekerjaan sosial. Tentu saja model ini sangat berbeda dengan model medis tradisional yang berfokus pada kesehatan dalam pandangan sempit tentang penyakit. Definisi yang lebih luas yang dibuat oleh model kolaboratif ini memungkinkan peningkatan pemahaman tentang kesehatan sebagai pengalaman biopsikososial.

Dalam bukunya, Beder (2006: 20) menjelaskan bahwa dalam spesifikasi pekerja sosial dalam setting rumah sakit, terdapat sebuah pendekatan yang dinamakan “Pendekatan *Biopsikosial*”. Pendekatan ini mendorong terjadinya pelayanan kesehatan yang holistik dan multidimensi. Penjelasan adalah sebagai berikut:

“Specific to the hospital social worker is the biopsychosocial approach to practice. “Social work’s biopsychosocial approach provides a carefully balanced perspective, which takes into account the entire person in his or her environment and helps social workers in screening and assessing the needs of an individual from a multidimensional point of view”.. The biopsychosocial approach considers three overlapping aspects of the patient’s functioning: “bio” refers to the biological and medical aspects of the patient’s health and well-being; “psycho” refers to the patient’s selfworth, self-esteem, and emotional resources as they relate to the medical condition; and “social” refers to the social environment that surrounds and influences the patient. It behooves the social worker to assess each of these domains to gain a full understanding of the patient”.

“Khusus untuk pekerja sosial rumah sakit adalah pendekatan biopsikosial untuk praktik. “Pendekatan biopsikosial pekerjaan sosial memberikan perspektif seimbang yang hati-hati, memperhitungkan seluruh orang di lingkungan pasien dan membantu pekerja sosial dalam menyaring dan menilai kebutuhan seseorang dari sudut pandang multidimensi”. Pendekatan biopsikosial mempertimbangkan tiga aspek yang tumpang tindih dari fungsi pasien: “bio” mengacu pada aspek biologis dan medis dari kesehatan dan kesejahteraan pasien; “Psiko” mengacu pada harga diri pasien, harga diri, dan sumber daya emosional yang berkaitan dengan kondisi medis; dan “sosial” mengacu pada lingkungan sosial yang mengelilingi dan mempengaruhi pasien. Penting bagi pekerja sosial untuk menilai setiap domain ini untuk mendapatkan pemahaman penuh tentang pasien”.

Beder (2006: 21) juga menjelaskan bahwa konsep *biopsychosocial* dipandang sebagai pandangan yang holistik karena ia berupaya mencakup seluruh gambar/profil individu dan menempatkan individu dalam konteks yang menginformasikan intervensi pekerjaan sosial. Dalam praktiknya, pekerja sosial membutuhkan keterampilan khusus dan tingkat pengetahuan yang terkait dengan kondisi pasien. Selain itu, peksos medis juga harus konsisten dengan dan dalam konteks orientasi *person-in-environment* dan *biopsychosocial* untuk berlatih, menempuh pendidikan pekerjaan sosial, menekankan perlunya pekerja sosial medis untuk memahami populasi pasien dan masalah kesehatan mereka, pengaturan

organisasi masyarakat, modalitas intervensi, dan metode penelitian dan evaluasi program.

Patient and Family-Centered Care (PFCC) berupaya membantu individu dan keluarga untuk menjadi lebih mandiri dan berdaya dalam arena medis. Tenaga kesehatan yang menggunakan prinsip-prinsip PFCC mengasumsikan bahwa keluarga, bahkan mereka yang hidup dalam situasi sulit, membawa kekuatan penting bagi akselerasi kesehatan dan perawatan kesehatan (Institute for Family-Centered Care dalam Zimmerman, 2007). Lebih lanjut, Zimmerman menyebutkan bahwa dalam *Institute for Family-Centered Care* dijelskan terdapat delapan nilai inti dalam PFCC, yaitu:

“PFCC includes eight core values that support these assumptions and beliefs. These core values include: respect, strengths, choice, information, support, flexibility, collaboration, and empowerment (Institute for FamilyCentered Care, 2004)”.

Individu dan keluarga mungkin memiliki mekanisme dan perasaan yang berbeda untuk mengatasi masalah kesehatan yang sensitif (terminal), contohnya kapan harus melanjutkan pengobatan untuk suatu penyakit dan seberapa agresif pilihan pengobatan yang harus dilakukan. Staf layanan kesehatan harus menghormati dan mendukung hak pasien untuk membuat keputusan sendiri. Hal ini dalam Ilmu Kesejahteraan Sosial biasa disebut *self determination*. Tidak hanya mengenai pilihan perawatan, tetapi juga mengenai tingkat keterlibatan anggota keluarga. Selain itu, pasien diizinkan untuk mendefinisikan keluarga dengan cara apa pun yang terasa nyaman. Keluarga dapat mencakup orang tua, pasangan, anak-anak, teman, dan kombinasi apa pun yang dapat dibayangkan pasien (Institute for Family-Centered Care dalam Zimmerman, 2007).

Tabel 2.1 Perbandingan Model Medis dengan Collaborative

Models of Patient Care

<i>Medical Model</i>	<i>Collaborative Models of Patient Care</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Curing</i> • <i>Focused on Physical Health</i> • <i>Top-Down Communication from</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Caring</i> • <i>Holistic (Includes physical, mental and emotional health)</i>

<p><i>Physician to Patient</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bureaucratic</i> • <i>Limited Patient Involvement</i> • <i>“Traditional” Family Definition</i> • <i>Policies Formulated by Hospital Staff</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Collaborative Style of Communication</i> • <i>Flexible According to Patient and Family Preference</i> • <i>Patient at the Center of Decision Making</i> • <i>Family Defined by the Patient</i> • <i>Patients and Families Involved in Policy Development, Implementation and Evaluation</i>
--	--

Sumber: Zimmerman, 2007

Pilihan-pilihan individu sebagai pasien dihormati dan didukung oleh para staff perawatan kesehatan. Kebijakan staf, dan rumah sakit dirancang agar fleksibel mengakomodasi permintaan atau keadaan khusus. Berbagi informasi dan kolaborasi antara pasien, anggota keluarga, dan profesional medis adalah landasan PFCC dan terjadi di semua tingkat interaksi dari perawatan pasien untuk program dan perencanaan, implementasi, dan evaluasi kebijakan (*Institute for Family Centered Care* dalam Zimmerman, 2007). Lebih lanjut dikemukakan oleh Zimmerman (2007) bahwa terdapat empat nilai utama dari PFCC menurut *Institute for FamilyCentered Care*:

“In addition to the core values, PFCC includes four basic tenets of action (Institute for Family-Centered Care, 2004):

- *People are treated with dignity and respect.*
- *Healthcare providers communicate and share complete and unbiased information with patients and families in ways that are affirming and useful.*
- *Individuals and families build on their strengths by participating in experiences that enhance control and independence.*
- *Collaboration among patients, family members, and health-care providers occurs in policy and program development, as well as professional education and the delivery of care”.*

PFCC menitikberatkan pada standar pekerjaan sosial menggunakan kekuatan perspektif dan memberdayakan konsumen untuk mencapai tingkat keberfungsian dan kemandirian tertinggi, menunjukkan peningkatan yang substansial bagi pasien

dan anggota keluarga dibandingkan model medis tradisional. Sehingga model ini sangat cocok digunakan dalam model pelayanan bagi Pekerja Sosial Medis.

Dalam Pedoman Nasional Program Paliatif (18:2015) dikemukakan tahapan praktik pekerja sosial medis yang sesuai dengan *Patient and Family-Centered Care Model* adalah sebagai berikut:

1. Menerima dan menganalisa masalah sosial ekonomi pasien dan keluarga
2. Melaksanakan program sosial medis seperti bimbingan sosial
3. Menjembatani dalam persiapan kelengkapan administrasi untuk klaim asuransi
4. Bekerjasama dengan institusi atau badan sosial untuk memecahkan masalah sosial yang dihadapi pasien melaporkan perkembangan pasien, serta mengusulkan program baru bila diperlukan dan keluarga
5. Evaluasi program yang telah dilaksanakan dan melaporkan perkembangan pasien, serta mengusulkan program baru bila diperlukan

2.5 Kajian Penelitian Terdahulu

Penulis	Tahun	Judul	Analisis	Hasil Penelitian	Perbedaan
Jennifer Zimmerman dan Holly I. Dabelko	2007	Collaborative Models of Patient Care: New Opportunities for Hospital Social Workers	Penelitian ini memandang bahwa model dalam pelayanan pekerja sosial medis tidak dapat berhenti pada pelayanan kesehatan tradisional, melainkan harus ada pembaruan dan inovasi. Yaitu dengan menggunakan model baru yang dinamakan <i>Collaborative Models of Patient Care</i> . Model ini berfokus pada <i>Patient and Family-Centered Care</i> . Artinya, pasien dan keluarga pasien diberikan kedudukan tertinggi untuk menentukan perawatan yang akan diberikan kepada pasien. Keluarga dan pasien dilibatkan penuh	Hasil dari model <i>Patient and Family-Centered Care</i> membuktikan bahwa pelayanan kesehatan yang efektif bukanlah pelayanan kesehatan yang berfokus pada paramedis dan pasien saja, melainkan pelayanan yang baik dan efektif adalah pelayanan yang holistik. Tidak hanya melihat segi fisik saja, namun juga aspek-aspek lain turut dilibatkan, utamanya dukungan keluarga.	Penelitian saat ini tidak hanya berfokus pada keluarga pasien, namun juga masalah-masalah lain seperti masalah ekonomi, wasiat, masalah administratif, klaim asuransi. Dan permasalahan-permasalahan lain yang perlu dihilangkan dalam usaha mengakselerasi dan meningkatkan pelayanan terhadap pasien di instalasi

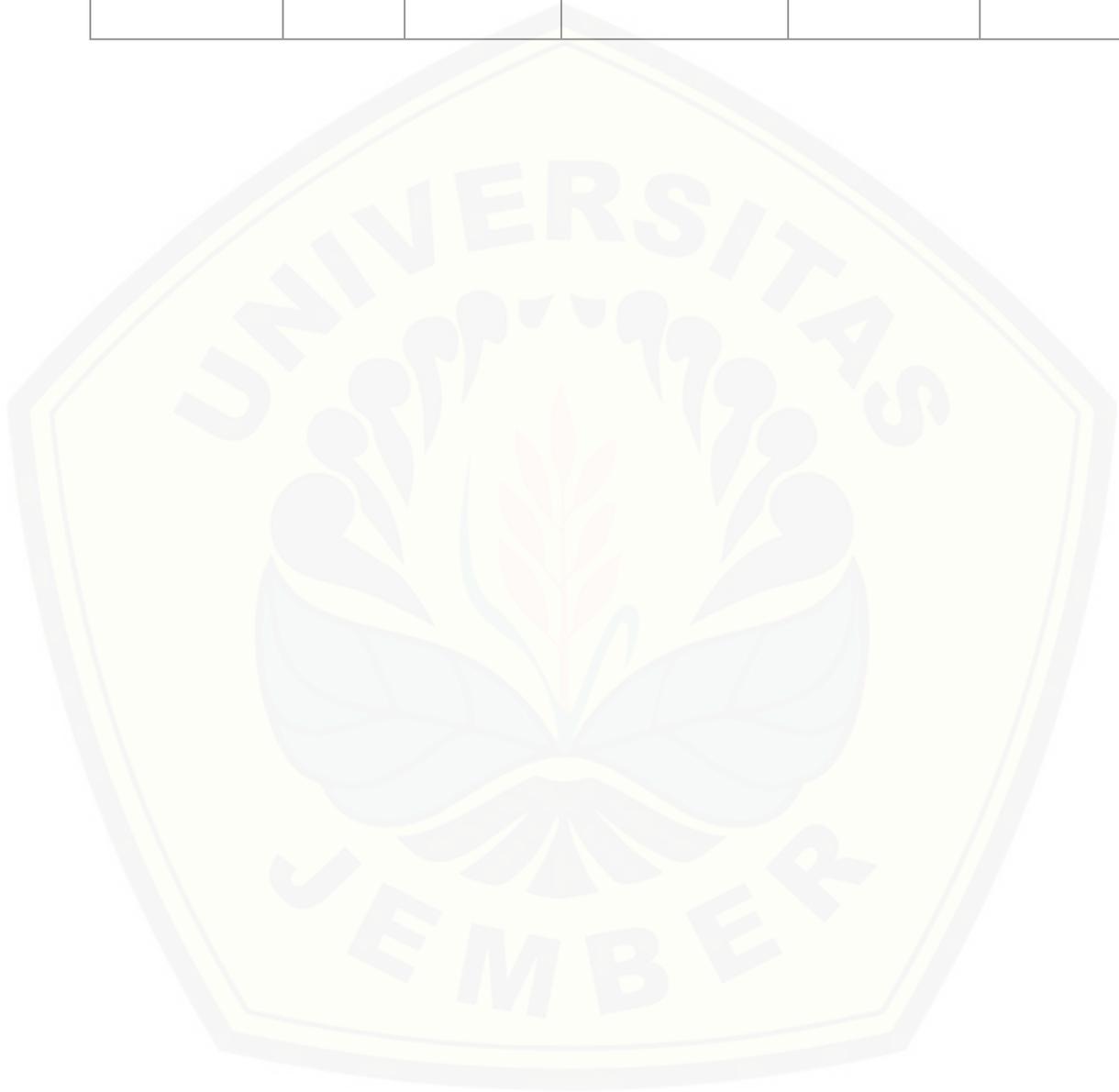
			dalam penanganan dan pelayanan kesehatan.		paliatif.
Musfikirrohan	2014	Pelayanan Sosial Pekerja Sosial Medis di Rumah Sakit Dr.	Penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang bagaimana pekerja sosial medis bekerja dan memberikan intervensi. Dengan demikian, peneliti	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rumah sakit yang juga memiliki pelayanan dibidang non medis salah satunya adalah	Praktik Pekerja Sosial Medis akan dilihat dari perspektif <i>Collaborative Models of Patient Care</i> .
		Soetomo Surabaya	akan mampu menganalisis perkembangan pelayanan yang diberikan oleh pekerja sosial medis terhadap pasien di RSUD Dr. Soetomo.	Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya, dimana dalam pelayanannya mengupayakan pelayanan secara holistik baik dalam pelayanan medis maupun non medis.	Model ini berfokus pada <i>Patient and FamilyCentered Care</i> . Hal ini akan memperkaya pengetahuan akan model praktik pekerja sosial medis.

Anita	2016	Perawatan Paliatif Dan Kualitas Hidup Penderita Kanker	Pengobatan kanker memberi dampak negatif pada fisik dan mental, serta mempunyai pengaruh yang besar terhadap konsep diri. Jika konsep diri terganggu, maka berpengaruh terhadap pikiran dan tingkah laku seseorang, antara lain: kesedihan, kekhawatiran dan ketakutan akan masa depan dan kematian. Kondisi ini mempengaruhi kualitas hidup penderita kanker. Kualitas hidup penderita kanker dipengaruhi pemahaman individu terhadap penyakitnya, sehingga penderita tahu cara menjaga kesehatan. Aspek dimensi yang	paliatif. Perawatan paliatif merupakan pendamping pengobatan medis. Perawatan paliatif merupakan bagian penting dalam perawatan penderita kanker dengan prioritas utama adalah kualitas hidup dan bukan kesembuhan penderita. Meningkatkan kualitas hidup penderita karena perawatan paliatif, diharapkan akan membantu penderita siap secara psikologis dan spiritual, serta tidak stres	Penelitian ini tidak berfokus kepada Pekerja Sosial Medis, melainkan pada bagaimana model pelayanan paliatif yang memang sangat memperhatikan aspek lain selain aspek medis. Hal ini tentu akan berbeda dengan penelitian yang akan dilaksanakan saat ini.
-------	------	--	--	---	--

			<p>mempengaruhi kualitas hidup penderita adalah fisik, psikologis, hubungan social dan lingkungan. Melalui perawatan paliatif penderita diajak untuk lebih bisa menerima keadaannya sehingga masih bisa menjalani hidupnya meskipun umurnya tak lama lagi. Kualitas hidup penderita dengan penyakit tak bisa disembuhkan akan terus memburuk atau menurun jika harapan penderita tidak sesuai dengan kenyataan yang ada. Perawatan paliatif memberikan dukungan dalam hal spiritual dan psikososial, dukungan moral kepada keluarga yang berduka.</p>	<p>menghadapi penyakit yang dideritanya.</p>	
--	--	--	---	--	--

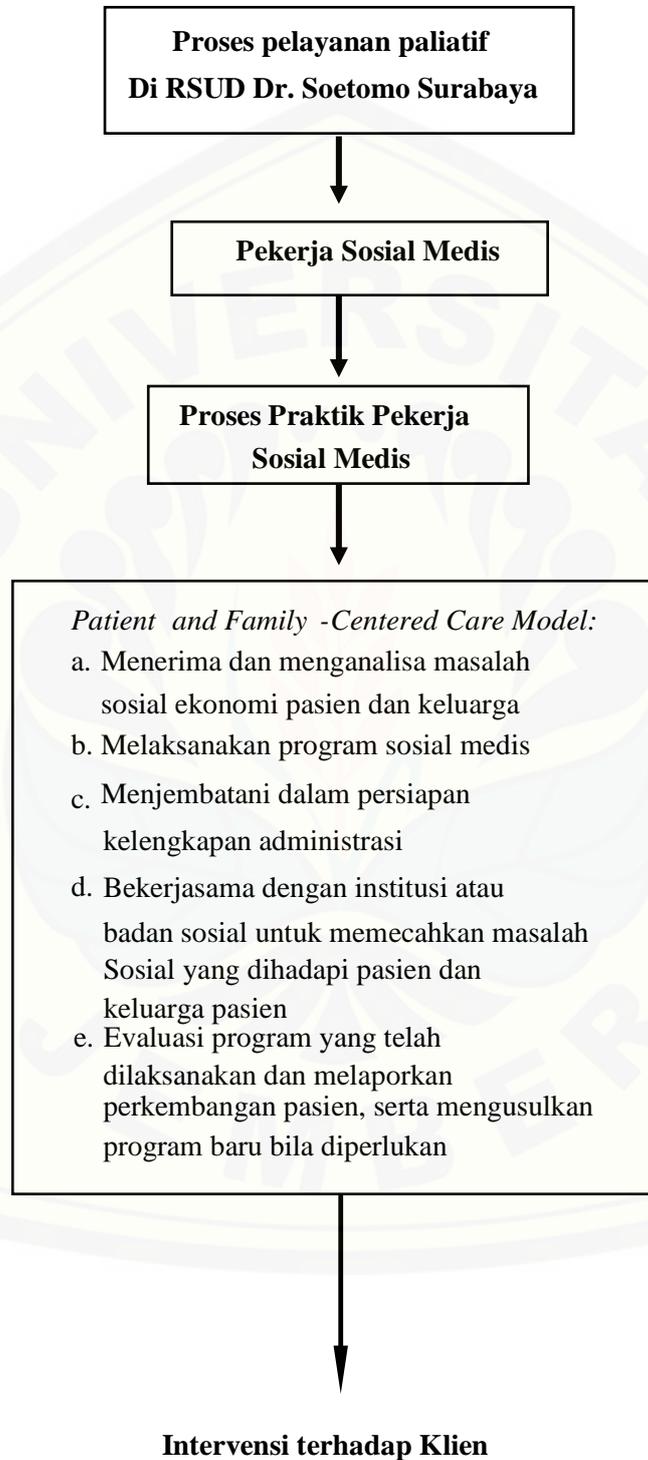
<p>Katharine Abba, Mari Lloyd Williams and Siobhan Horton</p>	<p>2019</p>	<p>Discussing end of life wishes – the impact of community interventions?</p>	<p>Diperlukan intervensi komunitas untuk dapat mendukung diskusi-diskusi tentang <i>end of life wishes</i> yang selama ini dianggap tabu untuk dipertimbangkan. Hal ini berimplikasi pada kesadaran akan bervariasinya penyakit yang mengancam jiwa saat ini.</p>	<p>Ada korelasi positif antara terbukanya komunitas terhadap isu <i>end of life wishes</i> yang disebabkan oleh penyakit terminal dengan kesembuhan pasien ketika mengalami penyakit yang mengancam jiwa. Sehingga diperlukan intervensi komunitas yang menyeluruh agar komunitas dapat menjadi sumber penyembuhan bagi masyarakat.</p>	<p>Penelitian ini membahas bagaimana komunitas dapat menjadi sistem sumber dalam penyembuhan pasien. Perbedaan yang sangat jelas karena fokus dari penelitian ini bukanlah peran pekerja sosial medis, namun penelitian ini turut menyumbangkan pemikiran terkait dampak dilibatkannya komunitas</p>
--	-------------	---	---	---	--

					terhadap kualitas pelayanan kepada pasien.
--	--	--	--	--	--



2.7 Kerangka Berpikir

Bagan 2.1 Alur Pikir Konsep Penelitian



Instruksi Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812/MENKES/SK/ VII/2007 menjelaskan bahwa rumah sakit diharapkan memiliki pekerja sosial medis yang *concern* dalam penanganan aspek psikososial pasien mengimplikasikan adanya pekerja sosial medis. Terlebih rumah sakit dengan penggolongan dan predikat sebagai rumah sakit Tipe A. Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya merupakan RS Tipe A dengan kualitas pelayanan paliatif yang sangat memadai yang di dalamnya juga terdapat pekerja sosial medis. Dalam Pedoman Nasional Program Paliatif tahun 2015 juga dikemukakan bahwa Pekerja Sosial Medis merupakan salah satu profesi yang masuk dalam tim program Paliatif

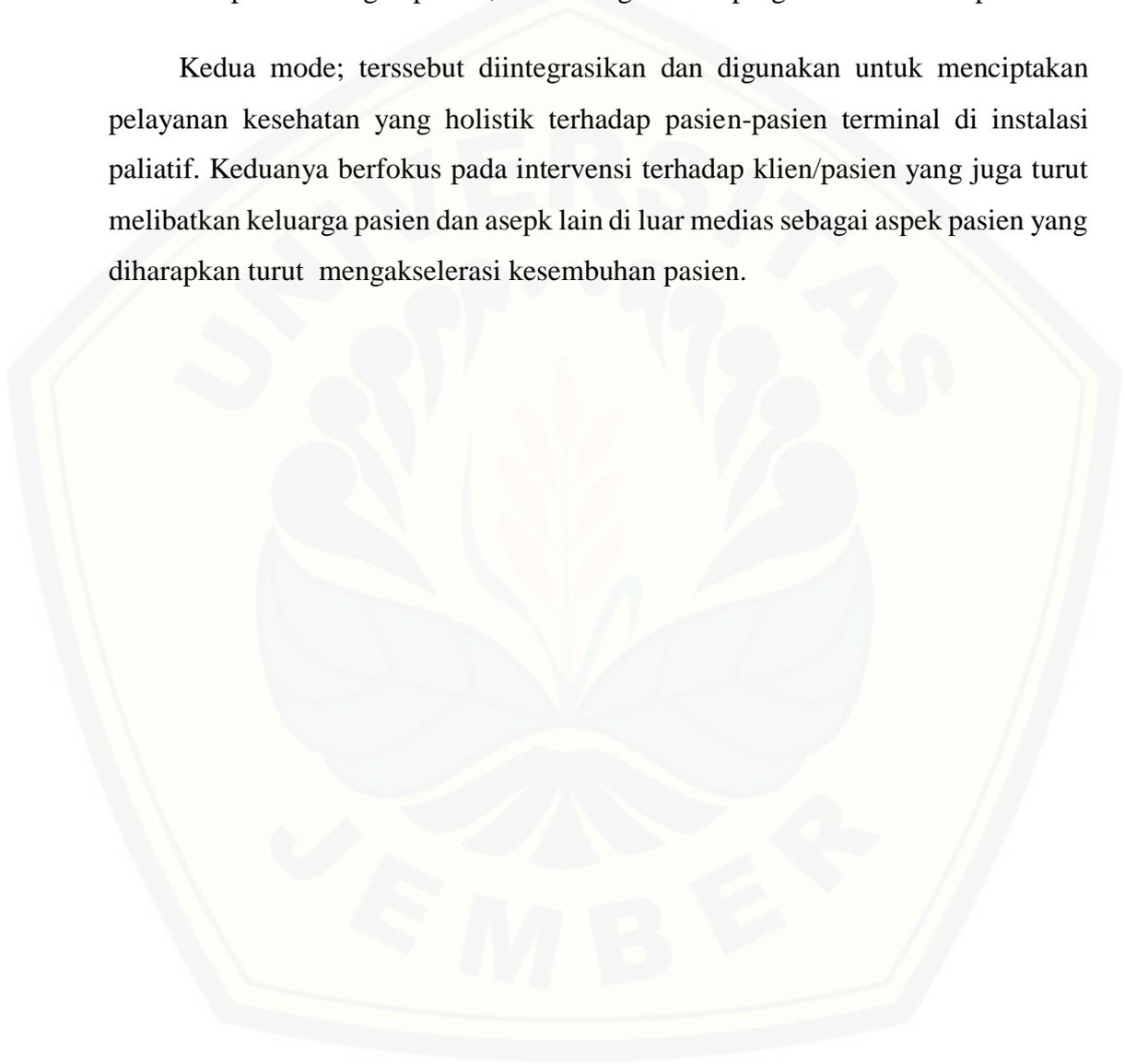
Penelitian ini menyorot bagaimana praktik Pekerja Sosial Medis di Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya yang berada di Instalasi paliatif. Instalasi Paliatif sendiri di Rumah Sakit Dr. Soetomo terbagi menjadi beberapa jenis perawatan, yaitu Rawat Inap, Rawat Jalan, *Day Care*, *Home Care*, dan *Respite Care*. Penelitian ini akan melihat tahapan proses praktik dan bentuk intervensi Pekerja Sosial Medis terhadap keluarga pasien melalui Kolaborasi model pelayanan paliatif *Integrated model of curative and palliative care for chronic progressive illness* dengan *Patient and Family-Centered Care Model* yang merupakan model pelayanan pekerja sosial medis. *Patient and Family-Centered Care Model* memiliki inti model meliputi *Respect, Strengths, Choice, Information, Support, Fleibility, Collaboration, Empowerment*.

Dalam Pedoman Nasional Program Paliatif tahun 2015 dikemukakan tahapan praktik pekerja sosial medis yang sesuai dengan *Patient and Family-Centered Care Model* adalah sebagai berikut:

- a) Menerima dan menganalisa masalah sosial ekonomi pasien dan keluarga
- b) Melaksanakan program sosial medis seperti bimbingan sosial
- c) Menjembatani dalam persiapan kelengkapan administrasi untuk klaim asuransi

- d) Bekerjasama dengan institusi atau badan sosial untuk memecahkan masalah sosial yang dihadapi pasien melaporkan perkembangan pasien, serta mengusulkan program baru bila diperlukan dan keluarga
- e) Evaluasi program yang telah dilaksanakan dan melaporkan perkembangan pasien, serta mengusulkan program baru bila diperlukan

Kedua mode; tersebut diintegrasikan dan digunakan untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang holistik terhadap pasien-pasien terminal di instalasi paliatif. Keduanya berfokus pada intervensi terhadap klien/pasien yang juga turut melibatkan keluarga pasien dan aspek lain di luar medis sebagai aspek pasien yang diharapkan turut mengakselerasi kesembuhan pasien.



BAB III. METODE PENELITIAN

Melakukan penelitian, dibutuhkan penentuan metode sebagai cara, teknik, atau langkah yang digunakan untuk menemukan kebenaran ilmiah. Menurut Sugiyono (2014:1) “Metode penelitian merupakan cara ilmiah dalam mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu”. Berdasarkan pendapat tersebut berarti dalam melakukan sebuah penelitian, metode itu sendiri memiliki kegunaan yaitu sebagai alat untuk menemukan makna dibalik fakta kebenaran didalam masalah yang ditemukan secara sistematis dan terukur. Penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu variabel terikat yang merupakan peran pekerja sosial medis dan variabel bebas atau yang terkait dengan proses pelayanan terhadap pasien di Instalasi Paliatif.

3.1 Pendekatan dan Jenis Penelitian

Menurut Bogdan dan Taylor dalam Moleong (2016:59), metode kualitatif merupakan suatu prosedur penelitian menghasilkan data secara deskriptif dalam bentuk tertulis maupun lisan dari orang atau perilaku yang dapat diamati. Penelitian kualitatif ini berfokus pada fenomena dan fakta yang terjadi di lapangan yang mana berupaya untuk menemukan makna dibalik fakta yang menjadi titik permasalahan peneliti.

Pengertian deskriptif ini sendiri yaitu “suatu analisis yang menggambarkan keadaan objek penelitian yang berupa kata-kata gambar dan bukan angka-angka.” (Moleong, 2000:6). Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif kualitatif dengan alasan jenis tersebut sesuai dengan fokus penelitian yang menjabarkan fakta dan fenomena yang terjadi yang di Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya. Menurut Sugiyono (2005:21) menyatakan bahwa metode deskriptif merupakan suatu cara yang digunakan untuk menganalisis atau menggambarkan suatu hasil penelitian, tetapi tidak digunakan untuk menyimpulkan sesuatu yang lebih luas. Hal tersebut berarti dalam laporan penelitian berisi tentang kutipan dan penjabaran keadaan di lapangan secara nyata tanpa dibuat-buat.

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif karena di dalamnya peneliti akan mendeskripsikan dan mengkaji tentang proses dan tahapan-

tahapan intervensi praktik pekerja sosial medis di instalasi paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Tujuan penelitian kualitatif untuk memahami objek yang diteliti secara mendalam. Dengan fokus kajian tersebut, maka jenis penelitian yang dipilih adalah studi kasus. Sehingga, dalam penelitian ini lebih mengarah pada penelitian studi kasus instrinsik dimana peneliti bertujuan untuk menggambarkan secara detail serta menganalisis secara mendalam tentang proses intervensi dan peran-peran pekerja sosial medis dalam melakukan intervensi di Instalasi Paliatif tersebut.

3.2 Penentuan Lokasi dan Penentuan Informan

Dalam penentuan lokasi penelitian ini, peneliti menggunakan teknik purposive area. Purposive area adalah teknik penentuan lokasi yang dari awal sengaja ditentukan dan disesuaikan dengan tujuan penelitian. Lokasi penelitian ini di Instalasi Paliatif Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya karena observasi awal menunjukkan Rumah Sakit Dr. Soetomo melibatkan pelayanan sosial yang ditangani oleh Pekerja Sosial Medis di Instalasi Paliatif. RSUD Dr. Soetomo merupakan rumah sakit Tipe A yang menjadi rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur merupakan rumah sakit pelayanan, pendidikan, penelitian dan rumah sakit rujukan tertinggi untuk wilayah Indonesia bagian timur. Banyak penyakit-penyakit terminal (kronis) yang dirujuk dan ditangani oleh rumah sakit ini. Dengan instalasi paliatif dan bebas nyeri yang sangat memadai, rumah sakit ini selalu mencoba menghadirkan pelayanan kesehatan yang holistik.

Penelitian ini menggunakan teknik purposive dalam penentuan informan. Menurut Irawan (2006: 17), purposive sampling adalah sampel yang sengaja dipilih oleh peneliti, karena sampel dianggap memiliki ciri-ciri tertentu yang dapat memperkaya data penelitian. Dalam hal ini informan dibagi menjadi dua kategori yaitu:

3.2.1 Informan Pokok

Informan pokok adalah informan yang masuk dalam kategori penelitian yang

akan dilakukan. Dalam penentuan informan pokok pada penelitian ini, ada beberapa kriteria tertentu yang ditentukan oleh peneliti agar tidak salah sasaran dalam menentukan sumber data sehingga data yang diperoleh peneliti sesuai dengan fokus kajian peneliti.

Menurut pendapat Spradley dalam Faisal (1990:45) informan harus memiliki beberapa kriteria yang perlu dipertimbangkan yaitu :

- a. Subjek yang telah lama dan intensif menyatu dengan suatu kegiatan atau medan aktivitas yang menjadi sasaran atau perhatian penelitian dan ini biasanya ditandai oleh kemampuan memberikan informasi di luar kepala tentang sesuatu yang ditanyakan.
- b. Subjek masih terikat secara penuh serta aktif pada lingkungan dan kegiatan yang menjadi sasaran atau penelitian.
- c. Subjek mempunyai cukup banyak waktu dan kesempatan untuk dimintai informasi.
- d. Subjek yang dalam memberikan informasi tidak cenderung diolah atau dikemas terlebih dahulu dan mereka relatif masih lugu dalam memberikan informasi.

Maka untuk informan pokok dalam penelitian ini yaitu pekerja sosial medis yang menangani pasien di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya. Kriteria yang digunakan oleh peneliti untuk mengkategorikan subjek sebagai informan pokok antara lain:

- a. Seseorang yang memberikan pelayanan sosial medis untuk dapat mengetahui tahapan praktik Pekerja Sosial Medis.
- b. Seseorang yang memiliki pengetahuan mengenai profesi Pekerjaan Sosial Medis.
- c. Melakukan pelayanan sosial medis lebih dari 1 tahun.

Pekerja Sosial Medis dipilih sebagai informan pokok karena penelitian ini

ingin melihat dan membandingkan model praktik Pekerja Sosial Medis di Instalasi Paliatif, Pekerja Sosial Medis merupakan subjek yang mengetahui kegiatan pekerjaan sosial medis. Berdasarkan beberapa kriteria yang dikemukakan oleh peneliti diatas, adapun informan pokok pada penelitian ini adalah Informan PL yang berusia 49 Tahun. PL memiliki latar belakang pendidikan terakhir yaitu lulusan Sekolah Menengah Pekerjaan Sosial. (*Sumber: data lapangan, diolah pada tanggal 30 Agustus 2020*)

Berdasarkan kriteria informan pokok tersebut, diharapkan dapat memberikan informasi atau data terkait praktik Pekerja Sosial Medis sesuai dengan kebutuhan peneliti, sehingga kemudian peneliti dapat mengetahui dan menggambarkan bagaimana tahapan dan proses praktik Pekerja Sosial Medis. Berikut adalah deskripsi informan pokok secara umum yaitu:

1. Informan PL

Informan PL berusia 49 tahun, beliau merupakan Pekerja Sosial Medis di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pekerjaan Sosial Solo Jurusan Pekerja Sosial Medis. Beliau bertugas di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama kurang lebih 2 tahun.

3.2.2 Informan Tambahan

Peneliti menentukan informasi tambahan dengan mencari beberapa pihak yang dapat memberikan informasi baik terlibat langsung maupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Nantinya, informasi data tersebut dapat melengkapi atau hanya sebagai pembandingan dalam pengecekan keabsahan data yang diperoleh dari informan pokok. Informan tambahan diantaranya adalah:

- a) Kepala Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya.
- b) Tenaga Medis yang mengetahui aktivitas pekerja sosial medis, yaitu dokter dan perawat yang terlibat langsung dengan pelayanan medis dari pasien yang ditangani oleh pekerja sosial medis.

- c) Pasien yang tengah ditangani oleh pekerja sosial medis. Pasien yang dipilih sejumlah tiga pasien dan yang menghadapi *problem* sosial. Jumlah ini ditentukan dengan tujuan dapat memperkaya data, membandingkan data, dan triangulasi data.
- d) Keluarga pasien yang tengah ditangani oleh pekerja sosial medis. Dipilih satu orang anggota keluarga dari setiap pasien yang menjadi wali pasien dan senantiasa mendampingi jalannya pengobatan pasien.

Alasan menggunakan beberapa informan tersebut bertujuan sebagai sumber data sekunder yang sifatnya menguatkan data yang didapat dari informan pokok. Dokter, perawat maupun Kepala Instalasi Paliatif merupakan mitra pekerja sosial medis dalam melakukan pelayanan. Karena dalam praktik pekerjaan sosial dibutuhkan adanya sinergitas dari berbagai pihak, dokter dan perawat juga turut memantau kinerja pekerja sosial medis. Pasien dan keluarga pasien merupakan penerima layanan pekerjaan sosial sehingga dianggap mengerti tentang kegiatan praktik yang dilakukan oleh pekerja sosial medis. Jumlah dari masing-masing jenis informan bersifat fleksibel, hal ini dikarenakan informan di atas merupakan informan sekunder, sehingga banyaknya informan tergantung dengan ketersediaan data yang nantinya digunakan untuk melengkapi data primer hingga data dapat dikatakan jenuh.

Dengan memperhatikan kecakupan data dan disesuaikan dengan kemampuan peneliti (Moleong, 2004). Walaupun demikian, peneliti tetap mengoptimalkan informan sebagai obyek penelitian untuk menggali data. Dalam bidang kesehatan, khususnya bagi informan yang berstatus pasien, kriteria sampel sangat diperlukan agar peneliti dapat memberikan batasan yang jelas dan untuk menjaga keamanan pasien selama proses penelitian. Kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat atau tidaknya sampel digunakan. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut :

- a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel

Notoatmodjo, 2002) yaitu:

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien yang mendapat intervensi dari pekerja sosial.
- 2) Pasien telah berusia di atas 21 tahun.
- 3) Pasien telah direkomendasikan untuk mendapat pelayanan dari pekerja sosial medis oleh dokter yang menangani pasien di instalasi paliatif paliatif.
- 4) Bersedia menjadi informan.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2002).

- a. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah pasien yang berusia di bawah 21 tahun.
- b. Pasien yang tidak direkomendasikan oleh dokter yang menangani pasien di instalasi paliatif.

Tabel 3.1 Daftar Informan Tambahan

No.	Nama	Jenis Kelamin	Status/Pekerjaan
1.	AAF	L	Kepala Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri/Dokter
2.	WIM	P	Dokter
3.	MS	L	Pasien/Swasta
4.	A	L	Pasien/Purnawirawan TNI AL
5.	AS	P	Keluarga Pasien/Ibu Rumah Tangga
6.	LS	P	Keluarga Pasien/Ibu Rumah Tangga

(Sumber: data lapangan diolah pada tanggal 30 Agustus 2020)

Informan tambahan pada penelitian yang ini dianggap mengerti tentang pelaksanaan intervensi yang dilakukan oleh Pekerja Sosial Medis di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, berikut deskripsi informan tambahan yaitu:

1. Informan AAF

Informan AAF adalah Kepala Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri, beliau berusia 57 tahun dengan pendidikan terakhir yakni Pall Med , beliau merupakan dokter yang turut bermitra dengan Pekerja Sosial Medis.

2. Informan WIM

Informan MBN adalah Salah satu Dokter di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri, beliau berusia 61 tahun dengan pendidikan terakhir yakni S3 Pendidikan Doktor UNAIR, beliau merupakan tenaga medis yang bermitra dengan Pekerja Sosial Medis.

3. Informan MS

Informan MS adalah pasien kanker yang ditangani oleh pekerja sosial medis. Beliau berusia 49 tahun. Pendidikan terakhir adalah SMA. Beliau merupakan pasien rawat jalan dengan kanker usus besar. Informan MS sudah dirawat di instalasi paliatif selama kurang lebih 3 Bulan. Sebelum sakit, Informan MS adalah seorang sopir.

4. Informan AS

Informan A berusia 45 tahun merupakan keluarga dan wali dari Informan MS yang berobat karena kanker usus besar. Informan A adalah istri dari informan MS.

5. Informan A

Informan A berusia 60 tahun. Merupakan seorang purnawirawan TNI AL. Beliau mengidap kanker di daerah saluran pernafasan atas. Informan A menerima pengobatan di instalasi paliatif kurang lebih 6 minggu.

6. Informan LS

Informan LS berusia 57 tahun, merupakan isteri dan wali dari informan A. Beliau berasal dari Mojokerto. Pekerjaan Informan LS adalah ibu rumah tangga.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2014:62) teknik pengumpulan data merupakan langkah terpenting untuk mendapatkan data dari lapangan. Dalam melakukan penelitian, pengumpulan data merupakan salah satu tahap yang harus dilakukan guna mendapat informasi yang akurat. Peneliti menggunakan tiga teknik pengumpulan data yaitu :

Untuk mencapai tujuan penelitian kualitatif, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang khas kualitatif seperti observasi dan wawancara yang umumnya mutlak digunakan. Selain itu, juga menggunakan teknik dokumentasi seperti dokumen, riwayat hidup subjek, karya-karya tulis subjek, dan publikasi teks yang digunakan. Sehingga, dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi.

3.3.1 Observasi

Menurut Marshall dalam Sugiyono (2014:226) pengertian observasi yaitu *“through observation, the researcher learn about behavior and the meaning attached to those behavior”*. Yang berarti melalui observasi, peneliti belajar tentang bagaimana sikap dan makna dibalik sikap itu sendiri. Observasi menjadi satu teknik pengumpulan data apabila : (1) sesuai dengan tujuan penelitian, (2) direncanakan dan dicatat secara sistematis, dan (3) dapat dikontrol keandalannya (reliabilitasnya) dan validitasnya.

Dalam pengertian diatas, observasi secara singkat merupakan pengamatan menggunakan panca indera (mata, telinga, lidah, kulit, dan hidung) dalam memperoleh data lalu mencatatnya sebagai arsip peneliti yang nantinya akan diolah dan dianalisis agar mendapatkan hasil dan kesimpulan dari penelitiannya.

Peneliti menggunakan observasi terus terang dan tersamar. Artinya, dalam hal ini, peneliti berterus terang ditempat penelitiannya bahwa akan melakukan penelitian, namun terkadang juga menyamarkan identitasnya demi kepentingan data yang ingin didapat namun masih dirahasiakan oleh pihak-pihak tertentu. Peneliti nantinya akan berterus terang di lokasi penelitian, namun jika berhadapan dengan pasien maka akan menyamarkan identitas karena ketika pasien

berhadapan dengan orang yang memakai seragam/resmi akan berbeda respon dan tanggapannya jika berhadapan dengan orang biasa. Pasien akan lebih bebas dan tidak terbebani ketika berbicara dengan orang biasa.

3.3.2 Wawancara

Wawancara merupakan suatu proses secara fisik, yang satu dapat melihat muka yang lain dan mendengarkan dengan telingnya sendiri suaranya, tampaknya merupakan alat mengumpulkan informasi yang langsung tentang beberapa jenis data sosial baik yang terpendam (*latent*) maupun *manifest*. (Sugiyono, 1997:32).

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan wawancara semi terstruktur. Wawancara semi terstruktur merupakan teknik wawancara dimana proses wawancaranya rileks, santai, dan mengalir apa adanya. Namun meskipun bebas dan rileks tetapi informan tetap berada di jalan peneliti yaitu sesuai dengan tujuan awal peneliti.

Menggunakan teknik wawancara semi terstruktur, peneliti berasumsi dan berharap mampu mendapat informasi secara mendalam, menjalin hubungan *chemistry* dengan informan demi keberlanjutan proses penelitian kedepannya. Karena menjalin hubungan baik dengan informan, mampu memberi informasi data yang banyak dan akurat nantinya.

Tabel 3.2 Jadwal Wawancara

No.	Tanggal	Informan	Tempat
1.	16 April 2020	WIM	Ruang Perpustakaan Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri
2.	27 Juli 2020	PL	Ruang Day Care
3.	3 Agustus 2020	A	Ruang Psikiatri
4.	3 Agustus 2020	LS	Ruang Psikiatri
5.	3 Agustus 2020	PL	Ruang Psikiatri
6.	4 Agustus 2020	WIM	Ruang Perawatan 202 Instalasi Paliatif
7.	5 Agustus 2020	MS	Ruang Psikiatri
8.	5 Agustus 2020	AS	Ruang Psikiatri
9.	5 Agustus 2020	PL	Ruang Psikiatri
10.	5 Agustus 2020	AAF	Ruang Kepala Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri

(Sumber: data lapangan diolah pada 30 Agustus 2020)

3.3.3 Dokumentasi

Metode ini termasuk kedalam teknik penggalian informasi tambahan dimana ketika dua teknik sebelumnya dirasa kurang memberikan informasi yang banyak dan mendalam. Teknik studi dokumentasi menurut Guba dan Lincoln dalam Moleong (2000:161) yaitu :

“Setiap bahan yang tertulis ataupun film yang tidak dipersiapkan karena adanya permintaan dari penyidik, selain itu kegunaan dari dokumen adalah: dokumen merupakan sumber yang stabil, kaya, dan mendorong bergun sebagai pengujian.”

Berdasarkan pengertian studi dokumentasi diatas, yang tergolong kedalam studi dokumentasi antara lain buku, media cetak (majalah, dokumen, arsip), media elektronik (televisi dan radio), internet, foto, video, dan sejenisnya. Dalam hal penelitian, peneliti mendapat informasi studi dokumentasi mengenai Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya beserta fenomena dan masalah-masalahnya melalui internet, buku, dokumen, dan arsip Rumah Sakit.

3.4 Teknis Analisis Data

Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dimana lebih menekankan pada perincian atau penjabaran uraian dan penafsiran terhadap data yang sudah terkumpul yang berkaitan dengan masalah dalam penelitian diatas untuk menemukan makna dibalik fakta sebenarnya sehingga diperoleh hasil yang teruji secara ilmiah dan sistematis. “Deskriptif merupakan suatu analisa yang menggambarkan keadaan objek penelitian yang berupa kata-kata, gambar, dan bukan angka-angka”. (Moleong, 2000:6).

Berdasarkan pada paparan diatas, peneliti menggunakan teknik analisis data menurut Miles dan Huberman dalam Sugiyono (2014:247-252) yang terdiri dari alur sebagai berikut:

a. Pengumpulan Data

Peneliti melakukan pengumpulan data mentah melalui wawancara mendalam terhadap informan pokok, observasi lapangan yaitu di di

Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya, dan kajian pustaka.

b. Reduksi Data

Pada tahap ini dimana peneliti memilah, menyortir, menyederhanakan dan memfokuskan data-data mentah hasil dari observasi, wawancara maupun dokumentasi agar dapat siap untuk disajikan. Berdasarkan konsep yang telah disajikan pada bab sebelumnya, maka kategorisasi data yang akan membantu proses reduksi data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a) Menerima dan menganalisa masalah sosial ekonomi pasien dan keluarga
 - b) Melaksanakan program sosial medis seperti bimbingan sosial
 - c) Menjembatani dalam persiapan kelengkapan administrasi untuk klaim asuransi
 - d) Bekerjasama dengan institusi atau badan sosial untuk memecahkan masalah sosial yang dihadapi pasien melaporkan perkembangan pasien, serta mengusulkan program baru bila diperlukan dan keluarga
 - e) Evaluasi program yang telah dilaksanakan dan melaporkan perkembangan pasien, serta mengusulkan program baru bila diperlukan
- c. Penyajian Data Di tahap ini, peneliti mengonversi atau merubah data-data yang telah direduksi sebelumnya menjadi bentuk matriks, grafik, bagan, maupun tulisan naratif sehingga mudah dipahami, disimpulkan dan diverifikasi di akhir pada Bab Hasil dan Pembahasan.

c. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Di tahap ini, peneliti mengecek kembali dari data yang disajikan, lalu menarik kesimpulan dari tahap sebelumnya. Penarikan kesimpulan ini harus diperoleh dari hasil kegiatan penelitian.

3.5 Teknik Keabsahan Data

Setelah melakukan proses penggalian data dalam penelitian kualitatif, teknik keabsahan data menjadi sangat penting mengingat penelitian yang bersifat empiris, sedangkan setiap informan tentu memiliki tingkat pemaknaan terhadap pertanyaan yang kita ajukan berbeda satu dengan yang lain. Tentu saja informasi yang kita peroleh dari informan lantas tidak kita terima begitu saja secara gamblang. Perlu diadakan pengkajian dan pengujian ulang. Teknik yang digunakan disebut Triangulasi data. Triangulasi sendiri menurut Sugiyono (2008:273) merupakan suatu teknik pengecekan dan pengujian kembali terhadap informasi yang diterima selama proses penelitian dan penggalian informasi. Menurut Moleong (2009:330-331), teknik Triangulasi data dibagi menjadi tiga: a. Triangulasi Sumber menyatakan bahwa triangulasi ini melakukan perbandingan dan pengecekan kembali suatu informasi yang diperoleh menggunakan waktu dan alat yang terdapat dalam penelitian kualitatif; b. Triangulasi Metode menurut Patton, triangulasi ini dibedakan menjadi dua yaitu pengecekan derajat kepercayaan dan pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber dengan metode yang sama; c.

Triangulasi Teori tahap triangulasi ini nantinya, peneliti mengecek kembali informasi yang didapat dengan teori-teori yang relevan dengan penelitian ini.

Dalam hal ini, peneliti menggunakan triangulasi sumber karena ingin fokus terhadap data yang diperoleh dengan cara meng-*crosscheck* kembali data yang ada dengan membandingkan data hasil observasi dan hasil wawancara baik dengan informan pokok maupun tambahan. Langkah nyata yang dilakukan diantaranya yaitu mengkompilasikan data yang diperoleh dari hasil observasi, wawancara, dan studi dokumentasi. Hasil dari keseluruhan tahap triangulasi tersebut selanjutnya disimpulkan sebagai hasil akhir dari penelitian.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan proses penelitian yang dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa dalam model praktik pekerja sosial medis terdapat lima jenis intervensi yang dilakukan oleh pekerja sosial medis adalah yaitu *biopsychosocioculturospiritual*. Untuk menjalankan kelima bentuk pelayanan paliatif yang dilakukan oleh pekerja sosial medis tersebut, proses diawali dengan adanya rekomendasi dari dokter kepada pasien agar mendapat pelayanan dari pekerja sosial medis. Pekerja sosial medis tidak diperbolehkan bertindak tanpa berdiskusi terlebih dahulu dengan dokter. Hal ini dikarenakan jenis pasien yang dtangani di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya merupakan pasien terminal, yaitu pasien kanker.

Proses selanjutnya adalah Asesmen yang meliputi aspek *biopsychosocioculturospiritual*. Asesmen dilakukan di seluruh pelayanan paliatif yang melibatkan Pekerja Sosial Medis. Dimulai dari *Bed Consul* pada pelayanan Rawat Inap, Rawat Jalan, hingga *Home Care*. Pekerja Sosial Medis memiliki form baku yang disediakan oleh Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang digunakan untuk menggali masalah fisik, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien. Formulir Laporan Pekerja Sosial Medis berisi identitas pasien; data keluarga pasien; keadaan dan aktivitas penderita; tanggapan penderita terhadap penyakit dan masa depannya; tanggapan keluarga terhadap penderita; tanggapan masyarakat terhadap penderita; sosial ekonomi keluarga penderita; keadaan tempat tinggal dan lingkungan penderita; kesimpulan penderita; rencana kerja Pekerja Sosial Medis. Metode asesmen yang diberikan biasanya berupa gabungan antara wawancara dengan pemberian status untuk diisi oleh pekerja sosial medis.

Hasil asesmen akan dilaporkan kepada dokter penanggung jawab yang kemudian pekerja sosial medis akan melaporkan rencana intervensi kepada pasien dan keluarga pasien. Setelah disetujui bersama, pekerja sosial medis akan

melakukan intervensi kepada pasien. Setelah melaporkan hasil asesmen kepada dokter penanggung jawab, pekerja sosial medis kemudian akan menyampaikan rencana intervensi kepada dokter. Sangat memungkinkan terjadi perubahan rencana intervensi berdasarkan saran dari dokter penanggung jawab. Intervensi yang diberikan kepada pasien dan keluarga pasien diantaranya mencakup aspek fisik, sosial, psikis, kultural dan spiritual.

Intervensi yang diberikan kepada pasien diantaranya yaitu, pada aspek fisik pekerja sosial medis menjalankan peran sebagai *educator*. Pekerja sosial mengedukasi, memberikan motivasi, dan penyadaran agar pasien senantiasa melakukan anjuran-anjuran dari dokter terkait pemulihan fisiknya, pekerja sosial juga menekankan bahwa pasien harus menaati jadwal yang telah diberikan oleh dokter. Intervensi pada aspek kultural berfokus pada bagaimana pasien dapat memanfaatkan pengalaman-pengalaman kultural mereka untuk mengakselerasi kesembuhannya dan menjadi potensi sumber kesejahteraan sosialnya. Pada aspek spiritual, pekerja sosial berfokus pada penguatan pemberian motivasi untuk menguatkan eksistensi pasien, memberikan dukungan agar pasien tetap dapat mengekspresikan diri di lingkungan sosialnya dan *religious aspec*.

Intervensi yang diberikan kepada keluarga pasien diantaranya yaitu, pada aspek fisik, pekerja sosial menjadi *educator* untuk memberikan pengetahuan kepada keluarga pasien agar dapat mengikuti tahapan-tahapan perawatan fisik dari pelayanan paliatif agar kondisi pasien dapat stabil selama di rawat di rumah. Intervensi pada aspek kultural berfokus pada penguatan struktur keluarga juga agar menjadi *support system* untuk pasien. Pada aspek spiritual, pekerja sosial berfokus untuk mendorong keluarga pasien dalam mengakui eksistensi pasien dan integritas pasien. Pekerja sosial juga menganjurkan kepada keluarga pasien untuk terus memperhatikan *religious aspec* dari pasien. Pekerja sosial medis juga memberikan pemahaman tentang *end of life* dan kedukaan kepada keluarga pasien.

Pada aspek finansial pasien, ketika hasil asesmen menunjukkan bahwa pasien pasien memang memenuhi syarat untuk mendapat bantuan finansial, pekerja sosial medis akan menjadi broker dengan lembaga-lembaga bantuan finansial. Lembaga bantuan finansial yang bekerja sama dengan Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri

diantaranya Yayasan Paliatif Surabaya, komunitas-komunitas dan donatur yang memang telah dikoordinasi sedemikian rupa oleh Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pekerja Sosial Medis juga akan membantu melengkapi persyaratan administrasi dengan menginformasikan persyaratan apa saja yang diperlukan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien dan keluarga pasien terkait aspek administratif. Pekerja Sosial Medis juga melakukan tugas sebagai pekarya kesehatan.

Pelaporan dan Evaluasi dilakukan secara informal, hasil dari pelaporan akan dijadikan bahan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan baik dalam hal intervensi fisik, namun juga dalam bidang sosial medis pasien. Pelaporan dan Evaluasi juga berguna untuk menghindarkan pasien dari kesalahan intervensi yang ditakutkan dapat mempengaruhi kondisi pasien. Hasil Evaluasi kinerja Pekerja Sosial Medis digunakan sebagai acuan untuk melakukan intervensi di kemudian hari maupun dalam hal *follow up* terhadap pasien sebelumnya. Koordinasi yang baik akan menghasilkan pelayanan yang holistik, karena setiap profesi memiliki batasan, untuk dapat mengatasinya maka diperlukan koordinasi. Ditambah lagi dengan urgensi pelayanan paliatif yang memang mengharuskan perawatan yang paripurna dan holistik.

Model praktik diatas merupakan model baru yang telah disesuaikan dengan karakteristik pasien, kebutuhan dan permasalahan pasien di Instalasi paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Model tersebut adalah gabungan dari pemikiran Zimmerman dan Woodruff sehingga terdapat lima jenis pendekatan dan pelayanan.

5.2 Rekomendasi

Praktik pekerja sosial medis adalah praktik yang sangat sensitif, karena pada prosesnya klien merupakan pasien dengan kondisi terminal yang sangat tidak stabil baik secara fisik dan emosional. Maka dari itu, pembaruan-pembaruan harus terus dilakukan agar dapat menyempurnakan proses praktik pekerja sosial medis. Berdasarkan kesimpulan di atas, maka diperlukan rekomendasi untuk dapat menyempurnakan praktik pekerja sosial medis di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri

RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Berikut adalah rekomendasi yang diberikan oleh peneliti:

- a. Berdasarkan proses penelitian yang dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa kebutuhan akan pekerja sosial medis pada setting rumah sakit sangatlah besar, khususnya di Instalasi paliatif dan bebas nyeri. Kebutuhan tersebut tergambar dari perlunya penanganan yang holistik pada pelayanan paliatif dan salah satu profesi penunjang yang dapat dilibatkan dalam proses pelayanan adalah pekerja sosial, hal ini juga turut didukung oleh berbagai teori. Kebutuhan ini tidak hanya didasarkan pada teori-teori yang mendasari pelayanan paliatif, namun juga sudah diperkuat dengan regulasi-regulasi yang mewajibkan adanya profesi pekerja sosial medis. Melihat dari pentingnya tugas, peran dan fungsi strategis pekerja sosial di pelayanan paliatif, direkomendasikan agar pekerja sosial yang dipekerjakan adalah pekerja sosial profesional yang direkomendasikan oleh asosiasi profesi pekerjaan sosial yaitu Ikatan Pekerja Sosial Profesional Indonesia (IPSPI), dan sudah tersertifikasi oleh lembaga sertifikasi profesi pekerjaan sosial.
- b. Adanya penambahan jumlah pekerja sosial medis.
Sebagaimana telah dikemukakan dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 9873 Tahun 1992. Surat keputusan tersebut menjelaskan tentang kewajiban penyediaan Pekerja Sosial Medis di Rumah Sakit. Rumah sakit Tipe A berkewajiban memiliki jumlah 12 orang pekerja sosial medis. Jumlah pasien yang dilayani di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri sangatlah banyak, sehingga hasil yang didapat tidak akan maksimal ketika hanya terdapat satu orang pekerja sosial medis. Pekerja sosial medis yang akan dipekerjakan juga haruslah mempunyai sertifikasi profesi pekerjaan sosial.
- c. Pelaporan dan evaluasi harus dilakukan lebih sistematis.
Praktik pekerja sosial medis di instalasi paliatif telah melakukan pelaporan dan evaluasi, namun pelaporan hanya dilakukan secara informal. Pelaporan yang baik haruslah bersifat sistematis, dimana proses pelaporan dapat disaksikan oleh seluruh tim paliatif dan nantinya akan dilanjutkan dengan evaluasi. Pelaporan dan evaluasi yang sistematis akan lebih mudah mengukur

kinerja dari pekerja sosial medis dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan di masa depan.

- d. Pekerja Sosial Medis harus lebih pro aktif dalam membuat jaringan dengan lembaga-lembaga yang dapat membantu pasien di instalasi paliatif.

Seorang pekerja sosial haruslah memiliki jaringan luas, hal ini dikarenakan masalah yang dihadapi oleh pasien dan keluarganya merupakan masalah yang kompleks. Jaringan yang luas akan mempermudah pemberian rekomendasi setelah melakukan intervensi. Semua jenis profesi dan lembaga dapat dilibatkan dalam instalasi paliatif jika memang mereka dapat membantu serta dilihat dari kebutuhan pasien dan keluarganya. Salah satu contohnya yaitu jaringan dengan lembaga bantuan finansial. Hal ini dapat berupa membuka jaringan dengan perusahaan-perusahaan di Jawa Timur khususnya untuk dapat turut bekerja sama dalam memberikan bantuan finansial melalui *Coorporate Social Responsibility*.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Altilio, T., S. Otis-Green. 2011. *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. New York: Oxford University Press.
- Beder, J. 2006. *Hospital Social Work*. Britain: Routledge Taylor and Francis Group.
- Breitbart, W. S., Y. Alici. 2014. *Psychosocial Palliative Care*. Oxford University Press: New York.
- Irawan, P. 2006. *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Jakarta: Departemen Ilmu Administrasi FISIP UI.
- Moleong, Lexy J. Dr, MA. 2000. *Metodologi Kualitatif*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
- Moleong, Lexy J. Dr, MA. 2016. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
- Sugiyono. 1997. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Tursilarini, Tateki Yoga. 2009. *Peningkatan Fungsi Pekerja Sosial Rumah Sakit*. Yogyakarta : B2P3KS Press.
- Walgito, Bimo. 1983. *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta : Andi Offset.
- Walgito, Bimo. 1999. *Psikologi Umum*. Yogyakarta : UGM.
- Woodruff, R. 1993. *Palliative Medicine*. Victoria: Asperula Pty Ltd.

Skripsi

Musfikirrohmah,, A. Rahmawati. 2014. *Pelayanan Sosial Pekerja Sosial Medis di Rumah Sakit dr Soetomo Surabaya*. Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember. Jember.

Peraturan Perundang-Undangan

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 812/MENKES/SK/VII/2007. *Kebijakan Perawatan Paliatif*. 19 Juli 2007. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008. *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. 29 Juli 2008. Jakarta.

PERMENSOS RI No. 12 tahun 2017 Pasal 10 Ayat 2 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009. *Kesehatan*. Pasal 53 ayat (1) dan (2). Jakarta.

Jurnal

Anita. 2016. Perawatan paliatif dan kualitas hidup penderita kanker. *Jurnal Kesehatan*. VII(3). 508-513.

Fitria, C. N., 2010. Palliative Care pada Penderita Penyakit Terminal. *GASTER*. 7 (1). 528-529.

Huljev, D., T. Pandak. 2016. *Holistic and team approach in health care*. *SIGNA VITAE*. 11(2). 66-69.

Ingram, C. 2014. *A Paradigm Shift: Healing, Quality of Life, and a Professional Choice*. *Journal of Pain and Symptom Management*. 47 (1). 198-199.

Katzmarzyk, P.T., 2010. *Physical Activity, Sedentary Behavior, and Health: Paradigm Paralysis or Paradigm Shift?*. *Perspectives in Diabetes*. 59 (11): 2717-2718.

Lynch, B. M., S. Mahmood, dan T. Boyle. 2017. *Sedentary Behaviour and Cancer*. 2017.

Monroe, B., dan A. A. M. Singap. 1995. *Role of the Social Worker in*

- Palliative Care. National Library of Medicine.* 23 (2). 252.
- Musfikkirohman., A. Rahmawati. 2014. Pelayanan Sosial Pekerja Sosial Medis di Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Universitas Jember.* 1-8.
- Rahajeng, E., S. Tuminah. 2009. Prevalensi hipertensi dan determinannya di Indoneisa. Pusat Penelitian Biomedis dan Farmasi. Badan Penelitian Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Rachmawati, Praba Diyan, dkk. 2013. Pengembangan *Palliative Community Health Nursing (PCHN)* untuk Meningkatkan Kemandirian Keluarga dalam Merawat Penderita Kanker di Rumah. *Jurnal NeRumah Sakit* 8 : 309-316.
- Shavitri, H., E. Faisal, R. Putranto., B. Sampurna. 2020. *Advance Directives* pada Perawatan Paliatif. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia.* 7 (2): 125-127.
- Zimmerman, J., H. I. Dabelko. 2007. Collaborative Models of Patient Care: New Opportunities for Hospital Social WorkeRumah Sakit *Social Work in Health Care.* 44(4). 33-47.

Buku Terbitan Lembaga/Badan/Organisasi

- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Penyakit Tidak Menular.* Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2011.* Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar.* Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Pedoman Nasional Program Paliatif Kanker. Katalog dan Terbitan Kementerian Kesehatan RI: Jakarta.
- World Health Organization.* 2007. Cancer Control Knowledge into Action Palliative Care. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: Switzerland.

Internet:

RSUD dr. Soetomo Surabaya. rsudrsoetomo.jatimprov.go.id. Diakses pada
25 April 2019 pukul 19.30.



LAMPIRAN

Lampiran A. Information for Concern dan Pedoman Wawancara

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMOJl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501111
SURABAYA 60286**Penjelasan Untuk Mendapatkan Persetujuan (Information for Consent) untuk Pekerja Sosial Medis****Judul Penelitian:****PRAKTIK PEKERJA SOSIAL MEDIS DALAM PERAWATAN PALIATIF (STUDI KASUS RUMAH SAKIT DR. SOETOMO SURABAYA)**

Bapak/Ibu/Saudara yang kami hormati, saya Mahasiswa Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember berencana untuk melakukan penelitian dengan judul tersebut di atas.

Tim Peneliti Terdiri Dari:

1. Dr. Wiwiek Indriyani Maskoep, dr., Sp.PD., FINASIM
2. Agustina Konginan, dr. Sp.KJ.(K)
3. Misnia Septa Andiana

Latar Belakang Penelitian:

Manusia sebagai makhluk sosial senantiasa mengalami dinamika dan perubahan dari waktu ke waktu di segala aspek kehidupan. Begitu pula pada aspek kesehatan, masyarakat semakin menyadari bahwa paradigma sehat bukan hanya tentang fisik dan psikis saja. Paradigma tersebut saat ini bergeser, masyarakat percaya bahwa kesehatan adalah kondisi yang dipengaruhi oleh berbagai faktor dan lintas sektoral. Tidak dapat dipungkiri bahwa ada korelasi antara derajat kesejahteraan masyarakat dengan derajat kesehatannya. Semakin baik aspek kesehatannya, semakin baik pula kualitas kesejahteraan hidupnya. Selain pergeseran paradigma di atas, salah satu masalah baru di bidang kesehatan adalah adanya transisi epidemiologi di Indonesia. Pada dasarnya, transisi epidemiologi dapat ditandai dengan berubahnya pola kematian yang didominasi oleh penyakit non infeksi (*non-communicable disease*) atau penyakit tidak menular (Pusdatin Kemenkes, 2012: 1).

Pergeseran pola penyakit yang didukung dengan data di atas membawa implikasi bahwa pelayanan kesehatan haruslah lebih menyeluruh dari preventif, kuratif, promotif, rehabilitatif, dan paliatif. Baik dari segi biologi, psikologi, sosial, kultural, maupun spiritual. Hal ini disebabkan karena transisi epidemiologi paralel sangat dipengaruhi oleh pola hidup, lingkungan, tingkat ekonomi, dan tingkat pendidikan. Ditambah dengan penyakit yang memiliki keparahan tertentu, stadium lanjut atau terminal sangat berpengaruh pada kualitas hidup pasien dan keluarganya.

Pasien dengan penyakit terminal membutuhkan pelayanan kesehatan yang holistik. Penanganan pada bagian medis di rumah sakit tentu dilakukan oleh tim medis (dokter, perawat, gizi, farmasi). Sedangkan penanganan di bidang non medis dapat ditangani oleh salah satu profesi yaitu Pekerja Sosial Medis sebagai salah satu anggota tim medis rumah sakit tersebut.

Pekerja Sosial Medis memiliki peran dan fungsi yang penting bagi bidang kesehatan, karena Pekerja Sosial Medis berperan dalam membantu atau mengatasi masalah sosial yang dihadapi oleh pasien dan keluarganya selama menerima perawatan di Rumah Sakit. Selain

itu, pekerja sosial juga turut membantu dokter di dalam mengadakan pengobatan. Tentu saja bukan dalam bidang medis. Hal ini dilakukan dengan asesmen serta memberikan data-data yang diperlukan mengenai keadaan sosial dan lingkungan pasien. Artinya, dalam melakukan pelayanan kesehatan, perlu diperhatikan pula aspek sosial pasien. Lingkungan sosial pasien dapat menjadi sumber penyembuhan bagi pasien, namun juga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi penyakit pasien. Sehingga kajian tentang pelayanan kesehatan idealnya juga memperhatikan berbagai aspek secara menyeluruh (holistik).

Rumah Sakit Dr. Soetomo merupakan rumah sakit yang memiliki pekerja sosial medis di Jawa Timur. Rumah sakit tersebut juga memiliki pelayanan paliatif yang memadai. Dengan pertimbangan di atas, maka sangat menarik untuk digali dimana posisi pekerja sosial medis dan bagaimana bentuk intervensinya di dalam pelayanan yang diberikan oleh instalasi paliatif di Rumah Sakit dr. Soetomo. Praktik pekerjaan sosial di bidang medis telah dilindungi dengan payung hukum yang jelas. Yaitu dalam kalimat "Pelaksana perawatan paliatif adalah tenaga kesehatan, pekerja sosial, rohaniawan, keluarga, relawan" (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812/Menkes/SK/VII/2007). Selain itu, dalam kalimat tersebut juga menjelaskan bagaimana pentingnya lingkungan sosial pasien (keluarga) dalam pelaksanaan perawatan paliatif. Untuk dapat menyiapkan keluarga dan lingkungan sosial pasien yang dapat mengakselerasi kesembuhan pasien, maka diperlukan intervensi pekerja sosial medis. Dengan jumlah yang sangat sedikit, bagaimana cara pekerja sosial medis dapat meng-cover peran dari 12 orang di Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya sebagai rumah sakit tipe A. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 9873 Tahun 1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit dimana salah satu isinya adalah mengenai jumlah pekerja sosial medis yang harus dipenuhi oleh Rumah Sakit (Figur 1.3), Maka dari itu, penelitian ini menjadi penting karena untuk dapat mengetahui bagaimana intervensi pekerja sosial medis dalam pelayanan paliatif di Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya dengan jumlah pekerja sosial medis yang jauh dari apa yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Tujuan Penelitian:

Dari kebutuhan akan pemahaman praktik pekerja sosial medis, dan berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini adalah sebagai untuk mengetahui dan memahami Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif (Studi Kasus Praktik Pekerja Sosial Medis di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya).

Manfaat Yang Bapak/Ibu/Saudara Dapatkan Dengan Ikut Serta Dalam Penelitian Ini:

Dengan ikut serta dalam penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara ikut berperan dalam menggambarkan teknik sebagai model praktik dan intervensi pekerja sosial medis dengan hasil yang nanti dapat diterapkan sebagai bahan pembelajaran terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan yang holistik oleh pekerja sosial medis. Khususnya dalam menangani pasien dengan kondisi tertentu. Hasil dari penelitian ini idealnya akan menggambarkan model pelayanan pekerja sosial medis dalam perawatan paliatif. Dengan adanya model yang konteks dengan keadaan dilapangan, diharapkan akan terbentuk sebuah model yang memang benar-benar efektif dan efisien. Sehingga pelayanan kesehatan lebih paripurna, holistik dan membuat pasien dapat berfungsi sosial kembali. Tidak ada proses justifikasi terhadap pelayanan yang anda berikan. Peneliti hanya akan melihat bagaimana proses pelayanan anda kepada pasien terminal dan penanganan masalah sosial yang anda berikan.

Resiko Apa Yang Mungkin Bapak/Ibu/Saudara Alami Jika Ikut Serta Dalam Penelitian Ini:

Jika Bapak/Ibu/Saudara ikut serta dalam penelitian ini, tidak terdapat resiko berarti terkait kegiatan pelayanan tim medis. Namun tim medis tetap bertanggung jawab memantau kegiatan penelitian, karena informan merupakan subjek yang memiliki resiko tinggi (penyakit terminal).

Prosedur Yang Akan Bapak/Ibu/Saudara Alami Jika Ikut Dalam Penelitian:

1. Bapak/Ibu/Saudara akan mendapatkan penjelasan tentang penelitian ini.
2. Jika Bapak/Ibu/Saudara berkenan ikut serta dalam penelitian, Anda akan diminta secara sukarela menandatangani lembar persetujuan ikut serta dalam penelitian.
3. Informan penelitian akan dipilih secara purposive (sengaja). Penelitian ini menggunakan teknik *purposive* dalam penentuan informan. Informan berdasarkan hasil kajian dari peneliti.
4. Selanjutnya akan dilakukan observasi dan wawancara.
5. Terdapat proses perekaman suara dan pengambilan foto sebagai dokumentasi peneliti.
6. Pemusnahan hasil dokumentasi berupa *taping voice* akan dilakukan ketika penelitian telah selesai dilakukan (Data perekaman suara akan dimusnahkan setelah 2 bulan dihitung dari tanggal pengambilan data).
7. Pemusnahan dilakukan di bawah pengawasan pembimbing klinis dan pihak RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Jaminan Kerahasiaan:

Peneliti akan memberikan penjelasan pula bahwa penguraian hasil penelitian akan menyebut inisial subjek dalam semua data dan publikasi serta adanya jaminan lama waktu data rekaman suara disimpan peneliti dan prosedur pemusnahannya. Lama penyimpanan data rekaman suara yaitu selama dua bulan dan prosedur pemusnahan dilakukan di bawah pengawasan pembimbing klinis.

Hak Untuk Menolak Menjadi Subjek Penelitian:

Anda berhak untuk menolak menjadi subjek penelitian ini, karena keikutsertaan Anda berdasarkan atas kesukarelaan. Tidak ada pihak manapun termasuk peneliti yang akan memaksakan keikutsertaan Anda. Walaupun Anda menolak untuk menjadi subjek penelitian, tidak akan berpengaruh terhadap profesi ibu.

Hak Dan Kewajiban Sebagai Subjek Penelitian:

Sebagai subjek penelitian, Bapak/Ibu/Saudara berhak untuk mendapatkan informasi yang sejujur-jujurnya dari tim peneliti. Kewajiban sebagai subjek penelitian adalah memberikan informasi sebenar-benarnya terkait pertanyaan yang diberikan oleh peneliti, berpartisipasi

dengan sukarela, dan turut serta membantu kelancaran proses penelitian.

Hak Untuk Mengundurkan Diri:

Keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini dilakukan secara sukarela. Anda dapat sewaktu-waktu mengundurkan diri dari penelitian ini dengan alasan apapun dan tidak akan mendapatkan sanksi, denda, ataupun kehilangan manfaat lainnya. Walaupun Anda mengundurkan diri, hal tersebut tidak akan mempengaruhi kinerja dan profesi anda.

Penghentian Penelitian:

Penghentian penelitian dapat dilakukan oleh pihak yang lebih tinggi dengan jabatan anda apabila dirasa penelitian ini berdampak buruk terhadap pelayanan di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Ganti Rugi/Kompensasi Untuk Keikutsertaan Anda Dalam Penelitian Ini:

Walaupun sudah dilakukan semua upaya untuk meminimalkan resiko dalam penelitian ini, selalu masih ada kemungkinan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan. Bilamana hal itu terjadi, maka tim peneliti akan menangani semua kejadian yang terkait dengan penelitian ini sesuai prosedur dan standar yang berlaku di RSUD Dr. Soetomo sampai Anda dinyatakan pulih. Tim peneliti akan memberikan kompensasi yang wajar sebagai ungkapan rasa terimakasih atas keikutsertaan Anda dalam penelitian ini.

Kontak Yang Bisa Dihubungi Setiap Saat:

Sebagai subjek penelitian, Anda dapat sewaktu-waktu mengajukan pertanyaan, dan mendapatkan informasi dengan menghubungi tim peneliti. Nomor kontak yang dapat dihubungi sewaktu-waktu adalah:

1. Peneliti 2 HP: 0812 1654 6504.

Surabaya, 2020

Yang menerima penjelasan

Yang memberi penjelasan

(.....)

(.....)

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

INSTRUMEN PENELITIAN

LEMBAR WAWANCARA

Lembar Instrumen Pekerja Sosial Medis

Tanggal Wawancara :

Identitas

Nama :

Usia :

Alamat :

Pendidikan :

Pertanyaan :

1. Berapa lama menjadi pekerja sosial medis di Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya?
2. Apa peran saudara dalam instalasi paliatif?
3. Adakah kendala yang saudara hadapi ketika melakukan intervensi sosial kepada pasien?
4. Apakah pada saat melakukan pendampingan, adakah kriteria khusus untuk pasien yang didampingi (jenis penyakit)?
5. Adakah metode pendekatan khusus saat menangani pasien, jika ada bagaimana?
6. Bagaimana bentuk penerimaan/keadilan terhadap pasien?
7. Apakah dalam pelayanan saudara melibatkan keluarga pasien?
8. Bagaimana metode pelayanan dalam bidang penanganan masalah sosial-ekonomi pasien dan keluarga pasien?
9. Apa saja program sosial medis yang diberikan?
10. Apakah saudara menjembatani dalam proses kelengkapan administrasi pasien?
11. Bagaimana pola koordinasi dan sinergi saudara dengan tenaga medis di rumah sakit?
12. Adakah proses evaluasi dan pengembangan program terkait pelayanan sosial medis di instalasi paliatif?
13. Apakah ibu menjelaskan dan melaporkan perkembangan pasien kepada tenaga medis dan keluarga pasien?



**PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO**

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501111
SURABAYA 60286



Penjelasan Untuk Mendapatkan Persetujuan (Information for Consent) untuk Pasien dan Keluarga Pasien

Judul Penelitian:

PRAKTIK PEKERJA SOSIAL MEDIS DALAM PERAWATAN PALIATIF (STUDI KASUS RUMAH SAKIT DR. SOETOMO SURABAYA)

Bapak/Ibu/Saudara yang kami hormati, saya Mahasiswa Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember berencana untuk melakukan penelitian dengan judul tersebut di atas.

Tim Peneliti Terdiri Dari:

1. Dr. Wiwiek Indriyani Maskoep, dr., Sp.PD., FINASIM
2. Agustina Konginan, dr. Sp.KJ.(K)
3. Misnia Septa Andiana

Latar Belakang Penelitian:

Pasien dengan kebutuhan penanganan yang khusus dan holistik tersebut, biasanya dirawat di instalasi paliatif. Dalam proses pelayanan selain pelayanan medis, pasien akan diberikan pelayanan di bidang non medis. Pelayanan tersebut terkait pelayanan psiko sosial, kultural dan spiritual. Layanan paliatif diberikan secara menyeluruh dan terpadu terhadap aspek aspek tersebut di atas, sehingga diharapkan dapat meringankan pasien dan beban keluarga. Dalam instalasi paliatif, salah satu profesi yang memiliki kompetensi untuk melakukan intervensi dan pelayanan adalah Pekerja Sosial Medis.

Pekerja Sosial Medis memiliki peran dan fungsi yang penting bagi bidang kesehatan, karena Pekerja Sosial Medis berperan dalam membantu atau mengatasi masalah sosial yang dihadapi oleh pasien dan keluarganya selama menerima perawatan di Rumah Sakit. Selain itu, pekerja sosial juga turut membantu dokter di dalam pelayanan paliatif. Tentu saja bukan dalam bidang medis. Hal ini dilakukan dengan asesmen serta memberikan data-data yang diperlukan mengenai keadaan sosial dan lingkungan pasien. Artinya, dalam melakukan pelayanan kesehatan, perlu diperhatikan pula aspek sosial pasien. Lingkungan sosial pasien dapat menjadi sumber penyembuhan bagi pasien, namun juga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi penyakit pasien. Sehingga kajian tentang pelayanan kesehatan idealnya juga memperhatikan berbagai aspek secara menyeluruh (holistik).

Tujuan Penelitian:

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan memahami Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif (Studi Kasus Praktik Pekerja Sosial Medis di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya).

Manfaat Yang Bapak/Ibu/Saudara Dapatkan Dengan Ikut Serta Dalam Penelitian Ini:

Dalam pelayanan paliatif, masalah yang dialami pasien terminal bukan hanya merupakan masalah fisik (biologis) saja. Pasien juga mengalami masalah lain yang juga harus ditangani, khususnya masalah terkait psikologi, sosial, kultural dan spiritual. Dukungan yang diberikan oleh lingkungan sosial pasien juga menjadi pertimbangan tersendiri untuk dapat mengakselerasi kesembuhan pasien dengan penyakit terminal, dengan lingkungan sosial yang sehat, pasien diharapkan dapat menemukan sumber pengobatan selain di bidang medis. Hal ini dikarenakan lingkungan sosial yang sehat dan positif akan membawa sugesti dan motivasi positif bagi pasien untuk dapat bertahan dan bahkan sembuh, sehingga dirasa perlu untuk mengetahui bagaimana intervensi pekerja sosial medis dalam menangani pasien di Instalasi Paliatif Rumah Sakit dr. Soetomo dalam bidang sosial-ekonomi dan sosial-budaya sehingga dapat membantu pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang holistik dan paripurna yang kemudian dapat memperbaiki derajat kesejahteraan sosial pasien. Sedangkan manfaat secara langsung yang diterima pasien adalah pasien akan lebih memahami peran dan fungsi pekerja sosial medis, sehingga dapat lebih memaksimalkan pelayanan yang di dapat.

Resiko Apa Yang Mungkin Bapak/Ibu/Saudara Alami Jika Ikut Serta Dalam Penelitian Ini:

Jika Bapak/Ibu/Saudara ikut serta dalam penelitian ini, maka terdapat beberapa kemungkinan resiko antara lain, rasa terganggu terhadap kegiatan penelitian, serta tidak menutup kemungkinan timbulnya rasa sakit karena penyakit yang bapak/ibu derita. Jika Bapak/Ibu/Saudara ikut serta dalam penelitian ini dan terjadi resiko yang berasal dari hal-hal yang tidak terduga, maka akan diberikan penanganan sesuai prosedur oleh tim medis. Untuk semakin memperkecil resiko, penelitian ini akan diawasi oleh dokter yang bertanggungjawab terhadap pasien, pekerja sosial medis, serta proses pengumpulan data kepada pasien akan dilakukan oleh dokter spesialis jiwa yang telah ditunjuk.

Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Notoatmodjo, 2002) yaitu :

- 1) Pasien yang mendapat intervensi dari pekerja sosial.
- 2) Pasien telah berusia di atas 21 tahun.
- 3) Pasien telah direkomendasikan untuk mendapat pelayanan dari pekerja sosial medis oleh dokter yang menangani pasien di instalasi paliatif paliatif.
- 4) Bersedia menjadi informan.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2002).

- 1) Kriteria eksklusi penelitian ini adalah pasien yang berusia di bawah 21 tahun.
- 2) Pasien yang tidak direkomendasikan oleh dokter yang menangani pasien di instalasi paliatif.

Prosedur Yang Akan Bapak/Ibu/Saudara Alami Jika Ikut Dalam Penelitian:

1. Bapak/Ibu/Saudara akan mendapatkan penjelasan tentang penelitian ini melalui lisan dan akan mendapat *information consent* serta poster yang terkait dengan penelitian.
2. Jika Bapak/Ibu/Saudara berkenan ikut serta dalam penelitian, Bapak/ibu akan diminta secara sukarela menandatangani lembar persetujuan ikut serta dalam penelitian.
3. Informan penelitian akan dipilih secara purposive (sengaja). Penelitian ini menggunakan teknik *purposive* dalam penentuan informan. Informan dipilih berdasarkan rekomendasi dari Dokter dan Pekerja Sosial Medis, serta berdasarkan hasil kajian dari peneliti.
4. Pada saat penelitian, sebelum dilakukan wawancara dan observasi, peneliti akan melakukan penilaian terkait kondisi pasien bersama tim peneliti dan pekerja sosial, serta penelian terhadap keluarga pasien yang mungkin akan turut dilibatkan dalam penelitian.
5. Selanjutnya akan dilakukan observasi oleh peneliti dan wawancara ketika dirasa keadaan memang memungkinkan
6. Wawancara akan dilakukan oleh Dokter Spesialis Jiwa yang memang telah ditunjuk sebagai pembimbing klinis, serta didampingi oleh peneliti.
7. Terdapat proses perekaman suara dan pengambilan foto sebagai dokumentasi peneliti.
8. Pemusnahan hasil dokumentasi berupa *taping voice* akan dilakukan ketika penelitian telah selesai dilakukan (Data perekaman suara akan dimusnahkan setelah 2 bulan dihitung dari tanggal pengambilan data).
9. Pemusnahan dilakukan di bawah pengawasan pembimbing klinis dan pihak RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Jaminan Kerahasiaan:

Peneliti akan menjelaskan terlebih dahulu gambaran dari penelitian yang dilakukan secara umum. Kemudian menayakan dengan sangat hati-hati apakah subjek penelitian mau untuk dipublikasikan atau tidak terkait identitasnya dan permasalahannya. Jika menolak maka peneliti tidak akan melakukan proses penelitian kepada saudara. Peneliti akan memberikan penjelasan pula bahwa penguraian hasil penelitian akan menyebut inisial subjek dalam semua data dan publikasi serta adanya jaminan lama waktu data rekaman suara disimpan peneliti dan prosedur pemusnahannya. Lama penyimpanan data rekaman suara yaitu selama dua bulan dan prosedur pemusnahan dilakukan di bawah pengawasan pembimbing klinis.

Hak Untuk Menolak Menjadi Subjek Penelitian:

Anda berhak untuk menolak menjadi subjek penelitian ini, karena keikutsertaan Anda berdasarkan atas kesukarelaan. Tidak ada pihak manapun termasuk peneliti yang akan memaksakan keikutsertaan Anda. Walaupun Anda menolak untuk menjadi subjek penelitian, tim peneliti menjamin bahwa pelayanan yang Anda terima sebagai pasien tidak akan dibedakan dengan pasien lainnya, dan Anda tetap akan mendapatkan pelayanan sebagaimana mestinya sesuai indikasi.

Hak Dan Kewajiban Sebagai Subjek Penelitian:

Anda berhak untuk menolak menjadi subjek penelitian ini, karena keikutsertaan Anda berdasarkan atas kesukarelaan. Tidak ada pihak manapun termasuk peneliti yang akan memaksakan keikutsertaan Anda. Walaupun Anda menolak untuk menjadi subjek penelitian, tim peneliti menjamin bahwa pelayanan yang Anda terima sebagai pasien tidak akan dibedakan dengan pasien lainnya, dan Anda tetap akan mendapatkan pelayanan sebagaimana mestinya sesuai indikasi.

Hak Untuk Mengundurkan Diri:

Keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini dilakukan secara sukarela. Anda dapat sewaktu-waktu mengundurkan diri dari penelitian ini dengan alasan apapun dan tidak akan mendapatkan sanksi, denda, ataupun kehilangan manfaat lainnya. Walaupun Anda mengundurkan diri, hal tersebut tidak akan mempengaruhi hubungan Anda dengan dokter Anda yang akan menawarkan pilihan pengobatan lainnya. Anda tetap akan mendapatkan pelayanan standar sebagaimana mestinya sesuai indikasi.

Penghentian Penelitian:

Dokter Anda dapat menghentikan penelitian ini dengan ataupun tanpa persetujuan Anda, dengan berbagai pertimbangan. Dokter Anda dapat memutuskan untuk menghentikan keikutsertaan Anda dalam penelitian ini jika berdasarkan pertimbangannya penelitian ini dapat membahayakan Anda, atau jika Anda mengalami perburukan kondisi, atau timbulnya efek samping yang dianggap lebih besar daripada manfaat dari perlakuan yang diberikan dalam penelitian ini.

Ganti Rugi/Kompensasi Untuk Keikutsertaan Anda Dalam Penelitian Ini:

Walaupun sudah dilakukan semua upaya untuk meminimalkan resiko dalam penelitian ini, selalu masih ada kemungkinan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan. Bilamana hal itu terjadi, maka tim peneliti akan menangani semua kejadian yang terkait dengan penelitian ini sesuai prosedur dan standar yang berlaku di RSUD Dr. Soetomo sampai Anda dinyatakan pulih. Tim peneliti akan memberikan kompensasi yang wajar sebagai ungkapan rasa terimakasih atas keikutsertaan Anda dalam penelitian ini.

Kontak Yang Bisa Dihubungi Setiap Saat:

Sebagai subjek penelitian, Anda dapat sewaktu-waktu mengajukan pertanyaan, dan mendapatkan informasi dengan menghubungi tim peneliti. Nomor kontak yang dapat dihubungi sewaktu-waktu adalah:

1. Peneliti 2 HP: 0812 1654 6504.

Surabaya, 2020

Yang menerima penjelasan

Yang memberi penjelasan

(.....)

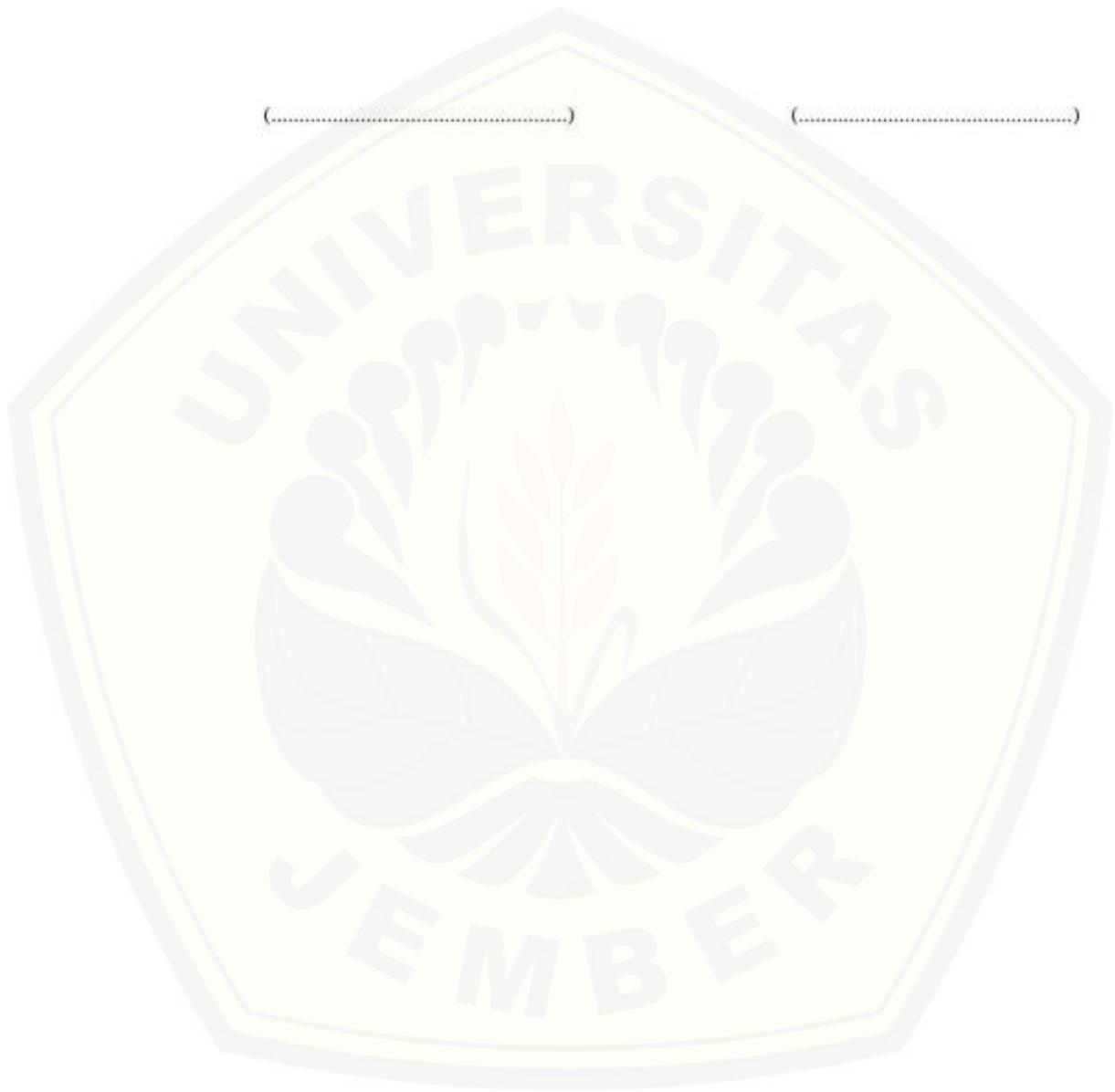
(.....)

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)



INSTRUMEN PENELITIAN

LEMBAR WAWANCARA

Lembar Instrumen Wawancara Keluarga Pasien

Tanggal Wawancara :

Identitas

Nama :

Usia :

Alamat :

Pendidikan :

Hubungan dengan pasien :

Pertanyaan :

1. Berapa lama didampingi pekerja sosial medis?
2. Apakah saudara merasa diterima oleh pekerja sosial medis?
3. Bagaimana pekerja sosial medis dalam menangani permasalahan sosial-ekonomi bapak/ibu?
4. Apa bentuk pelayanan sosial yang diberikan oleh pekerja sosial medis kepada saudara sebagai keluarga pasien?
5. Apakah pekerja sosial medis juga membantu dalam proses administrasi rumah sakit?
6. Apakah pekerja sosial medis selalu berdiskusi dengan saudara terkait pelayanan terhadap pasien dan kondisi pasien?
7. Bagaimana perasaan saudara ketika didampingi pekerja sosial medis?
8. Apakah anda merasa ada kontribusi pekerja sosial medis dalam proses penyembuhan pasien?
9. Berapa kali intensitas pertemuan pekerja sosial medis dengan saudara, selama pasien dirawat di instalasi paliatif?

INSTRUMEN PENELITIAN

LEMBAR WAWANCARA

Lembar Instrumen Wawancara Pasien

Tanggal Wawancara :

Identitas

Nama :

Usia :

Alamat :

Pendidikan :

Pertanyaan:

1. Berapa Lama didampingi pekerja sosial medis?
2. Apakah saudara merasa diterima oleh pekerja sosial medis?
3. Bagaimana pekerja sosial medis dalam menganalisa masalah sosial ekonomi saudara?
4. Apa bentuk pelayanan sosial yang diberikan oleh pekerja sosial medis kepada saudara?
5. Apakah pekerja sosial medis juga membantu dalam proses administrasi rumah sakit?
6. Apakah pekerja sosial medis selalu berdiskusi dengan keluarga saudara?
7. Bagaimana perasaan saudara ketika didampingi pekerja sosial medis?
8. Apakah anda merasa ada kontribusi pekerja sosial medis dalam proses penyembuhan saudara?
9. Berapa kali intensitas pertemuan pekerja sosial medis dengan saudara selama dirawat di instalasi paliatif?



**PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO**

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501111
SURABAYA 60286



Penjelasan Untuk Mendapatkan Persetujuan (Information for Consent) untuk Tim Medis

Judul Penelitian:

PRAKTIK PEKERJA SOSIAL MEDIS DALAM PERAWATAN PALIATIF (STUDI KASUS RUMAH SAKIT DR. SOETOMO SURABAYA)

Bapak/Ibu/Saudara yang kami hormati, saya Mahasiswa Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember berencana untuk melakukan penelitian dengan judul tersebut di atas.

Tim Peneliti Terdiri Dari:

1. Dr. Wiwiek Indriyani Maskoep, dr., Sp.PD., FINASIM
2. Agustina Konginan, dr. Sp.KJ.(K)
3. Misnia Septa Andiana

Latar Belakang Penelitian:

Manusia sebagai makhluk sosial senantiasa mengalami dinamika dan perubahan dari waktu ke waktu di segala aspek kehidupan. Begitu pula pada aspek kesehatan, masyarakat semakin menyadari bahwa paradigma sehat bukan hanya tentang fisik dan psikis saja. Paradigma tersebut saat ini bergeser, masyarakat percaya bahwa kesehatan adalah kondisi yang dipengaruhi oleh berbagai faktor dan lintas sektoral. Tidak dapat dipungkiri bahwa ada korelasi antara derajat kesejahteraan masyarakat dengan derajat kesehatannya. Semakin baik aspek kesehatannya, semakin baik pula kualitas kesejahteraan hidupnya. Selain pergeseran paradigma di atas, salah satu masalah baru di bidang kesehatan adalah adanya transisi epidemiologi di Indonesia. Pada dasarnya, transisi epidemiologi dapat ditandai dengan berubahnya pola kematian yang didominasi oleh penyakit non infeksi (non-communicable disease) atau penyakit tidak menular (Pusdatin Kemenkes, 2012: 1).

Pergeseran pola penyakit yang didukung dengan data di atas membawa implikasi bahwa pelayanan kesehatan haruslah lebih menyeluruh dari preventif, kuratif, promotif, rehabilitatif, dan paliatif. Baik dari segi biologi, psikologi, sosial, kultural, maupun spiritual. Hal ini disebabkan karena transisi epidemiologi paralel sangat dipengaruhi oleh pola hidup, lingkungan, tingkat ekonomi, dan tingkat pendidikan. Ditambah dengan penyakit yang memiliki keparahan tertentu, stadium lanjut atau terminal sangat berpengaruh pada kualitas hidup pasien dan keluarganya.

Pasien dengan penyakit terminal membutuhkan pelayanan kesehatan yang holistik. Penanganan pada bagian medis di rumah sakit tentu dilakukan oleh tim medis (dokter, perawat, gizi, farmasi). Sedangkan penanganan di bidang non medis dapat ditangani oleh salah satu profesi yaitu Pekerja Sosial Medis sebagai salah satu anggota tim medis rumah sakit tersebut.

Pekerja Sosial Medis memiliki peran dan fungsi yang penting bagi bidang kesehatan, karena Pekerja Sosial Medis berperan dalam membantu atau mengatasi masalah sosial yang dihadapi oleh pasien dan keluarganya selama menerima perawatan di Rumah Sakit. Selain

itu, pekerja sosial juga turut membantu dokter di dalam mengadakan pengobatan. Tentu saja bukan dalam bidang medis. Hal ini dilakukan dengan asesmen serta memberikan data-data yang diperlukan mengenai keadaan sosial dan lingkungan pasien. Artinya, dalam melakukan pelayanan kesehatan, perlu diperhatikan pula aspek sosial pasien. Lingkungan sosial pasien dapat menjadi sumber penyembuhan bagi pasien, namun juga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi penyakit pasien. Sehingga kajian tentang pelayanan kesehatan idealnya juga memperhatikan berbagai aspek secara menyeluruh (holistik).

Rumah Sakit Dr. Soetomo merupakan rumah sakit yang memiliki pekerja sosial medis di Jawa Timur. Rumah sakit tersebut juga memiliki pelayanan paliatif yang memadai. Dengan pertimbangan di atas, maka sangat menarik untuk digali dimana posisi pekerja sosial medis dan bagaimana bentuk intervensinya di dalam pelayanan yang diberikan oleh instalasi paliatif di Rumah Sakit dr. Soetomo. Praktik pekerjaan sosial di bidang medis telah dilindungi dengan payung hukum yang jelas. Yaitu dalam kalimat "Pelaksana perawatan paliatif adalah tenaga kesehatan, pekerja sosial, rohaniawan, keluarga, relawan" (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812/Menkes/SK/VII/2007). Selain itu, dalam kalimat tersebut juga menjelaskan bagaimana pentingnya lingkungan sosial pasien (keluarga) dalam pelaksanaan perawatan paliatif. Untuk dapat menyiapkan keluarga dan lingkungan sosial pasien yang dapat mengakselerasi kesembuhan pasien, maka diperlukan intervensi pekerja sosial medis. Dengan jumlah yang sangat sedikit, bagaimana cara pekerja sosial medis dapat meng-cover peran dari 12 orang di Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya sebagai rumah sakit tipe A. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 9873 Tahun 1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit dimana salah satu isinya adalah mengenai jumlah pekerja sosial medis yang harus dipenuhi oleh Rumah Sakit (Figur 1.3), Maka dari itu, penelitian ini menjadi penting karena untuk dapat mengetahui bagaimana intervensi pekerja sosial medis dalam pelayanan paliatif di Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya dengan jumlah pekerja sosial medis yang jauh dari apa yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Tujuan Penelitian:

Dari kebutuhan akan pemahaman praktik pekerja sosial medis, maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan memahami Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif (Studi Kasus Praktik Pekerja Sosial Medis di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya).

Manfaat Yang Bapak/Ibu/Saudara Dapatkan Dengan Ikut Serta Dalam Penelitian Ini:

Dengan ikut serta dalam penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara ikut berperan dalam menggambarkan teknik sebagai model praktik dan intervensi pekerja sosial medis dengan hasil yang nanti dapat diterapkan sebagai bahan pembelajaran terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan yang holistik oleh pekerja sosial medis. Khususnya dalam menangani pasien dengan kondisi tertentu. Hasil dari penelitian ini idealnya akan menggambarkan model pelayanan pekerja sosial medis dalam perawatan paliatif. Dengan adanya model yang konteks dengan keadaan dilapangan, diharapkan akan terbentuk sebuah model yang memang benar-benar efektif dan efisien. Sehingga pelayanan kesehatan lebih paripurna, holistik dan membuat pasien dapat berfungsi sosial kembali.

Resiko Apa Yang Mungkin Bapak/Ibu/Saudara Alami Jika Ikut Serta Dalam Penelitian Ini:

Jika Bapak/Ibu/Saudara ikut serta dalam penelitian ini, tidak terdapat resiko berarti terkait kegiatan pelayanan tim medis. Namun tim medis tetap bertanggung jawab memantau kegiatan penelitian, karena informan merupakan subjek yang memiliki resiko tinggi (penyakit terminal).

Prosedur Yang Akan Bapak/Ibu/Saudara Alami Jika Ikut Dalam Penelitian:

1. Bapak/Ibu/Saudara akan mendapatkan penjelasan tentang penelitian ini.
2. Jika Bapak/Ibu/Saudara berkenan ikut serta dalam penelitian, Anda akan diminta secara sukarela menandatangani lembar persetujuan ikut serta dalam penelitian.
3. Informan penelitian akan dipilih secara purposive (sengaja). Penelitian ini menggunakan teknik *purposive* dalam penentuan informan. Informan dipilih berdasarkan rekomendasi dari Dokter dan Pekerja Sosial Medis, serta berdasarkan hasil kajian dari peneliti.
4. Pada saat penelitian, sebelum dilakukan wawancara dan observasi, peneliti akan melakukan penilaian terkait kondisi pasien serta penilaian terhadap keluarga pasien yang mungkin akan turut dilibatkan dalam penelitian.
5. Selanjutnya akan dilakukan observasi dan wawancara.
6. Terdapat proses perekaman suara dan pengambilan foto sebagai dokumentasi peneliti.
7. Pemusnahan hasil dokumentasi berupa *taping voice* akan dilakukan ketika penelitian telah selesai dilakukan (Data perekaman suara akan dimusnahkan setelah 2 bulan dihitung dari tanggal pengambilan data).
8. Pemusnahan dilakukan di bawah pengawasan pembimbing klinis dan pihak RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Jaminan Kerahasiaan:

Peneliti akan menjelaskan terlebih dahulu gambaran dari penelitian yang dilakukan secara umum. Peneliti akan memberikan penjelasan pula bahwa penguraian hasil penelitian akan menyebut inisial subjek dalam semua data dan publikasi serta adanya jaminan lama waktu data rekaman suara disimpan peneliti dan prosedur pemusnahannya. Lama penyimpanan data rekaman suara yaitu selama dua bulan dan prosedur pemusnahan dilakukan di bawah pengawasan pembimbing klinis.

Hak Untuk Menolak Menjadi Subjek Penelitian:

Anda berhak untuk menolak menjadi subjek penelitian ini, karena keikutsertaan Anda berdasarkan atas kesukarelaan. Tidak ada pihak manapun termasuk peneliti yang akan memaksakan keikutsertaan Anda. Walaupun Anda menolak untuk menjadi subjek penelitian, tim peneliti menjamin bahwa hal tersebut tidak akan mengganggu profesi Bapak/Ibu.

Hak Dan Kewajiban Sebagai Subjek Penelitian:

Sebagai subjek penelitian, Bapak/Ibu/Saudara berhak untuk mendapatkan informasi yang sejujur-jujurnya dari tim peneliti. Kewajiban sebagai subjek penelitian adalah memberikan informasi sebenar-benarnya terkait pertanyaan yang diberikan oleh peneliti, berpartisipasi dengan sukarela, dan turut serta membantu kelancaran proses penelitian.

Hak Untuk Mengundurkan Diri:

Keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini dilakukan secara sukarela. Anda dapat sewaktu-waktu mengundurkan diri dari penelitian ini dengan alasan apapun dan tidak akan mendapatkan sanksi, denda, ataupun kehilangan manfaat lainnya. Walaupun Anda mengundurkan diri, hal tersebut tidak akan mempengaruhi kinerja anda sebagai tim medis.

Penghentian Penelitian:

Penghentian penelitian dapat dilakukan oleh pihak yang lebih tinggi dengan jabatan anda apabila dirasa penelitian ini berdampak buruk terhadap pelayanan di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Ganti Rugi/Kompensasi Untuk Keikutsertaan Anda Dalam Penelitian Ini:

Walaupun sudah dilakukan semua upaya untuk meminimalkan resiko dalam penelitian ini, selalu masih ada kemungkinan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan. Bilamana hal itu terjadi, maka tim peneliti akan menangani semua kejadian yang terkait dengan penelitian ini sesuai prosedur dan standar yang berlaku di RSUD Dr. Soetomo sampai Anda dinyatakan pulih. Tim peneliti akan memberikan kompensasi yang wajar sebagai ungkapan rasa terimakasih atas keikutsertaan Anda dalam penelitian ini (misalnya penggantian uang transport).

Kontak Yang Bisa Dihubungi Setiap Saat:

Sebagai subjek penelitian, Anda dapat sewaktu-waktu mengajukan pertanyaan, dan mendapatkan informasi dengan menghubungi tim peneliti. Nomor kontak yang dapat dihubungi sewaktu-waktu adalah:

1. Peneliti 2 HP: 0812 1654 6504.

Surabaya, 2020

Yang menerima penjelasan

Yang memberi penjelasan

(.....)

(.....)

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

INSTRUMEN PENELITIAN

LEMBAR WAWANCARA

Lembar Instrumen Wawancara Tenaga Medis

Tanggal Wawancara :

Identitas

Nama :

Usia :

Alamat :

Jabatan :

Pertanyaan :

1. Apakah pekerja sosial medis memberikan kontribusi nyata bagi kesembuhan pasien?
2. Bagaimana pola koordinasi antara pekerja sosial medis dengan saudara dan tenaga medis lain?
3. Apa harapan dari tim medis bagi pekerja sosial medis di rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya?
4. Apakah pekerja sosial medis memiliki program khusus dalam pelayanan sosial?
5. Apakah pekerja sosial medis melakukan evaluasi program dan pelayanan?
6. Apakah pekerja sosial medis melakukan pelaporan perkembangan pasien?

Lampiran B. Tabel Analisis Data

KATAGORI	TRANSKRIP WAWANCARA	REDUKSI DATA	DISPLAY DATA
Latar Belakang dan Lama menjadi pekerja sosial medis	<p>“Saya Puji Lestari, Sekolah saya memang dulu di Sekolah Menengah Pekerjaan Sosial dan ada jurusan medis di situ. Tapi hanya berjalan beberapa tahun. Kemudian di tutup. Mungkin karena pengajarnya juga masih kurang. Untuk medisnya juga kurang hanya sebatas guru-guru biasa yang di SMPS. SMPS ini di Jl. Ahmad Yani, Manahan, Solo. Sekarang sudah tidak ada, berubah jadi SMK. Program studinya apa saja di sana sekarang saya juga kurang tau. Dulu itu cuma ada 3 jurusan; pengembangan masyarakat, pengembangan sosial sama satunya medis. Namanya dulu SMPS, tapi awalnya SPSA kemudian di ganti SMPS. SPSA itu kalau tidak salah Sekolah Pendidikan Sosial Atas mungkin. Setara dengan SMA kejuruan. Setelah lulus dari SMPS, untuk ke jenjang lebih tinggi dulu bisa</p>	<p>“Saya Puji Lestari, Sekolah saya memang dulu di Sekolah Menengah Pekerjaan Sosial jurusan Pekerjaan Sosial Medis. Tapi hanya berjalan beberapa tahun. Kemudian di tutup. SMPS ini di Jl. Ahmad Yani, Manahan, Solo. Dulu itu cuma ada 3 jurusan; pengembangan masyarakat, pengembangan sosial sama satunya medis. Namanya dulu SMPS, tapi awalnya SPSA kemudian di ganti SMPS. Pendidikan di SMPS ini 4 tahun, 3 tahun teori, satu tahun praktik. 1 tahun praktik itu dibagi ke 3 instansi; RSUP Dr. Soeharso, Dinas Kesehatan Kota, Rumah Sakit Jiwa” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Saya belajar tentang Bimbingan Sosial Kelompok, Bimbingan Sosial Perorangan, Antropologi, Psikologi, Sosiologi. Ketika praktik di RSUP, saya diarahkan ke RSUD Dr. Soetomo oleh pembimbing. Karena di RSUD Dr. Soetomo itu Rumah Sakit Tipe A yang harus ada Pekerja Sosial Medis.</p>	<p>Informan PL memiliki latar belakang pendidikan Sekolah Menengah Pekerjaan Sosial Solo, Jurusan Pekerjaan Sosial Medis.</p> <p>Mempunyai pengalaman praktik di RSUP Dr. Soeharso. Sebelum di Instalasi Paliatif, berada di Instalasi THT dengan SK sebagai Pekarya Kesehatan. Berpraktik di Instalasi Paliatif dari tahun 2016 hingga sekarnag.</p>

	<p>meneruskan di STKS Bandung. Pendidikan di SMPS ini 4 tahun, 3 tahun teori, satu tahun praktik. 1 tahun praktik itu dibagi ke 3 instansi; RSUP Dr. Soeharso, Dinas Kesehatan Kota, Rumah Sakit Jiwa” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Di sana yang saya pelajari ya Bimbingan Sosial Kelompok, Bimbingan Sosial Perorangan, Antropologi, Psikologi, Sosiologi. Ketika praktik di RSUP itu, oleh pembimbing saya diarahkan ke RSUD Dr. Soetomo. Karena di RSUD Dr. Soetomo itu Rumah Sakit Tipe A yang harus ada Pekerja Sosial Medis. Kemudian saya melamar di sini, saya masukkan di Instalasi Rehabilitasi Medis. Kemudian saya di suruh nunggu, jadi saya tinggal ke Jakarta 1 tahun baru ada panggilan. Tapi tidak di situ, tapi di umum. Kemudian saya mengikuti prosedur tes tulis dan wawancara. Kemudian akhirnya</p>	<p>Kemudian saya melamar di sini, dan saya mengikuti prosedur tes tulis dan wawancara. Kemudian akhirnya saya ditempatkan di ruang THT. Di sini saya tidak sebagai Pekerja Sosial Medis, tapi sebagai pekarya kesehatan yang membantu perawat. Ketika ada pasien yang diantar kemana-kemana saya yang mengantar, termasuk operasi, dan post op, sama seperti perawat shiftnya. Saya di THT dari tahun 1993 sampai 2016 kemarin. Saya ke palitif baru tahun 2016 pertengahan. Saya di sini juga belum ada pengakuan dari rumah sakit jika saya adalah Pekerja Sosial, SK saya masih Pekarya Kesehatan kemudian SK terakhir saya Petugas Pengambil Contoh. Saya pernah diantar dr. Agus ke UPT untuk mengurus SK ini agar menjadi Pekerja Sosial, ternyata saya bisa menjadi pekerja sosial tapi harus ke Departement Sosial” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Menjadi peksos di Instalasi paliatif belum lama, kurang lebih 5 tahun kebelakang” (Informan AAF, 5</p>	
--	--	--	--

	<p>saya ditempatkan di ruang THT. Namun saya tidak sebagai Pekerja Sosial Medis, tapi sebagai pekarya kesehatan biasa yang membantu perawat. Ketika ada pasien yang harus kemana-kemana saya yang antar, termasuk operasi, mengambil post op, sama seperti perawat shiftnya. Saya di THT dari tahun 1993 sampai 2016 kemarin. Saya ke palitaf baru tahun 2016 pertengahan. Saya di sini juga belum ada pengakuan dari rumah sakit jika saya ini Pekerja Sosial, SK saya masih Pekarya Kesehatan kemudian SK terakhir saya Petugas Pengambil Contoh. Tapi saya pernah diantar dr. Agus ke UP untuk mengurus SK ini agar menjadi Pekerja Sosial, ternyata saya bisa menjadi pekerja sosial tapi harus ke Departement Sosial” (Informan PL, 27 Juni 2020).</p> <p>“Saya bergabung di paliatif tahun 2000. Sebelumnya itu sudah ada tapi saya tidak tahu mulai tahun</p>	Agustus 2020).	
--	--	----------------	--

	<p>berapa. Saya tidak pernah melihat secara administratif atau secara resmi jadi anggota paliatif itu sejak tahun berapa. Tapi saya mengetahui pekerja sosial medis bergabung di paliatif sejak saya berada di sini” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Menjadi peksos di sini belum lama kurang lebih 5 tahun kebelakang” (Informan AAF, 5 Agustus 2020).</p>		
<p>Peran Pekerja Sosial Medis di Instalasi Paliatif</p>	<p>“Di instalasi paliatif, jika ada yang bermasalah secara sosial saya yang membantu. Bisa ke sini, bisa ke sini. Contohnya kemarin ada yang membutuhkan kaki palsu, saya yang menguruskan. Lebih tepatnya membantu keluarganya untuk menguruskan. Mereka akan saya antar ke bagian administrasi, saya hubungi dan mengantarkan. Kemudian dari ruang perawat saya yang naikkan pasien ke dokter yang di tuju. Seperti kemarin saya membantu di admin karena ada petugas yang</p>	<p>“Di instalasi paliatif, jika ada yang bermasalah secara sosial saya yang membantu. Contohnya kemarin ada yang membutuhkan kaki palsu, saya yang menguruskan. Lebih tepatnya membantu keluarganya untuk menguruskan. Mereka akan saya antar ke bagian administrasi, saya hubungi dan mengantarkan. Kemudian dari ruang perawat saya yang naikkan pasien ke dokter yang di tuju. Jika ada pasien yang kesini sendiri tanpa keluarganya, saya yang menagmbilkan JKN ke rawat jalan. Tapi untuk mereka yang benar-benar</p>	<p>Pekerja Sosial berperan dalam menangani masalah sosial medis, psikologi, kultural dan spiritual. Turut membantu proses administrasi pasien ketika dibutuhkan. Mendampingi pasien rawat jalan jika dibutuhkan. Melakukan intervensi kepada pasien yang direkomendasikan oleh dokter.</p>

	<p>cuti melahirkan. Jika diperlukan ya saya ke tempat lain.</p> <p>Jika ada pasien yang kesini sendiri tanpa keluarganya, saya yang menagmbilkan JKN ke rawat jalan. Tapi untuk mereka yang benar-benar tidak ada keluarganya yang mengantar. Soalnya pasien-pasien yang dari rumah singgah biasanya ada relawan yang nganter dan mengambilkan. Relawan tersebut dari luar” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p>	<p>tidak ada keluarganya yang mengantar. Soalnya pasien-pasien yang dari rumah singgah biasanya ada relawan yang nganter dan mengambilkan. Relawan tersebut dari luar” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p>	
Kendala di isntalasi paliatif	<p>“Kendala yang saya hadapi itu paling banyak kendala bahasa mbak, khususnya kalau pasien menggunakan Bahasa Madura. Terkadang ada yang tidak bisa Bahasa Indonesia sama sekali. Jika sudah demikian biasanya dokter yang bisa akan turut mambantu. Kendala lain lagi biasanya kebanyakan keluarganya tidak bisa menerima tentang penyakitnya. Pasiennya sendiri juga beberapa dari mereka kurang bisa menerima. Cara</p>	<p>“Kendala yang saya hadapi paling banyak kendala bahasa, khususnya pasien dengan Bahasa Madura. Terkadang ada yang tidak bisa Bahasa Indonesia sama sekali. Kendala lain lagi biasanya kebanyakan keluarganya tidak bisa menerima tentang penyakitnya. Pasiennya sendiri juga beberapa dari mereka kurang bisa menerima. Cara pendekatannya juga harus diperhatikan. Karena sebagian dari mereka salah mengartikannya. Kadang ketika kita mambantu dikira kita akan membantu terus-terusan.</p>	<p>Kendala yang dihadapi pekerja sosial medis: Bahasa Penerimaan pasien maupun keluarga pasien atas penyakit yang diderita pasien. Model pendekatan harus tepat agar pasien dan keluarga pasien tetap bisa mandiri.</p>

	<p>pendekatannya juga harus diperhatikan. Karena sebagian dari mereka salah mengartikannya. Kadang ketika kita mambantu dikira kita akan membantu terus-terusan. Khususnya soal finansial. Kita memang membantu di bidang itu untuk menghubungkan ke pihak-pihak yang bisa membantu. Namun poin utama kita kan membantu agar dia bisa menerima sakitnya, keluarga dan lingkungan bisa menerima keadaanya” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p>	<p>Khususnya soal finansial. Kita memang membantu di bidang itu untuk menghubungkan ke pihak-pihak yang bisa membantu. Namun poin utama kita kan membantu agar dia bisa menerima sakitnya, keluarga dan lingkungan bisa menerima keadaanya” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p>	
<p>Praktik Pemanfaatan Potensi Sumber Kesejahteraan Sosial</p>	<p>“Bantuan finansial di sini rata-rata untuk pasien di daerah surabaya itu di bidang pendidikan untuk anak-anaknya, itu pasien yang tidak mampu. Pendidikan itu nantinya di cover oleh Yayasan Paliatif. Kita membantu menguruskan itu. Prosedurnya, setelah diperiksa oleh dokter kemudian mereka merujuk ke saya. “Mbak Puji ini ada pasien anaknya perlu bantuan pendidikan”. Kemudian saya</p>	<p>“Bantuan finansial di sini rata-rata untuk pasien di daerah surabaya itu di bidang pendidikan untuk anak-anaknya. Pendidikan itu nantinya di cover oleh Yayasan Paliatif. Saya membantu masalah administratif. Prosedurnya, setelah diperiksa oleh dokter kemudian mereka merujuk ke saya. “Mbak Puji ini ada pasien anaknya perlu bantuan pendidikan”. Kemudian saya menindaklanjuti dengan membantu melengkapi persyaratannya, seperti fotocopy KTP,</p>	<p>Asesmen kondisi sosial ekonomi pasien dilakukan dengan wawancara atau membagikan kuisioner. Bantuan finansial diperuntukkan bagi pasien dengan penggolongan menengah ke bawah sesuai dengan hasil asesmen dari pekerja sosial medis. Bentuk bantuannya dapat berupa bantuan dana pendidikan, bantuan obat-obatan</p>

	<p>menindaklanjuti dengan membantu melengkapi persyaratannya, seperti fotocopy KTP, KK, data anaknya sekolah di mana, dan data-data pendukung lainnya. Kemudian saya meneruskannya ke Yayasan Paliatif melalui dokter. Yayasan Paliatif itu dari luar namun bekerja sama dengan Intalasi Paliatif dan Bebas Nyeri di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Ada relawannya juga. Tapi karena ada pandemi, jadi sekarang sementara tidak ada. Kemudian jika ada pasien yang memerlukan susu. Karena di sini kan dokter-dokter membantu untuk susu bagi pasien yang membutuhkan. Biasanya dokter akan memberikan surat kecil jika pasien memerlukan susu nanti saya yang menindaklanjuti” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Di sini ada yayasan, ada anak asuh di sini. Ada donatur ya, relawan membentuk bagian dana, namanya yayasan, yaitu salah</p>	<p>KK, data anaknya sekolah di mana, dan data-data pendukung lainnya. Kemudian saya meneruskannya ke Yayasan Paliatif melalui dokter. Yayasan Paliatif itu dari luar namun bekerja sama dengan Intalasi Paliatif dan Bebas Nyeri di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Ada relawannya juga. Tapi karena ada pandemi, jadi sekarang sementara tidak ada. Kemudian jika ada pasien yang memerlukan susu. Karena di sini kan dokter-dokter membantu untuk susu bagi pasien yang membutuhkan. Biasanya dokter akan memberikan surat kecil jika pasien memerlukan susu nanti saya yang menindaklanjuti” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Di sini ada yayasan, ada donatur ada relawan membentuk bagian dana, namanya yayasan, yaitu salah satunya menyekolahkan anak-anak yang tidak bisa sekolah. Selain membantu beberapa obat-obatan yang tidak dicover BPJS. Bu Puji yang nanti ikut menghubungkan antara yayasan dengan pasien. Yayasan Paliatif</p>	<p>yang tidak ditanggung BPJS, bantuan alat kesehatan, bantuan sarana dan prasarana pendukung pelayanan paliatif. Pekerja sosial medis bertugas sebagai broker dalam menjembatani pasien dengan potensi sumber kesejahteraan sosial serta membantu proses administratif dalam hal bantuan finansial. Lembaga donatur meliputi Yayasan Paliatif Surabaya, Komunitas TIMUNSEGAR, dan Dinas Kesehatan Kota. Asesmen kondisi sosial ekonomi pasien meliputi keikutsertaan pasien dengan BPJS Kesehatan, Sumber Penghasilan, kebutuhan, tanggungan keluarga, konsidi keluarga, respon tetangga, dan pola interaksi dengan lingkungan sosialnya.</p>
--	---	---	--

	<p>satunya menyekolahkan anak-anak yang tidak bisa sekolah. Selain membantu beberapa obat-obatan yang tidak dicover BPJS. Bu Puji yang nanti ikut menghubungkan antara yayasan dengan pasien. Yayasan Paliatif Surabaya, itu berdirinya dari relawan yang khusus untuk dana. Minatnya minat dana. Ada yang minat home care, spiritual, pendampingan pasien di poli. Lah yayasan itu minat dana, menghimpun dari perusahaan-perusahaan. Itu ada AD/ARTnya sendiri, salah satunya untuk mensupport obat-obatan untuk pasien paliatif maupun anak asuh. Kemudian biasanya ada donatur-donatur dari komunitas. Seperti TIMUNSEGAR, ibu-ibu muda sehat dan bugar. Mereka memberikan mobil untuk home care. Kemarin memberikan face shield dan masker. Terus ada donatur yang memberikan susu” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p>	<p>Surabaya, itu berdirinya dari relawan yang khusus untuk dana. Minatnya minat dana. Ada yang minat home care, spiritual, pendampingan pasien di poli. Lah yayasan itu minat dana, menghimpun dari perusahaan-perusahaan. Itu ada AD/ARTnya sendiri, salah satunya untuk mensupport obat-obatan untuk pasien paliatif maupun anak asuh. Kemudian biasanya ada donatur-donatur dari komunitas. Seperti TIMUNSEGAR, ibu-ibu muda sehat dan bugar. Mereka memberikan mobil untuk home care. Kemarin memberikan face shield dan masker. Terus ada donatur yang memberikan susu” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>“Ditanya juga tentang tetangga, anak-anak. Pekerjaan saya. Penghasilannya juga ditanyakan apakah cukup untuk sehari-hari. Saya berharap bisa ada bantuan jika memang memungkinkan” (Informan LS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Tadi juga ditanya seperti ini sama ibu Puji. Ditanya tentang rumah kos atau</p>	
--	---	---	--

	<p>“Ditanya juga tentang tetangga, anak-anak. Pekerjaan saya. Penghasilannya juga ditanyakan apakah cukup untuk sehari-hari. Saya berharap bisa ada bantuan jika memang memungkinkan” (Informan LS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Tadi juga ditanya seperti ini sama ibu puji mbak. Ditanya tentang rumah kos atau rumah sendiri, masih kerja atau tidak. Banyak mbak” (Informan MS, 3 Agustus 2020)</p> <p>Tadi saya ditanya apakah masih bisa membeli obat yang tidak di cover bpjs. Kemudian kondisi fisik saya sendiri. Perubahan dan kemajuan fisik saya. Kemudian kendala-kendala yang saya temui di rumah” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p> <p>Saya juga disuruh mengisi kertas tadi. Pertanyaannya seputar masalah sosial dan ekonomi. Tapi kebanyakan pertanyaan tadi Cuma</p>	<p>rumah sendiri, masih kerja atau tidak. Banyak mbak” (Informan MS, 3 Agustus 2020)</p> <p>Tadi saya ditanya apakah masih bisa membeli obat yang tidak di cover BPJS. Kemudian kondisi fisik saya sendiri. Perubahan dan kemajuan fisik saya. Kemudian kendala-kendala yang saya temui di rumah” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Saya mengisi lembar asesmen tadi. Pertanyaannya seputar masalah sosial dan ekonomi. Tapi kebanyakan pertanyaan tadi Cuma ditanya seperti biasa. Seperti wawancara” (Informan LS, 3 Agustus 2020)</p>	
--	---	---	--

	ditanya seperti biasa. Seperti wawancara” (Informan LS, 3 Agustus 2020)		
Pelayanan di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri yang turut melibatkan peksos medis	<p>“Biasanya kan kita ada Home Care, namun karena ada corona ini jadi sementara tidak bisa dilakukan. Hal ini juga merupakan kendala ketika pasien ada yang benar-benar tidak bisa ke sini kan kita tidak bisa memantau. Home Care juga ada rawat luka bagi pasien yang benar-benar tidak bisa ke rumah sakit. Dalam pelayanan Home Care di dalamnya ada Dokter dari Instalasi Paliatif, Perawat, Psikiatri, Relawan, Dokter Rehabilitasi Medis dan saya sebagai Pekerja Sosial. Ada sekitar 6-8 orang ikut ke rumah pasien. Tugas saya di sana melihat lingkungan pasien. Contohnya ketika pasien harus memakai kursi roda, apakah memungkinkan rumahnya dikasih kursi roda. Kemudian tetangga-tetangganya bisa menerima atau</p>	<p>“Pelayanan Home Care, namun karena ada corona ini jadi sementara tidak bisa dilakukan. Hal ini juga merupakan kendala ketika pasien ada yang benar-benar tidak bisa ke sini kan kita tidak bisa memantau. Home Care juga ada rawat luka bagi pasien yang benar-benar tidak bisa ke rumah sakit. Dalam pelayanan Home Care di dalamnya ada Dokter dari Instalasi Paliatif, Perawat, Psikiatri, Relawan, Dokter Rehabilitasi Medis dan saya sebagai Pekerja Sosial. Ada sekitar 6-8 orang ikut ke rumah pasien. Tugas saya di sana melihat lingkungan pasien. Tugas dari relawan paliatif adalah membantu Home Care dan Follow Up ke pasien. Follow Up adalah kegiatan yang dilakukan relawan paliatif dengan melakukan kunjungan untuk melihat kondisi pasien kemudian menjembatani pasien dengan paliatif. Biasanya mereka memberikan laporan ke saya, “Mbak</p>	<p>Pelayanan Home Care ditiadakan karena adanya pandemi. Home Care merupakan bentuk pelayanan yang dikhususkan bagi pasien yang tidak memungkinkan untuk pergi ke rumah sakit. Pelayanan Rawat Rumah akan dilakukan oleh Tim Paliatif, meliputi Dokter dari Instalasi Paliatif, Perawat, Psikiatri, Relawan, Dokter Rehabilitasi Medis dan Pekerja Sosial. Pekerja Sosial bertugas untuk membantu rawat luka, melakukan observasi kondisi lingkungan sosial pasien, menjembatani pasien dengan instalasi paliatif. Pelayanan Day Care dikhususkan ketika pasien memerlukan rawat luka. Pekerja sosial akan mengantar dan menghubungkan pasien dengan</p>

	<p>tidak dengan pasien, komunikasi dengan tetangga-tetangganya baik atau tidak. Tugas dari relawan paliatif adalah membantu Home Care dan Follow Up ke pasien. Follow Up adalah kegiatan yang dilakukan relawan paliatif dengan melakukan kunjungan untuk melihat kondisi pasien kemudian menjembatani pasien dengan paliatif. Biasanya mereka memberikan laporan ke saya, “Mbak Puji ini pasien ini lukanya makin besar, membutuhkan perawatan lagi”. Kemudian nanti saya akan memberikan laporan ke dokter untuk dijadwalkan Home Care lagi” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Kemudian di sini ada Day Care. Day Care itu biasanya jika ada pasien yang perlu rawat luka, biasanya sama perawatnya di rawat di sini. Biasanya dokter akan menyampaikan ke saya, “Mbak ini tolong sampaikan ke perawat ya kalau pasien ini perlu</p>	<p>Puji ini pasien ini lukanya makin besar, membutuhkan perawatan lagi”. Kemudian nanti saya akan memberikan laporan ke dokter untuk dijadwalkan Home Care lagi” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Kemudian di sini ada Day Care. Day Care itu biasanya jika ada pasien yang perlu rawat luka, biasanya sama perawatnya di rawat di sini. Biasanya dokter akan menyampaikan ke saya, “Mbak ini tolong sampaikan ke perawat ya kalau pasien ini perlu rawat luka”. Biasanya dokternya menulis di kertas kecil, kemudian minta stempel ke depan untuk ditindak lanjuti rawat lukanya. Kemudian ada juga pasien yang perlu meminum obat yang perlu diminum segera maka dirawat di Day Care. Kemudian termasuk juga terkadang ada pasien yang benar-benar tidak kuat duduk di depan boleh istirahat dan tiduran di sini, nanti dokternya yang turun untuk melakukan pengobatan. Jadi tidak perlu di bawa ke atas pasiennya” (Informan PL, 27 Juni 2020).</p>	<p>perawat sesuai rekomendasi dokter.</p> <p>Pada pelayanan Bed Concul pekerja sosial bertugas melakukan asesmen di bidang sosial, ekonomi, spiritual, dan kultural pasien. Hasilnya akan dilaporkan kepada dokter penanggung jawab.</p> <p>Respite Care hingga hari ini masih belum berjalan. Pasien rawat jalan akan diantar oleh pekerja sosial medis ke ruangan dokter yang dituju, kemudian jika dokter memberikan rekomendasi jika terdapat masalah sosial medis pasien, maka pekerja sosial medis akan melakukan asesmen lebih dalam dan memberikan intervensi.</p>
--	--	--	--

	<p>rawat luka”. Biasanya dokternya menulis di kertas kecil, kemudian minta stempel ke depan untuk ditindak lanjuti rawat lukanya. Kemudian ada juga pasien yang perlu meminum obat yang perlu diminum segera maka dirawat di Day Care. Kemudian termasuk juga terkadang ada pasien yang benar-benar tidak kuat duduk di depan boleh istirahat dan tiduran di sini, nanti dokternya yang turun untuk melakukan pengobatan. Jadi tidak perlu di bawa ke atas pasiennya” (Informan PL, 27 Juni 2020).</p> <p>Kemudian ada Bed Consul, saya mendampingi dokter. Saya biasanya menggali di bidang sosialnya, contohnya pasien anak ke berapa, orang tua kerjanya apa, tinggal di mana, ya yang bagian saya saja. Kemudian masih bisa jalan atau tidak. Kemudian misalnya pasien dari Poli Mata mau operasi nanti setelah operasi saya bisa melihat kondisi setelah</p>	<p>“Kemudian ada Bed Consul, saya mendampingi dokter. Saya biasanya menggali di bidang sosialnya, contohnya pasien anak ke berapa, orang tua kerjanya apa, tinggal di mana, ya yang bagian saya saja. Kemudian masih bisa jalan atau tidak. Kemudian misalnya pasien dari Poli Mata mau operasi nanti setelah operasi saya bisa melihat kondisi setelah operasi bagaimana, ada keluhan atau tidak. Kemudian hasilnya akan dilaporkan ke dokter. Ketika Bed Consul, akan ada status yang diisi dari saya. Isinya tidak jauh beda dengan status yang dibagikan oleh perawat. Isinya terkait pertanyaan-pertanyaan untuk menggali keadaan sosial ekonomi pasien. Kemudian ada aspek spiritual dan kultural yang turut ditanyakan. Kalau kultural ditanyakan dari awal sakit berobatnya kemana saja. Ada yang langsung ke dokter, ada yang langsung ke puskesmas, kita tanyakan juga apa pernah ke alternatif. Alternatif kan macam-macam ada yang obat herbal, dll. Spiritual selama</p>	
--	---	---	--

	<p>operasi bagaimana, ada keluhan atau tidak. Kemudian hasilnya akan dilaporkan ke dokter. Ketika Bed Consul, akan ada status yang diisi dari saya. Isinya tidak jauh beda dengan status yang dibagikan oleh perawat. Isinya terkait pertanyaan-pertanyaan untuk menggali keadaan sosial ekonomi pasien. Kemudian ada aspek spiritual dan kultural yang turut ditanyakan. Kalau kultural ditanyakan dari awal sakit berobatnya kemana saja. Ada yang langsung ke dokter, ada yang langsung ke puskesmas, kita tanyakan juga apa pernah ke alternatif. Alternatif kan macam-macam ada yang obat herbal, dll. Spiritual selama sakit itu pasiennya apakah masih bisa beribadah atau tidak, masih bisa ikut kegiatan keagamaan atau tidak. Pasien kita arahkan untuk tetap menjalankan ibadah. Jika pasien tidak mampu, keluarga kita arahkan untuk menemani di sebelahnya, diajari cara tayamum</p>	<p>sakit itu pasiennya apakah masih bisa beribadah atau tidak, masih bisa ikut kegiatan keagamaan atau tidak. Pasien kita arahkan untuk tetap menjalankan ibadah. Jika pasien tidak mampu, keluarga kita arahkan untuk menemani di sebelahnya, diajari cara tayamum dan lain-lain. Fungsi dari status ini nanti jika ada yang menanyakan, seperti dokter atau perawat. Hasilnya nanti akan menjadi pertimbangan bagi dokter untuk memberikan tindakan selanjutnya pada aspek sosial medisnya” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Kalau untuk konseling ke saya belum ada, karena SK juga belum mendukung. Saya sendiri jika ingin melakukan follow up ke ruangan juga tidak enak. Harus didampingi dokter karena memang penyakitnya terminal” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Respite Care itu untuk pasien yang misalnya menunggu terlalu lama. Namun tidak jalan. Karena pasien biasanya kalau sakit alurnya ke dokter,</p>	
--	---	--	--

	<p>dan lain-lain. Fungsi dari status ini nanti jika ada yang menanyakan, seperti dokter atau perawat. Hasilnya nanti akan menjadi pertimbangan bagi dokter untuk memberikan tindakan selanjutnya pada aspek sosial medisnya” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Kalau untuk konseling ke saya belum ada, karena SK juga belum mendukung. Saya sendiri jika ingin melakukan follow up ke ruangan juga tidak enak. Harus didampingi dokter karena memang penyakitnya terminal” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Respite Care itu untuk pasien yang misalnya menunggu terlalu lama. Namun tidak jalan. Karena pasien biasanya kalau sakit alurnya ke dokter, ambil obat terus pulang. Dulunya rencananya juga untuk terapi musik juga. Tapi sampai sekarang belum berjalan. Respite Care itu disiapkan di</p>	<p>ambil obat terus pulang. Dulunya rencananya juga untuk terapi musik juga. Tapi sampai sekarang belum berjalan. Respite Care itu disiapkan di lantai dua. Jika jalan dulu saya rencananya akan ambil peran di situ. Sudah disiapkan juga boneka-boneka untuk pasien anak-anak. Sudah lengkap, buku-buku bacaan. Biasanya kan anak-anak kan kalau menunggu cenderung menangis. Nanti kita ajak ke situ, sampai kita sudah siapkan boneka yang di bungkus-bungkus nanti kita kasih ke anaknya. Karena covid ini juga lama tidak ada pasien anak-anak” (Informan PL, 27 Juni 2020).</p> <p>“Dari Day Care, Home Care, hingga Respite Care semuanya menggunakan peran pekerja sosial medis di dalamnya. Seperti Home Care itu baik di Respite Care dimana kita melakukan pelayanan dia ikut dan dilibatkan. Kalau memang secara sosial medis dia bisa membantu selalu dilibatkan. Bed Consul juga Pekerja Sosial Medis akan menemani kita.</p>	
--	--	--	--

	<p>lantai dua. Jika jalan dulu saya rencananya akan ambil peran di situ. Sudah disiapkan juga boneka-boneka untuk pasien anak-anak. Sudah lengkap, buku-buku bacaan. Biasanya kan anak-anak kan kalau menunggu cenderung menangis. Nanti kita ajak ke situ, sampai kita sudah siapkan boneka yang di bungkus-bungkus nanti kita kasih ke anaknya. Karena covid ini juga lama tidak ada pasien anak-anak” (Informan PL, 27 Juni 2020).</p> <p>“Dari Day Care, Home Care, hingga Respite Care semuanya menggunakan peran pekerja sosial medis di dalamnya. Seperti Home Care itu baik di Respite Care dimana kita melakukan pelayanan dia ikut dan dilibatkan. Kalau memang secara sosial medis dia bisa membantu selalu dilibatkan. Bed Consul juga Pekerja Sosial Medis akan menemani kita. PSM kita libatkan ketika ada masalah sosial medis yang bisa di bantu”</p>	<p>PSM kita libatkan ketika ada masalah sosial medis yang bisa di bantu” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Dulu sebelum di paliatif tidak bisa makan. Cuma bisa teriak tolong-tolong karena sakit mbak. Bangun sudah tidak bisa. Disarankan untuk banyak-banyak berdoa. Shalat karena kita sebagai orang islam. Tadi juga ditanya keadaan ekonomi saya. Jika memungkinkan katanya akan dibantu sebisa mungkin. Tapi masih dalam pertimbangan mbak. Saya merasa terbantu juga mbak ya, karena saya biasanya diantar ke dokter. Kalau saya tanya masalah-masalah administrasi juga dibantu.” (Informan MS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Sekarang sudah jauh lebih baik. Sudah bisa saya tinggal kerja. Dulu setiap malam susah tidur karena sakit. Saya dianjurkan untuk tidak telat kontrol. Terus mendampingi khususnya jadwal yang diberikan sama dokter. Saya juga disuruh untuk bersabar juga mbak. Karena musim</p>	
--	---	---	--

	<p>(Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Dulu sebelum di paliatif tidak bisa makan. Cuma bisa teriak tolong-tolong karena sakit mbak. Bangun sudah tidak bisa. Disarankan untuk banyak-banyak berdoa. Shalat karena kita sebagai orang islam. Tadi juga ditanya keadaan ekonomi saya. Jika memungkinkan katanya akan dibantu sebisa mungkin. Tapi masih dalam pertimbangan mbak. Saya merasa terbantu juga mbak ya, karena saya biasanya diantar ke dokter. Kalau saya tanya masalah-masalah administrasi juga dibantu.” (Informan MS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Sekarang sudah jauh lebih baik. Sudah bisa saya tinggal kerja. Dulu setiap malam susah tidur karena sakit. Saya dianjurkan untuk tidak telat kontrol. Terus mendampingi khususnya jadwal yang diberikan sama dokter. Saya juga disuruh untuk bersabar juga</p>	<p>pandemi ini kuota operasi juga masih minim. Jadi harus terus berdoa dan mendampingi bapak. Terbantu sekali mbak. Saya banyak diberi dorongan untuk terus menyemangati bapak. Karena bapaknya juga kadang merasa putus asa karena masalah ekonomi.” (Informan MS, 3 Agustus 2020)</p>	
--	--	---	--

	<p>mbak. Karena musim pandemi ini kuota operasi juga masih minim. Jadi harus terus berdoa dan mendampingi bapak. Terbantu sekali mbak. Saya banyak diberi dorongan untuk terus menyemangati bapak. Karena bapaknya juga kadang merasa putus asa karena masalah ekonomi.” (Informan MS, 3 Agustus 2020)</p>		
<p>kriteria khusus pasien yang akan di tangani</p>	<p>“Tidak ada, saya menangani pasien yang masuk ke paliatif yang telah mendapat rekomendasi dari dokternya untuk saya tangani. Pasien tidak pernah di beda-bedakan. Semua yang masuk akan mendapat pelayanan dari saya jika memang direkomendasikan oleh dokter” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p>	<p>“Tidak ada, saya menangani pasien yang masuk ke paliatif yang telah mendapat rekomendasi dari dokternya untuk saya tangani. Pasien tidak pernah di beda-bedakan. Semua yang masuk akan mendapat pelayanan dari saya jika memang direkomendasikan oleh dokter” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p>	<p>Pekerja sosial medis menangani semua jenis pasien paliatif yang mendapat rekomendasi dari dokter untuk dilakukan intervensi.</p>
<p>Jenis pasien yang ditangani di instalasi paliatif</p>	<p>“Di sini mayoritas kanker dari anak-anak hingga dewasa. HIV juga ada sekitar dua” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Peksos Medis itu penting di Paliatif terutama karena pasiennya</p>	<p>“Di sini mayoritas kanker dari anak-anak hingga dewasa. HIV juga ada sekitar dua” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Peksos Medis itu penting di Paliatif terutama karena pasiennya banyak</p>	<p>Mayoritas pasien adalah kanker, namun juga ada pasien HIV sekitar dua orang.</p>

	<p>banyak pasien kanker stadium lanjut. Tapi sebetulnya paliatif itu bukan hanya untuk kanker. Sehingga HIV/AIDS juga ada tapi sebagian besar kanker yang sudah stadium lanjut” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p>	<p>pasien kanker stadium lanjut. Tapi sebetulnya paliatif itu bukan hanya untuk kanker. Sehingga HIV/AIDS juga ada tapi sebagian besar kanker yang sudah stadium lanjut” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p>	
Proses Intake	<p>“Sambil pasien menunggu panggilan, khususnya pasien baru. Dari keluarganya dulu saya lakukan pendekatan, kemudian baru pasiennya. Pendekatan dilakukan dengan berbincang dan bertanya seputar kondisi pasien dan kendala yang dihadapinya” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Bagus sekali. Karena saya merasa di terima dan diperhatikan baik dengan Bu Puji ataupun Dokter Wiwiek. Saya merasa sangat diperhatikan ketika berbicara barusan. Banyak diberi masukan agar saya cepat bisa berjalan dan beraktivitas.” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p>	<p>“Sambil pasien menunggu panggilan, khususnya pasien baru. Dari keluarganya dulu saya lakukan pendekatan, kemudian baru pasiennya. Pendekatan dilakukan dengan berbincang dan bertanya seputar kondisi pasien dan kendala yang dihadapinya” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Bagus sekali. Karena saya merasa di terima dan diperhatikan baik dengan Bu Puji ataupun Dokter Wiwiek. Saya merasa sangat diperhatikan ketika berbicara barusan. Banyak diberi masukan agar saya cepat bisa berjalan dan beraktivitas.” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Iya, sangat bagus. Alhamdulillah ada</p>	

	<p>“Iya, sangat bagus. Alhamdulillah ada masukan. Tadi sebelumnya juga ditanyakn kondisi rumah bagaimana. Selain ada perbaikan kondisi. Bu Puji juga memberikan banyak masukan untuk kegiatan pemulihan di rumah” (Informan LS, 3 Agustus 2020)</p>	<p>masukan. Tadi sebelumnya juga ditanyakn kondisi rumah bagaimana. Selain ada perbaikan kondisi. Bu Puji juga memberikan banyak masukan untuk kegiatan pemulihan di rumah” (Informan LS, 3 Agustus 2020)</p>	
Ruangan khusus untuk pekerja sosial	<p>“Tidak ada, saya mobile, tergantung ruangan yang kosong” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p>	<p>“Tidak ada, saya mobile, tergantung ruangan yang kosong” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p>	<p>Pekerja Sosial tidak memiliki ruangan khusus.</p>
Bentuk intervensi kepada keluarga pasien	<p>“Untuk pasien baru, saya memberikan penjelasan bagi pasien yang belum paham alur perawatan di Instalasi paliatif. Contohnya menjelaskan ke keluarga pasien diawali dari mengambil rujukan dari puskesmas, dari puskesmas nanti akan dirujuk ke rumah sakit Tipe C atau D. Kemudian nanti mintalah dirujuk ke RSUD dr. Soetomo ke bagian Paliatif. Setelah itu tunjukkan ke saya, nanti saya arahkan ke rawat jalan. Biasanya yang paling banyak prosedural. Untuk mereka bertanya tentang penyakit saya</p>	<p>“Untuk pasien baru, saya memberikan penjelasan bagi pasien yang belum paham alur perawatan di Instalasi paliatif. Contohnya menjelaskan ke keluarga pasien diawali dari mengambil rujukan dari puskesmas, dari puskesmas nanti akan dirujuk ke rumah sakit Tipe C atau D. Kemudian nanti mintalah dirujuk ke RSUD dr. Soetomo ke bagian Paliatif. Setelah itu tunjukkan ke saya, nanti saya arahkan ke rawat jalan. Biasanya yang paling banyak prosedural. Untuk mereka bertanya tentang penyakit saya arahkan ke dokter” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p>	<p>Bentuk intervensi kepada keluarga pasien: Pasien baru akan diberikan penjelasan alur perawatan. Memberikan layanan erkait dengan prosedural dan administrasi pasien. Meberikan bimbingan sosial, transfer knowledge tentang model perawatan pasien di rumah, dan pemberian motivasi.</p>

	<p>arahkan ke dokter” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Sangat terbantu, dari mulai awal ke sini diantar ke dokter beberapa kali, kemudian ada pertanyaan-pertanyaan juga dijawab dengan ramah” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Sangat terasa kontribusinya. Karena saya diarahkan untuk memulihkan kondisi bapak. Saya sebelumnya tidak terfikir untuk membuat alat bantu jalan agar bapak bisa belajar berjalan” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p>	<p>“Sangat terbantu, dari mulai awal ke sini diantar ke dokter beberapa kali, kemudian ada pertanyaan-pertanyaan juga dijawab dengan ramah” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Sangat terasa kontribusinya. Karena saya diarahkan untuk memulihkan kondisi bapak. Saya sebelumnya tidak terfikir untuk membuat alat bantu jalan agar bapak bisa belajar berjalan” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p>	
<p>Pentingnya peran keluarga itu penting bagi pasien</p>	<p>“Keluarga itu memang harus dan penting untuk dilibatkan dalam perawatan khususnya pasien kanker. Selama ini kan pasien kanker itu benar-benar mengalami guncangan psikologis, seperti stress, takut. Terutama untuk mereka yang masih punya anak kecil-kecil mereka berobat terus mikir. Pemikiran mereka jika sudah di bawa ke paliatif itu</p>	<p>“Keluarga itu memang harus dan penting untuk dilibatkan dalam perawatan khususnya pasien kanker. Selama ini kan pasien kanker itu benar-benar mengalami guncangan psikologis, seperti stress, takut. Terutama untuk mereka yang masih punya anak kecil-kecil mereka berobat terus mikir. Pemikiran mereka jika sudah di bawa ke paliatif itu sudah tidak ada harapan hidup. Yaitu untuk</p>	<p>Peran keluarga sangat penting, khususnya dalam hal pendampingan pasien secara psikologis. Keluarga pasien juga berperan dalam bidang pendampingan perawatan pasien di rumah.</p>

	<p>sudah tidak ada harapan hidup. Yaitu untuk membesarkan hati mereka. Saya akan memberikan pengertian-pengertian kepada mereka. Bahwa semua itu dari Tuhan. Saya berikan pengertian mereka tentang kematian dalam artian umur itu tidak ada yang tahu. Tanpa sakit juga bisa saja meninggal dunia. Jadi ketika keluarganya kuat, maka pasien juga akan menerima dampak positif karena dikuatkan oleh anggota keluarganya. Saya memberikan pengertian itu. Agar pasien harus dibantu ketika di rumah khususnya. karena jika di rumah sakit masih ada perawat dan kita yang membantu, tapi jika di rumah maka pasien sangat bergantung pada keluarga” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Pasien itu yang punya keluarganya, misalnya ketika rawat luka. Di sini kita yang menangani. Namun selebihya setelah diberikan transfer</p>	<p>membesarkan hati mereka. Saya akan memberikan pengertian-pengertian kepada mereka. Bahwa semua itu dari Tuhan. Saya berikan pengertian mereka tentang kematian dalam artian umur itu tidak ada yang tahu. Tanpa sakit juga bisa saja meninggal dunia. Jadi ketika keluarganya kuat, maka pasien juga akan menerima dampak positif karena dikuatkan oleh anggota keluarganya. Saya memberikan pengertian itu. Agar pasien harus dibantu ketika di rumah khususnya. karena jika di rumah sakit masih ada perawat dan kita yang membantu, tapi jika di rumah maka pasien sangat bergantung pada keluarga” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Pasien itu yang punya keluarganya, misalnya ketika rawat luka. Di sini kita yang menangani. Namun selebihya setelah diberikan transfer knowledge ya keluarganya. Jadi keluarga sangat penting dilibatkan untuk dapat mempercepat kesembuhan pasien. Tentunya setelah ada Transfer of Knowledge yang tepat bagi</p>	
--	---	--	--

	<p>knowledge ya keluarganya. Jadi keluarga sangat penting dilibatkan untuk dapat mempercepat kesembuhan pasien. Tentunya setelah ada Transfer of Knowledge yang tepat bagi keluarga pasien. Kita dampingi ketika disini. Tapi kita pasrahkan seluruhnya kepada keluarga pasien. Karena detik demi detik dilewati bersama mereka. Bukan selalu dengan tim medis atau pekerja sosial medis. Kita memberikan jalan melalui pengobatannya, pelaksanaannya justru di rumah dengan keluarga yang merawatnya” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Anak-anak juga mendukung sekali. Istri saya juga mendukung. Selalu menemani. Kadang kalau libur selalu disempatkan datang ke saya. Saya sendiri sangat membutuhkan sosok keluarga. Karena terus terang kemampuan fisik saya menurun drastis dan terbatas. Contohnya masih harus</p>	<p>keluarga pasien. Kita dampingi ketika disini. Tapi kita pasrahkan seluruhnya kepada keluarga pasien. Karena detik demi detik dilewati bersama mereka. Bukan selalu dengan tim medis atau pekerja sosial medis. Kita memberikan jalan melalui pengobatannya, pelaksanaannya justru di rumah dengan keluarga yang merawatnya” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Anak-anak juga mendukung sekali. Istri saya juga mendukung. Selalu menemani. Kadang kalau libur selalu disempatkan datang ke saya. Saya sendiri sangat membutuhkan sosok keluarga. Karena terus terang kemampuan fisik saya menurun drastis dan terbatas. Contohnya masih harus dipapah jalan. Untuk ke kamar mandi masih di bantu. Obat, snack, makan dan jadwal makan yang menagatur istri saya. Saya tidak bisa sendiri. Istri saya juga kalau mau keluar dilihat slahnya. Istri alhamdulillah sangat mensupport dan nunggu terus” (Informan LS, 3 Agustus 2020)</p>	
--	---	---	--

	<p>dipapah jalan. Untuk ke kamar mandi masih di bantu. Obat, snack, makan dan jadwal makan yang menagatur istri saya. Saya tidak bisa sendiri. Istri saya juga kalau mau keluar dilihat slahnya. Istri alhamdulillah sangat mensupport dan nunggu terus” (Informan LS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Alhamdulillah keluarga sangat mendukung. Semuanya mendukung. Saya juga banyak diberi masukan sama dokter juga, sama bu puji juga bahwa pasien harus terus di dukung. Tadi juga dapat banyak saran agar disipakan sarana pendukung untuk pemulihan bapak di rumah. Seperti kursi, pegangan untuk jalan. Jika mau keluar saya biasanya memilih waktu ketika suami hanya butuh untuk snack, Bu Puji juga menyampaikan untuk tidak sering-sering ditinggal, dan selalu mematuhi jadwal yang sudah diberikan dr.</p>	<p>“Alhamdulillah keluarga sangat mendukung. Semuanya mendukung. Saya juga banyak diberi masukan sama dokter juga, sama bu puji juga bahwa pasien harus terus di dukung. Tadi juga dapat banyak saran agar disipakan sarana pendukung untuk pemulihan bapak di rumah. Seperti kursi, pegangan untuk jalan. Jika mau keluar saya biasanya memilih waktu ketika suami hanya butuh untuk snack, Bu Puji juga menyampaikan untuk tidak sering-sering ditinggal, dan selalu mematuhi jadwal yang sudah diberikan dr. Wiwiek. Jadi kalau saya keluar, jadwalnya makan snack ya saya telepon. Kalau sedang berobat ke sini saya selalu mendampingi” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p>	
--	--	---	--

	<p>Wiwiek. Jadi kalau saya keluar, jadwalnya makan snack ya saya telepon. Kalau sedang berobat ke sini saya selalu mendampingi” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p>		
<p>Pola koordinasi dengan tim medis lain</p>	<p>Pola koordinasinya jika dengan perawat saya turut membantu rawat luka. Ketika Home Care, pasien perlu rawat luka, saya ikut membantu menyiapkan alat-alatnya. Atau proses perawatannya hingga ikut membantu mensterilkan alatnya. Kemudian jika dengan dokter koordinasi bisa dilihat ketika beberpa dokter membutuhkan laporan dari saya terkait masalah sosial dan lingkungan pasien baik ketika Home Care maupun Bed Consul. Kemudian juga bisa dilihat dari adanya komunikasi dan rekomendasi dari dokter ke saya” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>“Pekerja Sosial Medis melaksanakan tugas yang</p>	<p>Pola koordinasinya jika dengan perawat saya turut membantu rawat luka. Ketika Home Care, pasien perlu rawat luka, saya ikut membantu menyiapkan alat-alatnya. Atau proses perawatannya hingga ikut membantu mensterilkan alatnya. Kemudian jika dengan dokter koordinasi bisa dilihat ketika beberpa dokter membutuhkan laporan dari saya terkait masalah sosial dan lingkungan pasien baik ketika Home Care maupun Bed Consul. Kemudian juga bisa dilihat dari adanya komunikasi dan rekomendasi dari dokter ke saya” (Informan PL, 27 Juni 2020)</p> <p>Pekerja Sosial Medis melaksanakan tugas yang diberikan oleh dokter. Menindaklanjuti dalam hal kepentingan-kepentingan pasien dalam bidang sosial medis. Tapi harus sesuai</p>	<p>Pola koordinasi sangat baik, pekerja sosial turut membantu perawat dan memberikan laporan kepada dokter akan hasil intervensinya, sehingga tindak lanjut dari perawatan pasien lebih terarah.</p>

	<p>diberikan oleh dokter. Menindaklanjuti dalam hal kepentingan-kepentingan pasien dalam bidang sosial medis. Tapi harus sesuai dengan instruksi dari dokternya. Jadi tidak boleh bertindak atas kemauannya sendiri. Seperti Bu Puji kan batasan dia tidak boleh melebihi dari wewenang yang kita berikan” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Biasanya kita ada kegiatannya di poliklinik, rawat inap dan rawat rumah. Data-data pasien, orang ini dari backgroundnya itu ada masalah kita koordinasi terus ditelusuri bagaimana. Misal di rumah sakit dia rawat inap, dia tidak bisa jalan, kondisinya di rumahnya bagaimana, anak-anaknya bagaimana, jalan keluarnya bagaimana, kita rundingkan. Karena dia tidak mungkin akan terus-terusan di rumah sakit. Contohnya kanker payudara dengan fraktur tulang. Jelas paliatif itu. Begitu dia tidak</p>	<p>dengan instruksi dari dokternya. Jadi tidak boleh bertindak atas kemauannya sendiri. Seperti Bu Puji kan batasan dia tidak boleh melebihi dari wewenang yang kita berikan” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Biasanya kita ada kegiatannya di poliklinik, rawat inap dan rawat rumah. Data-data pasien, orang ini dari backgroundnya itu ada masalah kita koordinasi terus ditelusuri bagaimana. Misal di rumah sakit dia rawat inap, dia tidak bisa jalan, kondisinya di rumahnya bagaimana, anak-anaknya bagaimana, jalan keluarnya bagaimana, kita rundingkan. Karena dia tidak mungkin akan terus-terusan di rumah sakit. Contohnya kanker payudara dengan fraktur tulang. Jelas paliatif itu. Begitu dia tidak nyeri, dia bisa dirumah, maka dipulangkan. Nanti di rumah bagaimana untuk pelayanan post hospitalnya kita kunjungi di rumah, kenapa dikunjungi di rumah? Supaya bisa mencapai tujuan paliatif supaya bisa meningkatkan kualitas hidup, kalau</p>	
--	--	--	--

	<p>nyeri, dia bisa dirumah, maka dipulangkan. Nanti di rumah bagaimana untuk pelayanan post hospitalnya kita kunjungi di rumah, kenapa dikunjungi di rumah? Supaya bisa mencapai tujuan paliatif supaya bisa meningkatkan kualitas hidup, kalau dia di rumah kesakitan ya tidak bisa. Ya ini ada problem dengan BPJS karena BPJS tidak mengcover yang di rumah itu. Tapi demi kemanusiaan kita harus pro aktif” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>“Sekarang karena ada COVID, belum bisa diadakan lagi Home Care, karena kita juga resiko. Selain rawan untuk kita sendiri, apalagi untuk jaga jarak dan lain sebagainya. Dulu itu kerjasama yang bagus dengan dinas kesehatan kota, kebetulan mereka juga care jadi kita bisa kerjasama. Meskipun projectnya tidak semudah yang kita bayangkan. Tidak semua orang punya inisiatif</p>	<p>dia di rumah kesakitan ya tidak bisa. Ya ini ada problem dengan BPJS karena BPJS tidak mengcover yang di rumah itu. Tapi demi kemanusiaan kita harus pro aktif” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>“Sekarang karena ada COVID, belum bisa diadakan lagi Home Care, karena kita juga resiko. Selain rawan untuk kita sendiri, apalagi untuk jaga jarak dan lain sebagainya. Dulu itu kerjasama yang bagus dengan dinas kesehatan kota, kebetulan mereka juga care jadi kita bisa kerjasama. Meskipun projectnya tidak semudah yang kita bayangkan. Tidak semua orang punya inisiatif mencari masalah demi pelayanan yang terbaik itu bagaimana. Itu tergantung dari individu, team dan pendukung-dukungnya” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p>	
--	--	---	--

	mencari masalah demi pelayanan yang terbaik itu bagaimana. Itu tergantung dari individu, team dan pendukung-dukungnya” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)		
Harapan untuk Pekerja Sosial Medis baik di Instalasi Paliatif maupun di Rumah sakit.	“Saya berharap ada pengakuan dari rumah sakit sehingga kerjanya juga jadi lebih jelas lagi. Inginnya seperti di RS. Prof. Dr. Soeharso di sana jalan, di Solo. Di sana bahkan terima rujukan dari dokternya. Di sana punya unit sendiri khusus Pekerja Sosial Medis” (Informan PL, 27 Juni 2020)	“Saya berharap ada pengakuan dari rumah sakit sehingga kerjanya juga jadi lebih jelas lagi. Inginnya seperti di RS. Prof. Dr. Soeharso di sana jalan, di Solo. Di sana bahkan terima rujukan dari dokternya. Di sana punya unit sendiri khusus Pekerja Sosial Medis” (Informan PL, 27 Juni 2020)	Harapan pekerja sosial medis khususnya Informasn PL adalah agar bisa mendapat pengakuan dari rumah sakit sebagai Pekerja Sosial Medis.
Pelayanan apa yang diperlukan untuk Informan A dan LS	“Keadaan pasien secara umum adalah pasien kesulitan untuk latihan fisik di rumah. Khususnya latihan berjalan. Karena kemarin kondisinya lemah sekali, jadi tidak bisa jalan. Sekarang karena kondisinya sudah membaik, makan sudah mau, jadi jalan sudah kuat, duduk juga sudah kuat. Tadi kesulitan di rumah jika ke WC. Ketika jongkok, mau berdiri susah sekali. Sehingga	“Keadaan pasien secara umum adalah pasien kesulitan untuk latihan fisik di rumah. Khususnya latihan berjalan. Karena kemarin kondisinya lemah sekali, jadi tidak bisa jalan. Sekarang karena kondisinya sudah membaik, makan sudah mau, jadi jalan sudah kuat, duduk juga sudah kuat. Tadi kesulitan di rumah jika ke WC. Ketika jongkok, mau berdiri susah sekali. Sehingga saya berikan saran untuk menggunakan kursi yang dilubangi	Pada pasien rawat jalan, pekerja sosial melakukan transfer knowledge terkait perawatan fisik yang berhubungan dengan mobilitas dan kegiatan sosial.

	<p>saya berikan saran untuk menggunakan kursi yang dilubangi tengahnya. Jadi biar duduk dan dikasih pegangan kiri dan kanan” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Kemudian kalau di rumah kalau caring, kan katanya jalan-jalan di halaman. Saya berikan saran untuk memberikan pegangan dari kayu. Agar bisa jalan sambil caring. Habis jalan-jalan kursinya tidak ada sandarannya, agar tidak jatuh kebelakang, kalau mbliur kan bisa sandaran. Untuk meminimalisir resiko jatuh” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Kebetulan di rumah ada anak yang paling kecil dan istrinya. Sehingga ada yang membantu dan mengawasi pasien. Saya juga memberikan saran agar ketika capek harus istirahat, dan jika istirahat harus ditunggu dan jangan di tinggal sendiri. Sementara itu dulu” (Informan</p>	<p>tengahnya. Jadi biar duduk dan dikasih pegangan kiri dan kanan” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Kemudian kalau di rumah kalau caring, kan katanya jalan-jalan di halaman. Saya berikan saran untuk memberikan pegangan dari kayu. Agar bisa jalan sambil caring. Habis jalan-jalan kursinya tidak ada sandarannya, agar tidak jatuh kebelakang, kalau mbliur kan bisa sandaran. Untuk meminimalisir resiko jatuh” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Kebetulan di rumah ada anak yang paling kecil dan istrinya. Sehingga ada yang membantu dan mengawasi pasien. Saya juga memberikan saran agar ketika capek harus istirahat, dan jika istirahat harus ditunggu dan jangan di tinggal sendiri. Sementara itu dulu” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p>	
--	--	--	--

	PL, 3 Agustus 2020)		
Kondisi Fisik, Ekonomi dan Sosial Beberapa Pasien	<p>“Kanker nasofarink, kanker berada di belakang hidung. Jadi tidak bisa di operasi” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Tidak ada masalah ekonomi, karena purnawirawan TNI AL” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Interaksi dengan tetangga juga baik. Tetangga juga masih memberikan support. Namun ketika ada pertemuan purnawirawan setiap bulan tidak bisa datang. Tapi kalau ketempatan masih bisa” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Saya Pasien BPJS mbak. Kalau sakit sendiri ini sangat mengganggu mbak. Dulu saya yang kerja. Sekarang istri saya yang harus kerja. Karena saya sakit seperti ini mbak. Kalau tidak bekerja bayar kos pakau apa.</p>	<p>“Kanker nasofarink, kanker berada di belakang hidung. Jadi tidak bisa di operasi” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Tidak ada masalah ekonomi, karena purnawirawan TNI AL” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Interaksi dengan tetangga juga baik. Tetangga juga masih memberikan support. Namun ketika ada pertemuan purnawirawan setiap bulan tidak bisa datang. Tapi kalau ketempatan masih bisa” (Informan PL, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Saya Pasien BPJS mbak. Kalau sakit sendiri ini sangat mengganggu mbak. Dulu saya yang kerja. Sekarang istri saya yang harus kerja. Karena saya sakit seperti ini mbak. Kalau tidak bekerja bayar kos pakau apa. Kalau hubungan dengan tetangga ngobrol masih bisa. Tapi kalau untuk acara hajatan tetangga sudah tidak bisa”</p>	<p>Pasien di rawat jalan rata-rata menderita kanker. Keadaan ekonomi dan keadaan fisik sangat beragam.</p>

	<p>Kalau hubungan dengan tetangga ngobrol masih bisa. Tapi kalau untuk acara hajatan tetangga sudah tidak bisa” (Informan MS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Awalnya sama orang tua kalau berobat di suruh berangkat dari madura ke sini. Tapi kan kalau dari madur ke sini tidak cukup uang seratus ribu. Ditambah dengan jarak, dan kondisi bapak yang seperti ini, pasti jadi semakin susah. Di sini kos di surabaya bawa uang lima puluh cukup. Bapak di rumah dengan anak. Karna saya kejar. Aktivitas juga masih bisa dilakukan seperti biasa” (Informan LS, 3 Agustus 2020)</p>	<p>(Informan MS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Awalnya sama orang tua kalau berobat di suruh berangkat dari madura ke sini. Tapi kan kalau dari madur ke sini tidak cukup uang seratus ribu. Ditambah dengan jarak, dan kondisi bapak yang seperti ini, pasti jadi semakin susah. Di sini kos di surabaya bawa uang lima puluh cukup. Bapak di rumah dengan anak. Karna saya kejar. Aktivitas juga masih bisa dilakukan seperti biasa” (Informan LS, 3 Agustus 2020)</p>	
Intensitas bertemu pasien rawat jalan	<p>“Sudah sering bertemu karena pasien sudah melakukan perawatan sudah lama. Tapi baru ketemu saya untuk memberikan pelayanan baru sekali. Nantinya akan ada follow up terkait hasil konseling hari ini. Bagaimana kondisi terkini, apakah sudah</p>	<p>“Sudah sering bertemu karena pasien sudah melakukan perawatan sudah lama. Tapi baru ketemu saya untuk memberikan pelayanan baru sekali. Nantinya akan ada follow up terkait hasil konseling hari ini. Bagaimana kondisi terkini, apakah sudah dibuatkan atau belum. Nanti jika</p>	<p>Pekerja Sosial Medis akan bertemu pasien rawat jalan sesuai dengan kebutuhan dari masing-masing pasien dan rekomendasi dari dokter penanggung jawab.</p>

	<p>dibuatkan atau belum. Nanti jika memungkinkan akan dilakukan pengecekan ke rumah pasien. Antara 1 hingga 2 minggu mendatang. Jika memang kondisi memungkinkan dan mendapat persetujuan dari dokter” (Informan PL, 3 Agustus 2020).</p> <p>“3 bulan ini sudah di instalasi paliatif. Kadang seminggu sekali, tidak tentu. Kalau Cuma bertemu dan diantar ke dokter sering mbak. Kalau ngobrol seperti tadi baru sekali.” (Informan MS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Kalau kali-kalinya sendiri saya tidak menghitung, yang jelas sudah sekitar 3 bulan. Ngobrol masalah ekonomi masih baru sekali tadi. Soalnya selama ini masih fokus bapaknya berobat.” (Informan AS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Saya sudah 1 bulan berobat di sini. Intensitasnya 1 minggu sekali ke Dokter Wiwiek. Baru</p>	<p>memungkinkan akan dilakukan pengecekan ke rumah pasien. Antara 1 hingga 2 minggu mendatang. Jika memang kondisi memungkinkan dan mendapat persetujuan dari dokter” (Informan PL, 3 Agustus 2020).</p> <p>“3 bulan ini sudah di instalasi paliatif. Kadang seminggu sekali, tidak tentu. Kalau Cuma bertemu dan diantar ke dokter sering mbak. Kalau ngobrol seperti tadi baru sekali.” (Informan MS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Kalau kali-kalinya sendiri saya tidak menghitung, yang jelas sudah sekitar 3 bulan. Ngobrol masalah ekonomi masih baru sekali tadi. Soalnya selama ini masih fokus bapaknya berobat.” (Informan AS, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Saya sudah 1 bulan berobat di sini. Intensitasnya 1 minggu sekali ke Dokter Wiwiek. Baru satu kali ini kalau untuk bertatap muka” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Tapi dari awal sudah bertemu Bu</p>	
--	---	--	--

	<p>satu kali ini kalau untuk bertatap muka” (Informan A, 3 Agustus 2020)</p> <p>“Tapi dari awal sudah bertemu Bu Puji. Kadang mengantar, kadang bertanya mengenai kondisi bapak(Informan LS, 3 Agustus 2020)</p>	<p>Puji. Kadang mengantar, kadang bertanya mengenai kondisi bapak(Informan LS, 3 Agustus 2020)</p>	
<p>Pentingnya pekerja sosial medis</p>	<p>“Bagi saya, untuk melengkapi dan sebagai kepanjangan tangan kita. Karena kembali lagi memberikan pelayanan harus paripurna, service excellent, ya sangat penting keberadaan pekerja sosial medis. Paliatif itu bukan hanya tentang biopsychosocial saja, namun juga menyangkut kultural dan spiritual. Ketika pasien sakit pelayanan yang kita berikan juga harus memperhatikan latar belakang kulturalnya. Cara penyampaian, gaya bicara, pendekatan-pendekatan di untuk setiap kultur yang berbeda juga akan berbeda. Kemudian ketika sakit apakah pasien hanya terganggu fungsi sosialnya? Tidak. Pasien juga akan terganggu fungsi sosialnya?”</p>	<p>“Bagi saya, untuk melengkapi dan sebagai kepanjangan tangan kita. Karena kembali lagi memberikan pelayanan harus paripurna, service excellent, ya sangat penting keberadaan pekerja sosial medis. Paliatif itu bukan hanya tentang biopsychosocial saja, namun juga menyangkut kultural dan spiritual. Ketika pasien sakit pelayanan yang kita berikan juga harus memperhatikan latar belakang kulturalnya. Cara penyampaian, gaya bicara, pendekatan-pendekatan di untuk setiap kultur yang berbeda juga akan berbeda. Kemudian ketika sakit apakah pasien hanya terganggu fungsi sosialnya? Tidak. Pasien juga akan terganggu dalam aspek spiritualnya.</p>	<p>Pekerja sosial medis sangat penting dan dibutuhkan di instalasi paliatif untuk mendukung terciptanya perawatan yang holistik.</p>

	<p>Tidak. Pasien juga akan terganggu dalam aspek spiritualnya. Spiritual itu tidak hanya tentang agama, namun agama di dalamnya. Spiritual termasuk juga integritas pasien, dan lain sebagainya. Ini harus diperhatikan dalam pelayanan paliatif” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Peksos Medis itu penting di Paliatif terutama karena pasiennya banyak pasien kanker stadium lanjut. Tapi sebetulnya paliatif itu bukan hanya untuk kanker. Sehingga HIV/AIDS juga ada tapi sebagian besar kanker yang sudah stadium lanjut. Pendekatan pasien dengan kanker itu otomatis banyak penderitannya tidak hanya fisik, psikologi, sosial, kultural dan spiritual. Karena nomor satu di paliatif itu pengobatannya dan pendekatannya harus holistik. Jadi melihat seseorang tidak bisa hanya fisik saja tapi semua aspek harus dilihat” (Informan AAF, 5</p>	<p>Spiritual itu tidak hanya tentang agama, namun agama di dalamnya. Spiritual termasuk juga integritas pasien, dan lain sebagainya. Ini harus diperhatikan dalam pelayanan paliatif” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Peksos Medis itu penting di Paliatif terutama karena pasiennya banyak pasien kanker stadium lanjut. Tapi sebetulnya paliatif itu bukan hanya untuk kanker. Sehingga HIV/AIDS juga ada tapi sebagian besar kanker yang sudah stadium lanjut. Pendekatan pasien dengan kanker itu otomatis banyak penderitannya tidak hanya fisik, psikologi, sosial, kultural dan spiritual. Karena nomor satu di paliatif itu pengobatannya dan pendekatannya harus holistik. Jadi melihat seseorang tidak bisa hanya fisik saja tapi semua aspek harus dilihat” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>“Kedua adalah interdisipliner karena dengan permasalahan yang sangat kompleks. Pasien kanker itu biasanya perjalanan pengobatannya itu</p>	
--	--	--	--

	<p>Agustus 2020)</p> <p>“Kedua adalah interdisipliner karena dengan permasalahan yang sangat kompleks. Pasien kanker itu biasanya perjalanan pengobatannya itu kompleks sekali. Jadi penderitaannya tidak hanya pasiennya saja tapi keluarganya juga. Makannya di sini ada penyakit dalam, ada radiologi, psikiatri untuk menghadle dari aspek itu fisik, psikologis, sosial, kultural, spiritual. Ada relawan ada rohaniawan, dan lain sebagainya. Kemudian multiprofesional, profesi apa saja. Gizi, psikolog ada. Multiprofesional, boleh. Yang penting orang itu bisa membantu. Multi modalitas, karena di paliatif itu tidak mengganggu perjalanan penyakitnya. Penyakitnya ini diobati dengan orang kuratif. Tapi keluhan-keluhannya ini yang muncul baik dari kankernya atau dari masalah efek samping</p>	<p>kompleks sekali. Jadi penderitaannya tidak hanya pasiennya saja tapi keluarganya juga. Makannya di sini ada penyakit dalam, ada radiologi, psikiatri untuk menghadle dari aspek itu fisik, psikologis, sosial, kultural, spiritual. Ada relawan ada rohaniawan, dan lain sebagainya. Kemudian multiprofesional, profesi apa saja. Gizi, psikolog ada. Multiprofesional, boleh. Yang penting orang itu bisa membantu. Multi modalitas, karena di paliatif itu tidak mengganggu perjalanan penyakitnya. Penyakitnya ini diobati dengan orang kuratif. Tapi keluhan-keluhannya ini yang muncul baik dari kankernya atau dari masalah efek samping pengobatannya, atau masalah-masalah yang lainnya. Itu pentingnya ada di situ pekerja sosial itu tadi. Untuk menghadle keluarganya. Mungkin dia pada waktu sakit gapapa, tapi selama perjalanan pengobatannya dengan progresivitas penyakitnya maka dia tidak bisa bekerja, misalnya gajinya dikurangi atau diberhentikan atau apa. Itu berdampak pada keluarganya.</p>	
--	---	--	--

	<p>pengobatannya, atau masalah-masalah yang lainnya. Itu pentingnya ada di situ pekerja sosial itu tadi. Untuk menghadle keluarganya. Mungkin dia pada waktu sakit gapapa, tapi selama perjalanan pengobatannya dengan progresivitas penyakitnya maka dia tidak bisa bekerja, misalnya gajinya dikurangi atau diberhentikan atau apa. Itu berdampak pada keluarganya. Pekerja sosial itu menghandle itu, untuk membantu bagaimana bisa mendapat data dan bisa membantu sebisa mungkin. Mangkannya di situ ada relawan, dan orang-orang yang ingin menolong, seperti CSR. Karena memang dampaknya sampek sebegitu. Bisa diberhentikan siapapun. Baik suami maupun istri kalau yang sakit itu tadi. Yang ke 3 pelayanan sepenuh hati. Artinya dia seperti keluarga kita. Tapi bukan berarti kita handle semuanya. Nomor satu dia harus mandiri, mana bagian-</p>	<p>Pekerja sosial itu menghandle itu, untuk membantu bagaimana bisa mendapat data dan bisa membantu sebisa mungkin. Mangkannya di situ ada relawan, dan orang-orang yang ingin menolong, seperti CSR. Karena memang dampaknya sampek sebegitu. Bisa diberhentikan siapapun. Baik suami maupun istri kalau yang sakit itu tadi. Yang ke 3 pelayanan sepenuh hati. Artinya dia seperti keluarga kita. Tapi bukan berarti kita handle semuanya. Nomor satu dia harus mandiri, mana bagian-bagian yang dia harus dibantu. Untuk nyeri jelas bidangnya kita, psikologis kita ada psikiatri untuk psikoterapi. Sosial ya itu kita carikan. Kalau tidak bisa sekolah, bayar SPP, itu kita carikan jalan keluarnya bagaimana. Supaya dia tetap bisa” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>“Yang lebih penting, kadang-kadang orang kalau sakit itu all out. Harusnya uangnya untuk biayai anaknya, untuk kehidupannya, malah dipakai untuk mencari alternatif, dsb. Habislah</p>	
--	--	---	--

	<p>bagian yang dia harus dibantu. Untuk nyeri jelas bidangnya kita, psikologis kita ada psikiatri untuk psikoterapi. Sosial ya itu kita carikan. Kalau tidak bisa sekolah, bayar SPP, itu kita carikan jalan keluarnya bagaimana. Supaya dia tetap bisa” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>“Yang lebih penting, kadang-kadang orang kalau sakit itu all out. Harusnya uangnya untuk biayai anaknya, untuk kehidupannya, malah dipakai untuk mencari alternatif, dsb. Habislah uangnya. Itu harus dikemukakan, karena di sini penyakitnya terminal. Kita juga tidak bisa menyalahkan, mereka di sini kan ingin sembuh. Pasien ini rata-rata stadium lanjut. Kadang-kadang sampai hutang, menjual sawahnya, dsb. Kalau jual sawah, sawahnya habis, orangnya tidak tertolong, anaknya tidak bisa sekolah. Itu kenapa pentingnya paliatif itu</p>	<p>uangnya. Itu harus dikemukakan, karena di sini penyakitnya terminal. Kita juga tidak bisa menyalahkan, mereka di sini kan ingin sembuh. Pasien ini rata-rata stadium lanjut. Kadang-kadang sampai hutang, menjual sawahnya, dsb. Kalau jual sawah, sawahnya habis, orangnya tidak tertolong, anaknya tidak bisa sekolah. Itu kenapa pentingnya paliatif itu mengurangi keluhannya, menjaga semangatnya dan mempersiapkan seandainya sewaktu-waktu dia akan meninggal. Kematian itu adalah sesuai yang normal. Yang penting dia tidak menderita. Itu tidak gampang untuk orang bisa menerima seperti itu, dan kita juga tidak gampang untuk memberikan penjelasan. Tapi juga jangan sampai memberi harapan palsu. Kuncinya adalah komunikasi. Komunikasi itu mendengarkan. Yang terpenting pasien membaik kualitas hidupnya, bisa aktivitas dan lain sebagainya” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>Jadi 5 aspek ini harus paralel, tidak</p>	
--	---	--	--

	<p>mengurangi keluhannya, menjaga semangatnya dan mempersiapkan seandainya sewaktu-waktu dia akan meninggal. Kematian itu adalah sesuai yang normal. Yang penting dia tidak menderita. Itu tidak gampang untuk orang bisa menerima seperti itu, dan kita juga tidak gampang untuk memberikan penjelasan. Tapi juga jangan sampai memberi harapan palsu. Kuncinya adalah komunikasi. Komunikasi itu mendengarkan. Yang terpenting pasien membaik kualitas hidupnya, bisa aktivitas dan lain sebagainya” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>Jadi 5 aspek ini harus paralel, tidak bisa hanya fisiknya saja. Lah ini pentingnya paliatif itu harusnya sejak dini. Soalnya untuk mendampingi. Kadangkan dokter menyampaikan harus operasi, kemo, itu stress itu pasiennya. Kalau stress kan kondisinya turun. Mungkin</p>	<p>bisa hanya fisiknya saja. Lah ini pentingnya paliatif itu harusnya sejak dini. Soalnya untuk mendampingi. Kadangkan dokter menyampaikan harus operasi, kemo, itu stress itu pasiennya. Kalau stress kan kondisinya turun. Mungkin operasi bisa, tapi kemo stress tidak ada hasilnya. Maka dari itu harus dimulai sejak awal. Imun dan semangatnya dijaga, itu hasilnya akan lebih bagus. Problemnnya sangat banyak sekali. Contoh pasien butuh sinar, alatnya sedikit, antri sampai enam bulan. 6 bulan kan selnya replikasi, stadiumnya naik. Jadi sejak awal dia di diagnosa sudah paliatif harus masuk. Membuat badnews ketika diagnosa juga tidak gampang” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>“Jadi fokusnya di paliatif itu pasien dan keluarga. Karena di paliatif itu kalau pasiennya sakit satu keluarga ikut sakit. Itu pentingnya social worker itu di situ. Untuk mengantisipasi, mencegah sekaligus mengobati. Supaya tidak salah</p>	
--	--	---	--

	<p>operasi bisa, tapi kemo stress tidak ada hasilnya. Maka dari itu harus dimulai sejak awal. Imun dan semangatnya dijaga, itu hasilnya akan lebih bagus. Problemnya sangat banyak sekali. Contoh pasien butuh sinar, alatnya sedikit, antri sampai enam bulan. 6 bulan kan selnya replikasi, stadiumnya naik. Jadi sejak awal dia di diagnosa sudah paliatif harus masuk. Membuat badnews ketika diagnosa juga tidak gampang” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>“Jadi fokusnya di paliatif itu pasien dan keluarga. Karena di paliatif itu kalau pasiennya sakit satu keluarga ikut sakit. Itu pentingnya social worker itu di situ. Untuk mengantisipasi, mencegah sekaligus mengobati. Supaya tidak salah decision makernya. Itu pentingnya harus ada konseling itu tadi. Jadi bisa mengenai semua level. Cuman yang paling butuh bantuan kan</p>	<p>decision makernya. Itu pentingnya harus ada konseling itu tadi. Jadi bisa mengenai semua level. Cuman yang paling butuh bantuan kan level bawah. Itu pentingnya penjelasan, edukasi dan motivasi. Nyeri saja tidak hanya dari fisik, total pain. Tapi di paliatif itu total suffering. Jadi keluhan A-Z itu ada di paliatif. Jadi pekerja sosial itu sangat dibutuhkan di paliatif itu. Karena dokternya tidak mungkin bisa menghandle, yang bisa hanya secara umum. Tapi lebih detail tindak lanjut dan solusinya itu di pekerja sosial medis yang tahu persis” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p>	
--	--	--	--

	<p>level bawah. Itu pentingnya penjelasan, edukasi dan motivasi. Nyeri saja tidak hanya dari fisik, total pain. Tapi di paliatif itu total suffering. Jadi keluhan A-Z itu ada di paliatif. Jadi pekerja sosial itu sangat dibutuhkan di paliatif itu. Karena dokternya tidak mungkin bisa handle, yang bisa hanya secara umum. Tapi lebih detail tindak lanjut dan solusinya itu di pekerja sosial medis yang tahu persis” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p>		
<p>Harapan untuk pekerja sosial</p>	<p>“Pekerja sosial wawasannya harus luas, harus bisa mengantisipasi karena problemnya luar biasa. Jadi kalau punya program, punya target ya harus punya networking dengan minimal CSR-CSR itu. Jadi selama ini kita masih dari personil dokter-dokternya, atau dari bantuan mana. Tapi kalau bisa kerjasama dengan CSR kita memberikan data itu lebih bagus. Jadi PSM harus proaktif untuk selain profesional di bidangnya, paham dan punya kompetensi,</p>	<p>“Pekerja sosial wawasannya harus luas, harus bisa mengantisipasi karena problemnya luar biasa. Jadi kalau punya program, punya target ya harus punya networking dengan minimal CSR-CSR itu. Jadi selama ini kita masih dari personil dokter-dokternya, atau dari bantuan mana. Tapi kalau bisa kerjasama dengan CSR kita memberikan data itu lebih bagus. Jadi PSM harus proaktif untuk selain profesional di bidangnya, paham dan punya kompetensi, tapi juga harus punya kreatifitas dan inovasi untuk</p>	<p>Diharapkan pekerja sosial dapat memiliki jaringan yang luas, sehingga dapat dijadikan sebagai potensi sumber kesejahteraan sosial.</p>

	<p>tapi juga harus punya kreatifitas dan inovasi untuk bisa mencari solusi. Karena pasiennya rata-rata tidak kuat dan tidak mampu. Pasti goncang secara finansial. Didiagnoasa saja goncang apalagi pengobatan itu biayanya banyak. Kadangkala ada BPJS tapi tidak semua obat di cover, kedua untuk transportasi dan pengobatannya rata-rata lama. Pasti berpengaruh, berat. Harusnya gotongroyong dengan CSR. Apalagi dengan kondisi covid seperti ini” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p>	<p>bisa mencari solusi. Karena pasiennya rata-rata tidak kuat dan tidak mampu. Pasti goncang secara finansial. Didiagnoasa saja goncang apalagi pengobatan itu biayanya banyak. Kadangkala ada BPJS tapi tidak semua obat di cover, kedua untuk transportasi dan pengobatannya rata-rata lama. Pasti berpengaruh, berat. Harusnya gotongroyong dengan CSR. Apalagi dengan kondisi covid seperti ini” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p>	
Pelaporan dan Evaluasi	<p>“Ya, Pekerja Sosial Medis harus selalu melakukan pelaporan hasil intervensi dengan pasien yang telah ia tangani. Pekerja Sosial bisa memberikan informasi terkait kondisi lingkungan fisik dan sosial pasien yang kemudian nanti akan menjadi pertimbangan untuk tim medis, khususnya untuk memberikan anjuran kepada keluarga pasien untuk</p>	<p>“Ya, Pekerja Sosial Medis harus selalu melakukan pelaporan hasil intervensi dengan pasien yang telah ia tangani. Pekerja Sosial bisa memberikan informasi terkait kondisi lingkungan fisik dan sosial pasien yang kemudian nanti akan menjadi pertimbangan untuk tim medis, khususnya untuk memberikan anjuran kepada keluarga pasien untuk memberikan alat bantu kepada pasien. Pekerja Sosial Medis</p>	<p>Pekerja Sosial Medis wajib melaporkan hasil asesmen atau intervensinya kepada dokter dan kepala rumah sakit. Setelah pelaporan, akan ada evaluasi untuk menentukan bersama kebijakan bagi pasien.</p>

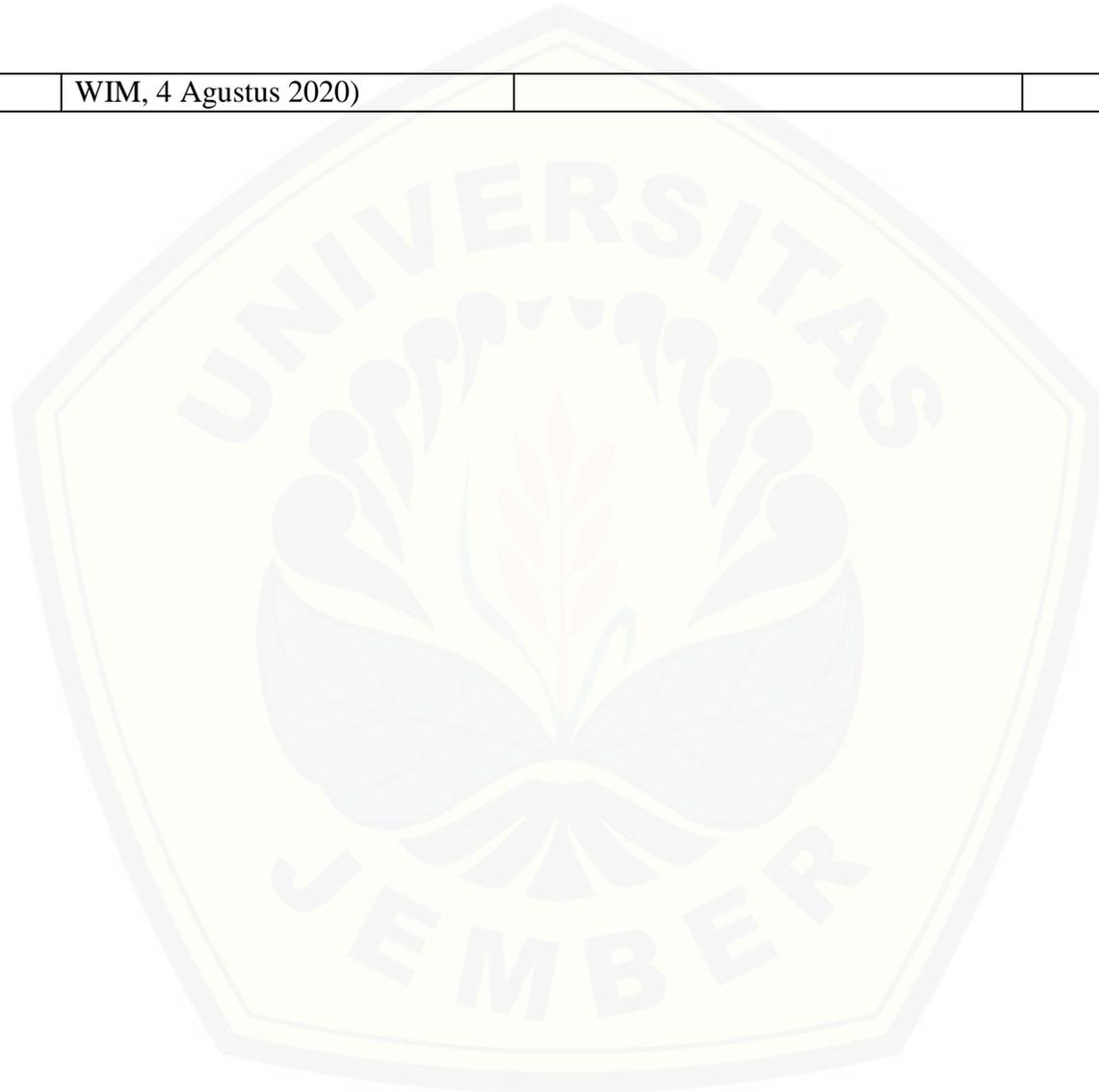
	<p>memberikan alat bantu kepada pasien. Pekerja Sosial Medis yang dulu, sebelum Bu Puji selain di Instalasi Paliatif juga di Rehab Medik. Jadi semisal membutuhkan pembuatan kaki palsu, itu dia bisa membantu karena tahu jalurnya” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Pekerja sosial medis melakukan asesmen ketika bed consul dan ketika melakukan pelayanan-pelayanan lain, kemudian Pekerja sosial medis jelas melakukan pelaporan terkait hasil asesmen yang dilakukan kepada pasien. Terlebih untuk pasien prioritas untuk pasien-pasien yang memang benar-benar membutuhkan dan bisa dicarikan jalan keluar. Terutama pasien-pasien di rumah. Harus ada diskusi karena memang butuh komunikasi. Beberapa mengangkat untuk membiayai sekolahnya. Kadang-kadang mereka juga di handle</p>	<p>yang dulu, sebelum Bu Puji selain di Instalasi Paliatif juga di Rehab Medik. Jadi semisal membutuhkan pembuatan kaki palsu, itu dia bisa membantu karena tahu jalurnya” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Pekerja sosial medis melakukan asesmen ketika bed consul dan ketika melakukan pelayanan-pelayanan lain, kemudian Pekerja sosial medis jelas melakukan pelaporan terkait hasil asesmen yang dilakukan kepada pasien. Terlebih untuk pasien prioritas untuk pasien-pasien yang memang benar-benar membutuhkan dan bisa dicarikan jalan keluar. Terutama pasien-pasien di rumah. Harus ada diskusi karena memang butuh komunikasi. Beberapa mengangkat untuk membiayai sekolahnya. Kadang-kadang mereka juga di handle keluarganya. Membuat kaki palsu. Kadang kita juga dimanfaatkan oleh calo-calo. Sehingga kita dibenturkan dengan keadaan yang tidak enak. Kadang kita bantu semua, pasien malah pasrah semua, sampai</p>	
--	---	---	--

	<p>keluarganya. Membuat kaki palsu. Kadang kita juga dimanfaatkan oleh calo-calo. Sehingga kita dibenturkan dengan keadaan yang tidak enak. Kadang kita bantu semua, pasien malah pasrah semua, sampai seenaknya sendiri. Tapi dia di suruh mandiri dan kita menangani mana yang memang benar-benar harus di bantu, itu yang tahu Pekerja Sosial” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>“Ya pasti ada evaluasi yang dilakukan. Baik kepada pasien yang mendapatkan intervensi dari pekerja sosial medis maupun pekerja sosial medis itu sendiri. Misalnya, nanti pasien A kontrol, Bu Puji akan mem follow up. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga pasien dalam hal intervensi yang telah direkomendasikan sebelumnya, kemudian dampaknya bagaimana. Karena ditambah dengan adanya intervensi dari saya secara fisik dan psikologis dari psikiatri.</p>	<p>seenaknya sendiri. Tapi dia di suruh mandiri dan kita menangani mana yang memang benar-benar harus di bantu, itu yang tahu Pekerja Sosial” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p> <p>“Ya pasti ada evaluasi yang dilakukan. Baik kepada pasien yang mendapatkan intervensi dari pekerja sosial medis maupun pekerja sosial medis itu sendiri. Misalnya, nanti pasien A kontrol, Bu Puji akan mem follow up. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga pasien dalam hal intervensi yang telah direkomendasikan sebelumnya, kemudian dampaknya bagaimana. Karena ditambah dengan adanya intervensi dari saya secara fisik dan psikologis dari psikiatri. Tentunya hal itu akan memperbaiki kondisi sosial dari pasien. Khususnya kemampuan sosialnya. Contohnya ketika caring sekarang setidaknya menyapa tetangga sudah bisa, kemudain sudah punya keinginan. Bu Puji nanti akan kita nilai juga terkait apa saja intervensi yang sudah diberikan. Nantinya akan bisa menjadi kebijakan bagi dokter</p>	
--	--	--	--

	<p>Tentunya hal itu akan memperbaiki kondisi sosial dari pasien. Khususnya kemampuan sosialnya. Contohnya ketika caring sekarang setidaknya menyapa tetangga sudah bisa, kemudain sudah punya keinginan. Bu Puji nanti akan kita nilai juga terkait apa saja intervensi yang sudah diberikan. Nantinya akan bisa menjadi kebijakan bagi dokter penanggungjawabnya” ” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Evaluasi dilakukan secara informal. Untuk rutin tertulis ya dengan home care itu. Jadi, ketika Home Care, pekerja sosial medis akan memberikan laporan tertulis mengenai kondisi lingkungan sosial pasien. Termasuk juga melihat aspek spiritual dan kulturalnya. Sehingga hal ini nanti akan menjadi bahan pertimbangan untuk pelayanan home care pada jadwal selanjutnya” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p>	<p>penanggungjawabnya” ” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p> <p>“Evaluasi dilakukan secara informal. Untuk rutin tertulis ya dengan home care itu. Jadi, ketika Home Care, pekerja sosial medis akan memberikan laporan tertulis mengenai kondisi lingkungan sosial pasien. Termasuk juga melihat aspek spiritual dan kulturalnya. Sehingga hal ini nanti akan menjadi bahan pertimbangan untuk pelayanan home care pada jadwal selanjutnya” (Informan AAF, 5 Agustus 2020)</p>	
Program yang di	“Program pelayanan bisa diajukan	“Program pelayanan bisa diajukan asal	Pekerja sosial medis

inisiasi peksomedis	<p>asal mendapat persetujuan dengan dokter dari pasien itu sendiri. Sejauh ini ketika melakukan pelayanan intervensi diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien dan nantinya hasilnya akan dilaporkan kepada dokter. Sebagai contoh, pasien A yang memiliki permasalahan sosial yaitu tidak mampu melakukan aktivitas fisik seperti duduk dan berjalan. Saya kemudian memberikan rekomendasi ke Bu Puji bahwa ada pasien yang memiliki permasalahan sosial. Diusahakan untuk dicontohkan dimonitor dan di follow up. Apa yang disampaikan kepada pasien harus sesuai dengan instruksi dari dokter. Kita sebagai tim medis tidak boleh terlalu masuk ke kehidupan mereka tidak boleh. Tapi PSM mempunyai ide atau gagasan contoh, “Dokter saya akan ke rumahnya untuk memfollow up pasien”. Tapi harus dengan persetujuan dan diskusi dengan dokter” (Informan</p>	<p>mendapat persetujuan dengan dokter dari pasien itu sendiri. Sejauh ini ketika melakukan pelayanan intervensi diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien dan nantinya hasilnya akan dilaporkan kepada dokter. Sebagai contoh, pasien A yang memiliki permasalahan sosial yaitu tidak mampu melakukan aktivitas fisik seperti duduk dan berjalan. Saya kemudian memberikan rekomendasi ke Bu Puji bahwa ada pasien yang memiliki permasalahan sosial. Diusahakan untuk dicontohkan dimonitor dan di follow up. Apa yang disampaikan kepada pasien harus sesuai dengan instruksi dari dokter. Kita sebagai tim medis tidak boleh terlalu masuk ke kehidupan mereka tidak boleh. Tapi PSM mempunyai ide atau gagasan contoh, “Dokter saya akan ke rumahnya untuk memfollow up pasien”. Tapi harus dengan persetujuan dan diskusi dengan dokter” (Informan WIM, 4 Agustus 2020)</p>	<p>diperbolehkan menginisiasi program asalkan mendapatkan persetujuan dari dokter dan kepala instalasi paliatif.</p>
---------------------	---	---	--

	WIM, 4 Agustus 2020)		
--	----------------------	--	--



Lampiran C. Surat Permohonan Izin Penelitian





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
 Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id - pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 3693 /UN25.3.1/LT/2019
 Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

6 September 2019

Yth. Kepala
 Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik
 Provinsi Jawa Timur
 Di
 Surabaya

Memperhatikan surat dari Wakil Dekan I Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Jember nomor 3223/UN25.1.2/LT/2019 tanggal 5 September 2019 perihal Ijin Penelitian mahasiswa,

Nama : Misnia Septa Andiana
 NIM : 160910301002
 Fakultas : Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik
 Jurusan : Ilmu Kesejahteraan Sosial
 Alamat : Jl. Bangka IV No.28 Sumbersari-Jember
 Judul Penelitian : "Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif"
 Lokasi Penelitian : RSUD Dr. Soetomo Surabaya
 Jl. Mayjen Moestopo No.6-8 Airlangga, Gubeng-Surabaya
 Lama Penelitian : 3 Bulan (9 September-30 November 2019)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.

Ketua
 Sekretaris II,

 Dr. Susanto, M.Pd.
 NIP. 196306161988021001

Tembusan Yth
 1. Direktur RSUD dr. Soetomo Surabaya;
 2. Dekan FISIP Universitas Jember;
 3. Mahasiswa ybs;
 4. Arsip.

Lampiran D. Surat Balasan RSUD Dr. Soetomo



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SOETOMO SURABAYA
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Jl. Prof.Dr.Moetopo No. 6-8 Tlp. 031-5501073,5501164
SURABAYA

NOTA DINAS

Kepada Yth : 1. Kepala Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri
2.
3.
RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Dari : Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan
Nomor : 070/ 1447 / 301.4.2/Litb/X /2019
Tanggal : 09 09 2019
Perihal : Permohonan Penunjukan Pembimbing Klinis.

Menunjuk surat dari Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember nomor. 3693/UN25.3.1/LT/2019 Tanggal 6 September 2019, perihal pada pokok surat, dengan ini kami mohon penunjukan pembimbing klinis atas nama :

Misnia Septe Andiana
NRP/NIM. 160910301002

Dengan judul :

" Praktik Pekerja Sosial Medis Dalam Perawatan Paliatif
(Studi Kasus Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya)"

guna memperoleh bantuan pengesahan form lembar Isian Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Soetomo sebagai salah satu persyaratan telaahan kelayakan etik kesehatan.

Atas perhatian dan bantuan Saudara di sampaikan terima kasih.

Kepala Bidang Litbang
dr. Tri Wahyu Martanto, SpOT(K)
Pembina TK.I
NIP:19650314 199011 1 001

Tembusan Kepada :Yth

1. Direktur Utama RSUD Dr. Soetomo (sebagai laporan)
2. Direktur Pendidikan Profesi & Penelitian
3. Arsip

Lampiran E. Surat Keterangan *Good Clinical Practice*

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
 Jl. Prof. Dr. Moestopo 6-8, Telp. 031-5501111, 1222, 1333, 1444, Fax. 031-5022068, 5028735.
SURABAYA - 60286

**SURAT KETERANGAN**

No. : 070/1784/CRU/IX /2019

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan, bahwa :

Nama : MISNIA SEPTA ANDIANA.....
 NIM : 160910301002.....
 Asal SMF/Instalasi : UNIVERSITAS JEMBER.....

Telah menerima pemaparan terkait **Good Clinical Practice (GCP) Singkat**
 dari Sekretariat Tim CRU (*Clinical Research Unit*) Bidang Penelitian dan Pengembangan,
 Tanggal 30 September 2019, Jam 10.06.....

Demikian surat keterangan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 30 SEP 2019 -

**Wini Damayanti Hasan, S.Kep., Ns.**

Lampiran F. Surat Penunjukan Pembimbing Klinis



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SOETOMO
INSTALASI PALIATIF & BEBAS NYERI

Jl. May. Jen Prof. Dr. Moestopo 6-8 Telp. (031)5501089, Fax : (031) 5018840
Surabaya 60285

NOTA DINAS

Kepada Yth. : Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan
RSUD Dr. Soetomo
Dari : Kepala Instalasi Paliatif & Bebas Nyeri
RSUD Dr. Soetomo
Tanggal : 3 Desember 2019
Nomor : 070 /010/IPBN/IXII/2019
Lampiran : -
Perihal : Pembimbing Klinis

Menindak lanjuti surat Kepala Bidang Penelitian & Pengembangan tanggal, 9 Oktober 2019, Nomor : 070/1447/301.4.2/Litb/X/2019, Perihal pada pokok surat, maka dengan ini kami menunjuk staf kami **Dr. Wiwiek Indriyani Maskoep,dr.,SpPD.,FINASIM.** sebagai pembimbing klinis bagi mahasiswa S1:

Nama : Misnia Septe Andiana
NRP/NIM : 160910301002
Institusi : Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember
Judul : Praktik Pekerja Sosial Medis dalam Perawatan Paliatif

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Kepala Instalasi Paliatif & Bebas Nyeri



H. Agus Alf Fapri, PGD, Pall. Med (ECU)
NIP. 19830223 198903 1 005

Lampiran G. Sertifikat Laik Etik



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(“ ETHICAL CLEARANCE ”)**

1952/KEPK/IV/2020

**KOMITE ETIK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA TELAH MEMPELAJARI
SECARA SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA
DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN JUDUL :**

**“ PRAKTIK PEKERJA SOSIAL MEDIS DALAM PERAWATAN PALIATIF (STUDI
KASUS RUMAH SAKIT DR. SOETOMO SURABAYA) ”**

PENELITI UTAMA : Dr. Wiwiek Indriyani Maskoep, dr., Sp.PD., FINASIM
PENELITI LAIN : 1. Agustina Konginan, dr., Sp.KJ (K)
2. Misnia Septa Andiana

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN : RSUD Dr. Soetomo

DINYATAKAN LAIK ETIK

Berlaku dari : 16/04/2020 s.d 16/04/2021
Surabaya, 16 April 2020
KETUA



(Dr. Elizeus Hanindito, dr., Sp.An, KIC, KAP)
NIP. 19511007 197903 1 002

***) Sertifikat ini dinyatakan sah apabila telah mendapatkan stempel asli dari Komite Etik
Penelitian Kesehatan**

Lampiran I. Form Asesmen Pekerja Sosial Medis


 PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RSUD Dr. SOETOMO
 Jln. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 9-8 Surabaya
 

FORMULIR LAPORAN PEKERJA SOSIAL MEDIK

Identifikasi Sosial Medis

Nama Lengkap Pasien :
 Tgl. Lahir Pasien :
 No. RM Pasien :
 Alamat Pasien :

1. Data keluarga :
 Orang tua :
 Saudara : Pendidikan : Pekerjaan :
 Anak :

2. Keadaan dan aktivitas penderita :

3. Tanggapan penderita terhadap penyakit dan masa depannya :

4. Tanggapan keluarga terhadap penderita :

5. Tanggapan masyarakat terhadap keadaan penderita :

6. Sosial ekonomi keluarga penderita :

7. Keadaan tempat tinggal dan lingkungan penderita :

8. Kesimpulan penderita :

9. Rencana kerja PSM :

Tanggal Jam WIB
 Nama dan Tanda Tangan Sosial Medik



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RSUD Dr. SOETOMO
Jln. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya



Nama Lengkap :
Tgl. Lahir :
No. RM :

RM 05 RJ

ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PALIATIF & BEBAS NYERI

Disiisi oleh Perawat

Tanggal / Bulan / Tahun : , Jam : WIB

I. DATA AWAL

Rujukan : Ya, dari : RS Puskesmas
 Dr Lainnya

Diagnosis rujukan

Tidak, datang sendiri

BB : TB :

Perkawinan : Belum Kawin Cerai Janda/duda

Pendidikan : SD SMP SMA Akademi Perguruan tinggi Pasca sarjana

Tempat tinggal : Rumah pribadi Rumah keluarga Kontrak Panti jompo Lain2 :

KELUHAN UTAMA :

.....

.....

.....

II. TANDA VITAL

Tekanan darah : mmHg, Respirasi : x/menit, Nadi : x/menit

Suhu : °C, Kesadaran :

III. NUTRISI

- Diet saat ini :
- Penurunan/kenaikan berat badan selama 6 bulan terakhir :
 Tidak Ya, jelaskan
- Apakah asupan nutrisi berkurang karena tidak ada nafsu makan : Tidak Ya

IV. SKRINING RISIKO JATUH : Berisiko Tidak berisiko

- Ada riwayat jatuh 1 tahun sebelumnya : Ya Tidak
- Alat bantu jalan : Ya Tidak
- Kesulitan berdiri/berjalan : Ya Tidak
- Kesulitan menahan BAK/BAB : Ya Tidak
- Mengonsumsi obat yang membuat pusing/lelah atau obat tidur :
 Ya, jenis/nama obat Tidak
- Ada keluhan pusing kepala / mata berkunang-kunang / badan lemas hendak jatuh : Ya Tidak
- Aktivitas sehari-hari harus dibantu : Ya Tidak
- Masalah keperawatan :
- Penanganan : Tindakan keperawatan : Tidak Ya,
- Bantuan transfer : Tidak Ya,
- Edukasi/informasi : Tidak Ya,

V. ASESMEN NYERI (Wong Baker Scale)








Tidak Nyeri Sedikit Nyeri Agak Mengganggu Mengganggu Aktivitas Sangat Mengganggu Tak Tertahankan

Dalam 1 minggu terakhir :

- Nyeri paling ringan : Nyeri paling berat :
- Nyeri rata-rata : Nyeri saat ini :



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RSUD Dr. SOETOMO
Jln. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya



2. STATUS PSIKIATRIK

- a. Komunikasi : terbuka / lancar / terputus-putus / bahasa non-verbal / mutisme
- b. Pemahaman tentang penyakit dan harapan hidup
 - Pasien : Sudah tahu → Fase : denial / anger / bargaining / depresi / acceptance
Belum tahu → ingin tahu / tidak mau tahu
 - Keluarga : Sudah tahu → Fase : denial / anger / bargaining / depresi / acceptance
Belum tahu → ingin tahu / tidak mau tahu
- c. Mood : normal / cemas / depresi / marah / anhedonia
Afek : serasi / tidak serasi
- d. Proses pikir : jernih / bingung / gangguan insight / preokupasi
- e. Hubungan interpersonal : biasa / dingin / menarik diri / cari kambing hitam
- f. Persepsi : normal / halusinasi / ilusi / depersonalisasi / derealisasi
- g. Arti nyeri / sakit : hukuman / tantangan / musuh / kegagalan / nilai positif / cobaan
- h. Kemauan : wajar / menurun / meningkat / negativistik / ambivalen

Pemeriksaan Psikologis Pasien Berdasarkan HDRS

- Status psikologis pasien : < 6 = Tidak ada depresi 18 - 24 = Depresi sedang
 6 - 17 = Depresi ringan > 24 = Depresi berat

C. PENGOBATAN YANG SUDAH DITERIMA

1. Obat → dapat / tidak

- a.
- b.
- c.
- d.

2. Operasi :
3. Radioterapi :
4. Kemoterapi :
5. Rehabilitasi :
6. Komplemen tx :
7. Alternatif px :

D. STATUS SOSIAL

1. Pekerjaan suami / istri penderita : PNS / Swasta / Wirausaha / Buruh / Petani / Pensiunan / Tidak bekerja
2. Jumlah anggota keluarga :
 - Dalam tanggungan : Ada, jumlah Tidak ada
 - Sudah bekerja : Ada Tidak / Belum, jumlah
3. Yang merawat utama sehari-hari :
 - Suami / istri Tidak ada yang merawat Anggota keluarga lain
 - Anak Tetangga
 - Orang tua Perawat / tenaga kesehatan lain
4. Status tempat tinggal :
 - Milik sendiri Menumpang pada keluarga Tidak tetap
 - Kontrak / sewa Ikut orang lain
5. Hubungan penderita dengan keluarga dan lingkungan :
 - Masih mampu mengerjakan sendiri Dengan menggunakan alat bantu Hanya tiduran saja
 - Sebagian dengan bantuan orang lain Selalu tergantung orang lain

. PEMERIKSAAN PENUNJANG (TERLAMPIR)

 **PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR**
RSUD Dr. SOETOMO
Jln. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya 

VI. PSIKOLOGIS
 Tenang Cemas Takut Marah Sedih Lainnya

VII. SOSIAL

1. Data keluarga :
 Orang tua :
 Saudara : Pendidikan : Pekerjaan :
 Anak :
.....

2. Penanggung jawab perawatan di rumah (*care giver*) :
.....

3. Keadaan dan aktivitas penderita :
.....
.....
.....

4. Tanggapan penderita terhadap penyakit dan masa depannya :
.....
.....
.....

5. Keadaan tempat tinggal dan lingkungan penderita :
.....
.....
.....

VIII. SPIRITUAL PENDERITA
.....
.....
.....

IX. KULTURAL
.....
.....
.....

Tanggal Jam WIB
Nama dan Tanda Tangan Perawat

Lampiran J. Surat Izin Penelitian dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SOETOMO SURABAYA
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Jl. Prof.Dr. Moestopo No. 6-8 Tlp. 031-5501073.5501164
S U R A B A Y A

NOTA DINAS

Kepada Yth	: 1. Kepala Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri 2. 3. RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Dari	: Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan
Nomor	: 070/ 440/ 301.4.2/Litb/IV/2020
Tanggal	: 17 April 2020
Sifat	: Penting
Lampiran	: 1 Explar
Perihal	: Permohonan ijin penelitian

Dengan ini kami mohon ijin penelitian atas nama :

Misnia Septa Andiana

Untuk dapat melaksanakan permohonan ijin penelitian di unit kerja / bagian Saudara dengan judul :

PRAKTIK PEKERJA SOSIAL MEDIS DALAM PERAWATAN PALIATIF (STUDI KASUS RUMAH SAKIT DR. SOETOMO SURABAYA)

Apabila dapat disetujui kami mengharapkan jawaban Saudara dalam waktu tidak terlalu lama guna proses administrasi lebih lanjut. Sebagai bahan pertimbangan Saudara, bersama ini kami lampirkan foto copy sertifikat Kelaikan Etik.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Kepala Bidang/Litbang



Dr. Wahyu Mardianto, dr., Sp.OT (K)
Pembina Tingkat I
NIP. 19650314 199011 1 001

Tembusan :Yth

1. Direktur RSUD Dr. Soetomo (sebagai laporan)
2. Direktur Pendidikan Profesi dan Penelitian

Lampiran K. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Wawancara dengan Informan PL



Gambar 2. Suasana Ruang Tunggu Pasien, Pasien sedang menunggu untuk diperiksa



Gambar 3. Wawancara dengan Informan MS dan AS didampingi Psikiatri



Gambar 4. Wawancara dengan Informan A dan LS didampingi Psikiatri



Gambar 5. Proses Praktik Pekerja Sosial terhadap Informan MS dan AS didampingi Psikiatri



Gambar 6. Proses Wawancara Informan MS dan AS didampingi Psikiatri



Gambar 7. Proses Wawancara Informan AAF



Gambar 8. Proses Wawancara dengan WIM