

PANDUAN UNTUK PENDAMPINGAN DI AKHIR HAYAT

Oleh : Marlina S. Mahajudin

T A Yuwana

Kematian adalah bagian dari proses kehidupan yang wajar, sama halnya dengan kelahiran dan perkawinan. Tetapi jarang orang membicarakannya apa lagi mempersiapkan sendiri kematiannya. Padahal ini sangat penting ; bukankah kita juga mempersiapkan kelahiran anak kita sejak dinyatakan hamil oleh dokter, teratur periksa kehamilan, mempersiapkan kamar, baju dan perlengkapan bayi lainnya. Semangat dan bergembira bahkan sering berakhir menjadi bingung mencari nama anak. Bukankah sama halnya dengan proses pernikahan? Banyak calon mempelai dan kedua orangtua menggunakan jasa *event organizer* (EO) untuk merancang pesta yang meriah .

Bagaimana dengan proses kematian? Karena kematian adalah proses yang akan menimbulkan kehilangan (*loss*) maka orang enggan untuk membicarakannya, mempersiapkan apalagi mempertimbangkan menggunakan jasa EO. Apakah ada jasa EO untuk proses kematian? Mungkin ya, dan mungkin juga tidak. EO yang dimaksud haruslah ikut dari proses awal sampai akhir, yang pada proses kematian antara lain adalah sbb :

1. pendampingan sejak perawatan si sakit
2. pendampingan saat menerima berita buruk (*breaking bad news*) & mengatasi dampaknya
3. ikut merencanakan tujuan akhir hayat penderita dan keluarga
4. pendampingan melalui tahapan kematian
5. membantu melaksanakan kebutuhan dan tugas akhir duniawi penderita
6. pendampingan penderita dan keluarga dalamantisipasi dukacita (*anticipatory grief*)
7. pendampingan saat kematian dan pelaksanaan pemakaman
8. pendampingan keluarga dalam menyelesaikan masalah pasca kematian
9. pendampingan bagi keluarga dalam masa dukacita (*bereavement, grief & mourning*)

Mungkin proses diatas telah banyak dilakukan oleh anggota keluarga yang telah kehilangan seseorang , tetapi tahapan yang mereka lalui sering kali tidak terencana dan tertata dengan apik. Sekali lagi rasa enggan, takut, sedih bahkan rasa tidak berdaya akan menyelimuti kemampuan pendampingan tersebut . Oleh karena itu, pembahasan tahapan proses pendampingan akhir hayat akan membahas secara garis besarnya saja, tanpa mengurangi rasa hormat akan adanya pengaruh agama (religi) maupun budaya setempat yang pasti memiliki cara-cara yang harus tetap dihormati.

KOMUNIKASI DENGAN SISAKIT DAN KELUARGANYA.

Berkomunikasi dengan si sakit tidaklah mudah. Pengaruh gangguan fisik beserta penatalaksanaannya maupun kondisi emosi yang menyertai serta terlalu banyaknya beban pikiran, kemungkinan besar menyebabkan kurangnya fokus perhatian dalam proses mendengarkan (*sensory overload*), gangguan dalam mengolah isi dan makna pesan (inti pembicaraan) sehingga tidak jarang menimbulkan salah persepsi dan salah interpretasi sehingga terjadi kesalahan dalam mengambil keputusan, dan sering kali tidak tersimpan dengan baik dalam daya ingat (*memory*) sehingga acapkali menjadi pencetus keretakan hubungan interpersonal di kemudian hari. Karena itu berkomunikasi dengan si sakit maupun keluarga harus

berhati-hati. Pertama yang harus diingat, jadilah pendengar yang baik. Untuk menghindari salah persepsi dan salah mengambil keputusan seringkali mengulangi isi pesan yang akan dikomunikasikan dengan kalimat pendek tapi jelas, dengan contoh yang konkrit dan diulang-ulang. Bantuan tulisan, denah/flow chart bahkan gambar dikertas sangat membantu. Kertas tersebut juga dapat dipakai sebagai arsip, minimal untuk mengingatkan kembali pembahasan yang terdahulu.

Komunikasi juga dapat dilakukan secara non-verbal, bahkan lebih dipercaya daripada komunikasi verbal. Bahasa tubuh penderita, misalnya perilaku sakit (*pain behavior*) akan lebih mudah dipercaya, sebaliknya penampilan anggota tim medis yang merawat juga dapat menimbulkan salah persepsi. Bisakah dibayangkan perasaan dan apa yang dipersepsikan penderita dengan nyeri berkepanjangan, tiada harapan hidup sedangkan dana sudah terkuras habis dihadapkan dengan tim medis yang memakai baju dan perhiasan gemerlap?

Komunikasi dengan si sakit agak berbeda dengan komunikasi antar teman sejawat ditempat kerja misalnya, karena mencakup riwayat sosial atau profil pasien dan riwayat spiritual. Riwayat sosial atau profil pasien menurut Puchalski (2006) adalah sbb :

- gaya hidup, situasi rumah dan ikatan keluarga (inti)
- ikatan dengan orang/keluarga besar/organisasi yang penting
- hal yang terkait dengan keagamaan, kepercayaan dan nilai hidup (*religious & belief system*)
- kedudukan, fungsi dan situasi pekerjaan
- fungsi sosial (*social interest/avocation*)
- stres kehidupan
- gaya hidup yang berisiko : merokok, konsumsi alkohol/zat terlarang

Kebutuhan si sakit akan mudah dapat ditangkap, dianalisis dan dibahas melalui komunikasi efektif, dimana terdapat persyaratan jujur dan terbuka (*genuiness*), tidak posesif (*non possessive love*) dan empati.

Ada persyaratan lain yang harus dipenuhi, yaitu menjaga kerahasiaan. Banyak pasien yang menginginkan kondisi terminalnya tidak disampaikan kepada keluarganya. Susah memang, tetapi keinginan ini harusnya dipenuhi sebagai bagian dari etik keperawatan. Aspek medikolegal juga harus diperhitungkan dalam menjaga kerahasiaan ini. Sebagai contoh, bilamana kematian tetap tidak dapat dicegah dan jenis maupun kualitas perawatannya tidak sesuai dengan harapan keluarga ada kemungkinan ketidakpuasan ini dapat menjadi masalah dikemudian hari.

Komunikasi dua arah antara pasien dan keluarga disatu pihak dan tim medis dipihak lain harus dapat menyimpulkan kondisi fisik dan emosi penderita sehingga perencanaan akhir hayat dapat dilaksanakan dengan tepat. Agar isi pesan dapat diterima maka jangan dilupakan kalau manusia yang adalah makhluk biopsikososiospiritual, memiliki 4 unsur sehingga dimensi penderita dengan keadaan terminal (Puchalski, 2006) adalah :

- dimensi fisik : penyakit utama, nyeri dan gejala lain berikut penanganannya
- dimensi psikologis : gangguan suasana mood (cemas, depresi dan marah)
- dimensi sosial : kualitas hubungan interpersonal terutama dengan keluarga inti, isolasi sosial dan kondisi ekonomi
- dimensi spiritual : nilai/tujuan hidup, ikatan dengan leluhur dan kehidupan beragama

PENDAMPINGAN PADA SAAT PENYAMPAIAN BERITA BURUK

Tidak semua penderita terminal mengerti tentang keadaan penyakit yang dideritanya dengan sebenarnya. Ada dua kemungkinan, yaitu karena adanya ketidak-tahuan atau adanya penyangkalan (*denial*) dari penderita. Pada umumnya dokter utama yang merawat akan membuka/memberitahukan keadaan sebenarnya. Reaksi seseorang tergantung apa yang dipersepsikannya. Reaksi pertama dapat berupa shock mental yang dapat berupa bingung lemas dan tak dapat merasakan apa apa (*numbness*), ada pula yang langsung menangis dan menunjukkan ekspresi keputus-asaan atau sebaliknya ada yang langsung marah bahkan mengamuk. Penderita harus diberi kesempatan untuk mengekspresikan emosinya dan karena itu diperlukan waktu untuk dapat menenangkan diri dan berfikir jernih kembali. Dibutuhkan kesabaran dalam pendampingan dan diberikan tanpa pemaksaan.

Apa yang harus dilakukan adalah membantu penderita melalui tahap-tahap terhadap ancaman kematian yang di lukiskan oleh Elizabeth Kubler-Ross dengan urutan tahap penolakan (*denial*), tahap amarah (*anger*), tahap tawar-menawar (*bargaining*), tahap depresi dan tahap pasrah (*acceptance*). Diharapkan kemunduran kekuatan fisik maupun gangguan psikologis masih belum begitu parah sehingga penderita masih dapat mengerjakan tugas-tugas akhir misalnya menulis wasiat, memberikan wejangan, ilmu dan ke trampilan bahkan harta pada mereka yang diinginkan dengan pikiran yang jernih.

Diantara penderita ada yang menginginkan kesendirian, menyepi untuk mengembalikan semua energi agar dapat bangkit kembali. Sementara itu ada yang terus menerus memerlukan pendampingan dengan pelbagai alasan walaupun yang terbanyak adalah rasa takut berlebihan, cemas dan putus asa. Dalam kondisi shock ini acapkali tim medis perlu menimbulkan rasa percaya pada penderita dan keluarga sehingga dapat melakukan krisis intervensi.

MERENCANAKAN TUGAS AKHIR PENDERITADAN KELUARGA

Tujuan perawatan akhir hayat adalah memberi kualitas hidup yang baik, sehingga penderita masih dapat memiliki hidup penuh arti (*a meaningful life*). Kualitas hidup seseorang ditentukan oleh orang itu sendiri. Dengan modalitas fisik yang tersisa, kekuatan psikologis yang maksimal dan adanya pengertian dan suport keluarga, penderita menyusun kembali nilai hidup atau tujuan hidupnya se-realistic mungkin agar dapat dilaksanakan.

Hidup penuh arti yang sangat spesifik dan unik tidak boleh dipengaruhi dan diintervensi oleh si pendamping kecuali bila yang diinginkan itu tidak lazim dan tidak semestinya dilakukan berdasarkan kepribadian dasar, tingkat pendidikan, kedudukan sosial, budaya setempat, kondisi ekonomi dan kehidupan spiritual penderita. Gangguan/penyakit yang menimpa penderita menimbulkan krisis kehidupan dan perubahan besar ditempat kerja. Bagi mereka yang menggunakan fungsi kognitif yang tinggi dan terpaterinya hubungan interpersonal yang luas, inilah yang merupakan merupakan hidup penuh arti dan sekaligus merupakan kekuatan hidup (Drench et al.2007). Karena itu tugas pendamping bukan saja menghibur tetapi merubah pola pikir dengan cara melihat aspek kehidupan dari sudut pandang yang lain sehingga masih merasa berdaya guna. Proses inilah yang disebut *cognitive reframing* dan merupakan inti dari pendampingan merencanakan sekaligus menyelesaikan tugas akhir didunia ini.

Pendampingan diakhir hayat hendaknya selalu mempertimbangkan kebutuhan si sakit, terutama di saat-saat penderita secara fisik sudah melemah. Sebagai manusia yang holistik, maka perlu

pendekatan secara holistik pula dengan memperhatikan kebutuhan-kebutuhannya yang meliputi aspek-aspek sebagai berikut :

- Kebutuhan fisik yaitu terbebasnya penderita dari berbagai macam keluhan atau penderitaan/gejala fisik yang mengganggu. Perhatian dan pengamatan yang cermat dan terinci terhadap setiap keluhan yang disampaikan penderita merupakan hal yang penting untuk dapat membuat diagnosa yang tepat dan selanjutnya untuk menentukan tindakan yang tepat untuk mengatasi keluhan tersebut.
- Kebutuhan psikologik berupa:
 - Rasa aman dan nyaman karena keyakinan bahwa dirinya berada dalam perawatan oleh para ahli yang kompeten dan keluarga/*care givers* yang peduli dengan keadaannya
 - Kebutuhan untuk mengetahui tentang penyakit yang dideritanya serta gejala-gejala yang sedang/akan dialaminya sehingga penderita tidak berada dalam keadaan ketidak-pastian yang berkepanjangan
 - Penderita juga ingin untuk tetap dihargai dan dianggap mampu, dengan cara melibatkannya dalam mengambil keputusan-keputusan yang terkait dengan dirinya terutama bila secara fisik ia menjadi sangat tergantung pada orang lain.
- Kebutuhan sosial :
 - Perasaan tetap diterima oleh keluarga/*care-givers*-nya walaupun penampilan /perilakunya sering kali tidak menyenangkan.
 - Perasaan tetap dibutuhkan, dilibatkan dan diperhitungkan dalam keluarganya sehingga penderita tidak merasa menjadi beban bagi keluarganya.
 - Kesempatan bagi penderita untuk membebaskan diri dari keterikatannya dengan orang lain dan dibebaskan dari berbagai tanggung jawab dalam pekerjaan/keluarga yang sebelumnya dipikul penderita dengan menyerahkannya kepada orang lain.
- Kebutuhan spiritual :
 - Kasih sayang yang diungkapkan secara nyata seperti jabat tangan, sentuhan, *strokes* atau belaian.
 - Kesempatan untuk memperbaiki hubungan-hubungan interpersonal yang terganggu diwaktu yang lalu, serta mendapatkan pengampunan atas kesalahan-kesalahannya dimasa lalu.
 - Keyakinan bahwa dirinya tetap dicintai dan dihargai.
 - Perasaan bahwa hidupnya tetap mempunyai arah/tujuan yang jelas dan berarti bagi sesamanya.

PENDAMPINGAN DALAM MASA BERDUKACITA

Baik penderita maupun keluarga pasti mengalami fase dukacita pasca *breaking bad news*. Menjelang kematian ada fase mengantisipasi dukacita (*anticipatory grief*) dan setelah kematian penderita ada fase dukacita keluarga (*conventional grief*) yang fase-fasenya seperti apa yang digambarkan Elizaberh Kubler-Ross. Lamanya bisa berlangsung sampai 2-3 tahun pasca kematian.

Sanders (1989) yang mencetuskan *Integrative theory of bereavement*, mengatakan bahwa ada 5 tahapan yang akan dilalui orang dalam berdukacita

- Tahap Shock: ada rasa tidak percaya musibah terjadi pada dirinya, fase ini dilalui dengan rasa tidak berdaya walaupun melakukan tugas sekecil apapun.
- Tahap mencapai kesadaran diri (*awareness of loss*) : orang mulai menyadari bahwa ia kehilangan salah satu/beberapa aspek kehidupannya. Sering pemikiran yang faktuil ini justru ditolak mereka yang terkena musibah.
- Tahap menarik diri (*conversation and withdrawal*) : fase ini dilalui dengan rasa letih berlebihan, bertanya pada diri sendiri seputar rasa kehilangan tersebut, sering mengisolir diri dan menolak melakukan pekerjaan bahkan yang dulu sangat diminatinya.
- Tahap penyembuhan (*healing*) : fase ini memperlihatkan orang yang mulai bangkit kembali dari keterpurukannya. Pada awal fase ini orang acapkali merasa heran dengan dirinya yang mulai dapat tertawa, bercanda bahkan kondisi ini acapkali menimbulkan rasa bersalah pada dirinya dan acapkali membuatnya mundur kembali.
- Tahap lembaran baru (*renewal*) : pada akhirnya orang yang berduka cita mulai melibatkan diri dalam semua aspek kehidupannya dengan kondisi barunya.

Dari teori yang diajukan Sanders ini perlu diperhatikan penderita yang mengantisipasi kematiannya dengan melalui tahap-tahap ini sebelum dapat merencanakan tugas dan kewajiban akhirnya. Dalam hal pendampingan ini, penderita maupun keluarga butuh pengertian dan bukan pemaksaan kehendak pendamping atau kehendak keluarga walaupun mungkin hal itu baik baginya. Bila pendampingan tidak baik maka ada kemungkinan tahap penyembuhan apalagi tahap lembaran baru tidak tercapai sehingga tugas akhir penderita tidak terselesaikan. Meninggal dunia dengan kondisi dimana penderita sadar benar bahwa tugas dunianya tak terselesaikan akan melibatkan emosi yang pasti akan mengganggu tahap kematiannya. Kondisi ini sering disebut sebagai *the unfinished bussiness* suatu kondisi berlawanan dengan kematian dalam iman yang sering disebut *good-death*.

Mendampingi penderita bukanlah hal yang mudah. Pengasuh (*caregiver*) sering mengeluhkan kondisi perubahan negatif perilaku penderita pada tim dokter. Kegelisahan penderita menyebabkan perlunya penambahan energi fisik dan pemusatan perhatian di pihak pengasuh. Kegelisahan mungkin karena distress penderita mengenai keadaannya yang buruk. Tetapi perilaku "manis" yang ditunjukkan dengan berdiam diri, pasif, kecenderungan mengisolir diri, serta menolak makan dan minum juga bukan hal yang baik. Acapkali kondisi delirium dan depresi berat ditunjukkan dengan penelantaran diri seperti perilaku manis tadi. Hati-hatilah dengan penelantaran dan penyiksaan diri, karena hal ini kemungkinan juga merupakan upaya bunuh diri yang terselubung. Reaksi keluarga pada saat ditinggalkan penderita bermacam-macam, reaksi psikologis seperti sedih, marah, kecewa dan reaksi fisik seperti rasa lelah, sesak napas, sukar menelan dsb.

Bagi keluarga yang ditinggalkan bila pendampingan duka cita tidak terlaksana dengan baik juga akan menimbulkan kondisi dukacita yang tidak baik bahkan potensial menimbulkan gangguan jiwa. Sebagai contoh bila tahap dukacita berhenti pada keadaan penarikan diri maka akan terjadi gangguan neurosis atau psikosomatis. Keadaan dimana anggota keluarga selalu dalam kondisi cemas dan depresi atau mengidap gangguan fisik akibat tekanan jiwanya (misalnya dikalangan awam "sakit maag") dan hal ini pasti mengganggu fungsi kehidupan.

Worden (2002), memberi 4 gambaran tugas dalam berduka cita (*Task of Mourning*) yaitu :

- Menerima rasa kehilangan (*accept the reality of loss*)
- Menjalani rasa nyeri yang berhubungan dengan dukacita ini (*experience the pain associated with grief*)
- Menyesuaikan diri dengan kehidupan/lingkungan baru setelah ditinggalkan (*adjust to circumstances created by loss*)
- Melanjutkan jalannya roda kehidupan tanpa yang telah meninggal (*emotionally relocate the person who has died and progress with life*)

Bilamana terjadi hambatan dalam masa dukacita ini maka dapat terjadi *griefing* yang abnormal atau *complicated mourning* dalam bentuk sebagai berikut :

- *Chronic grief reactions*
- *Delayed grief reactions*
- *Exaggerated grief reactions*
- *Masked grief reactions*

PENDAMPINGAN SAAT KEMATIAN :

Skala status penampilan Karnofski adalah salah satu alat ukur untuk menilai kualitas hidup seseorang dengan menilai status penampilan fungsionalnya. Skala ini mengukur kemampuan penderita dalam melakukan aktifitas hidup sehari-hari dan nilainya berkisar antara 0-100. Skala ini juga dapat dipakai untuk menilai manfaat suatu tindakan terapi/pengobatan dengan membandingkan nilai sebelum dan sesudah suatu tindakan, tetapi tidak memberikan gambaran tentang tingkat keparahan suatu penyakit. Bersama dengan penilaian lain seperti stadium penyakit maka skala ini dapat dipakai untuk menunjukkan adanya kondisi terminal yang perlu mendapatkan perhatian kita. Skala status penampilan Karnofsky dapat dilihat pada tabel terlampir

Silvia Post (dalam Mahajudin 2007) mengatakan lebih 70% penderita sangat ketakutan menjelang ajal sehingga mereka pasti perlu pendampingan. Acapkali dalam kesadaran menurun indera pendengaran tetap berfungsi sehingga tidak salah membisikkan hal-hal positif maupun ayat suci (yang pendek) agar dapat diresapi sampai akhir hayat. Tugas tim medis pada saat kematian adalah meniadakan atau mengurangi rasa nyeri atau gejala lain agar penderita masih mendapatkan kualitas hidup yang maksimal. Tetapi acapkali penderita justru mengalami kebingungan menjelang terminal (*terminal confusion*), depresi atau kecemasan.

Terminal confusion ialah keadaan kebingungan pada penderita stadium terminal yang disebabkan karena perubahan akut yang menyeluruh/global pada fungsi kognitif dan hal ini sering kali merupakan pertanda awal kematian yang makin mendekat. Kondisi ini sering kali juga disebut delirium, *acute confusional state*, *acute organic brain syndrome* atau *toxic confusional state*. Tidak ada gejala yang khas/patognomonik pada kondisi ini tetapi J.C.Cutting mengemukakan adanya beberapa gejala yang sering dijumpai seperti :

- gangguan *recall* 5 menit untuk nama dan alamat (80%)
- gangguan kesadaran (60%)
- disorientasi waktu (40%)
- disorientasi tempat (30%).

Z.J.Lipowski mengemukakan 2 tipe delirium yaitu yang hipoaktif dan hiperaktif. Tipe hipoaktif ditandai dengan penurunan aktifitas psikomotorik, penurunan respons terhadap rangsangan dari luar (penurunan atensi dan kesadaran) dan jarang didapatkan gejala-gejala psikotik. Pada tipe hiperaktif sering kali terlihat peningkatan aktifitas psikomotorik, peningkatan respons (*hyperalert* dan agitasi) dan sering dijumpai gejala psikotik. Gejala hiperaktif biasanya didahului oleh gejala hipoaktif karena secara klinis gejala ini cenderung berfluktuasi. Dalam hal ini catatan harian yang cermat oleh perawat atau keluarga/*care-giver* sangat penting

Untuk penegakan diagnosis, terlebih dahulu harus disingkirkan berbagai faktor etiologi yang sering menjadi penyebab delirium yang biasanya multifaktorial antara lain obat-obatan yang dipakai penderita, infeksi, kelainan metabolik (hiperkalsemia, hipoglikemia), tumor serebri, nyeri, kandung kemih/rektum yang penuh, dan juga gangguan fungsi hati dan ginjal, gagal jantung, hipoksia karena gagal pernafasan, CVA, epilepsi dan sebagainya. Terapi spesifik untuk penyebab yang reversibel merupakan hal yang utama. Selanjutnya *terminal confusion* perlu diatasi secara simptomatis dan adekuat hanya bila gejala tersebut menimbulkan gangguan dan penderitaan bagi penderita. Perlu juga dilakukan tindakan non-farmakologik seperti menciptakan lingkungan yang tenang dan terang, komunikasi yang efektif dan lain-lain.

Kebanyakan penderita dengan penyakit khronis yang serius menunjukkan tanda-tanda kesedihan, cemas dan gejala-gejala depresi. Tanda dan gejala ini biasanya berlangsung singkat sebagai reaksi terhadap situasi yang dihadapinya dan bila persisten harus dinilai sebagai hal yang abnormal dan perlu mendapatkan perhatian secara khusus. Depresi yang berkepanjangan dapat menjadi sumber penderitaan dan karenanya perlu dinilai dan dideteksi secara dini. Lagi pula semakin dini diagnosis ditegakkan semakin baik pula responsnya terhadap terapi yang diberikan. Faktor risiko untuk terjadinya depresi antara lain rasa nyeri yang tidak terkontrol dengan baik, hendaya fisik yang progresif dan tingkat keparahan penyakit yang dideritanya, riwayat depresi diwaktu yang lalu, obat-obatan yang dipakai (steroid, benzodiazepine) serta depresi yang secara langsung disebabkan oleh penyakitnya (kanker pankreas, *stroke* pada hemisfer kiri). Juga faktor sosial dan spiritual dapat menimbulkan depresi pada penderita.

Penilaian adanya depresi pada penderita dengan penyakit yang sudah lanjut tidak hanya berdasarkan gejala somatiknya (nafsu makan/berat badan/libido yang menurun, cepat lelah serta gangguan tidur) tetapi juga gejala psikologik dan kognitifnya. Gejala depresi mayor yang menonjol antara lain disforia yang persisten, anhedonia, rasa tidak berdaya dan putus asa, rasa tidak berharga dan hilangnya *self-esteem*, rasa bersalah yang berlebihan, kekecewaan yang mendalam, pikiran yang berulang tentang kematian serta fikiran bunuh diri. Tanda lain seperti rasa nyeri yang tidak responsif terhadap pengobatan, perasaan sedih dengan afek yang datar serta kecemasan, iritabilitas dan *mood* yang tidak nyaman juga merupakan tanda yang signifikan. Penatalaksanaan depresi pada penderita terminal meliputi pendekatan non farmakologik seperti psikoterapi suportif, pendekatan kognitif, intervensi perilaku (terapi relaksasi, terapi distraksi) dan pendekatan komplementer/alternatif serta pemberian

antidepresan dan psikostimulan. Mulailah dengan dosis rendah dan perlahan-lahan dosis dititrasi sesuai dengan kebutuhan.

Penderita dengan penyakit yang mengancam hidupnya sering mengalami kecemasan tentang hari depannya yang tidak pasti. Kondisi ini dapat dipicu oleh berbagai masalah fisik, psikologik, sosial, spiritual dan masalah praktis lain atau merupakan bagian dari sindroma lain yang menyertai penyakitnya, dan ditandai dengan gejala-gejala agitasi, gelisah, berkeringat, tachikardia, hiperventilasi, insomnia, khawatir yang berlebihan dan ketegangan. Perlu dibedakan antara kecemasan yang primer dan depresi, delirium, gangguan bipolar atau efek samping obat.

Penatalaksanaan kecemasan meliputi pendekatan non-farmakologik (termasuk pendekatan komplementer/alternatif) dan farmakologik. Dalam pendekatan farmakologik, golongan benzodiazepin merupakan obat pilihan, namun perlu diperhatikan waktu paruhnya yang harus disesuaikan dengan kebutuhannya. Benzodiazepin dengan waktu paruh panjang akan memberikan efek yang berkepanjangan dan risiko akumulasi sedangkan yang waktu paruhnya pendek ada risiko terjadinya *withdrawal* dan efek *rebound*. Pada lanjut usia, benzodiazepine dapat memperburuk fungsi kognitif atau menyebabkan kebingungan pada penderita yang sebelumnya sudah mengalami hendaya kognitif. Obat yang manapun yang dipi lih harus diberikan dengan prinsip *start low – go slow*, dan penghentiannya harus melalui periode *tapering off* secara perlahan-lahan. Antidepresan atipikal juga bermanfaat terutama pada penderita dengan gejala campuran cemas dan depresi, kecemasan khronik dan gangguan panik.

PENUTUP

Sebagai akhir kata, kami kutip beberapa pesan terakhir dari penderita terminal sesaat sebelum mereka meninggal dunia.

- Alangkah menyenangkan bagiku bilamana kanker yang kudap terjadi saat aku berusia 30 tahun. Bukan karena kehidupanku sebelum ini tidak menyenangkan tetapi karena adanya kanker ditubuhku, membuat aku lebih menghayati dan menemukan arti yang lebih mendalam tentang hidup itu sendiri. (seorang perempuan penderita limfoma berusia 50 tahun)
- Saya telah melakukan tugas akhir saya. Saya telah memaafkan dan menyembuhkan luka-luka bathinku, dan sekarang sampailah saya pada langkah terakhir yaitu mengenyahkan semua pemikiran bahwa kematian itu menakutkan (perempuan 55 tahun dengan kanker payudara).

Kematian adalah hak dan keputusan Tuhan karena itu, sebagai dokter kita hanya jarang dapat mengupayakan kesembuhan, sesekali meringankan penderitaan si sakit tetapi harus senantiasa dapat memberikan rasa nyaman pada penderita (Sir Oliver Wendell Holmes). Lagipula, Rabindranath Tagore menyatakan bahwa :

Death is not extinguishing the lamp. It is turning down the light because the dawn has come

Acuan :

Drench, ME et al (2007): Psychological aspects of health care. 2nd ed .Pearson Prentice Hall. New Yearsy.

Mahajudin MS (2007): Peran psikogeriatri dan perawatan paliatif dalam uapaya meningkatkan kesehatan lanjut usia. Pidato pengukuhan. Surabaya 27 Oktober 2007.

Mahajudin, MS (2003): Pendampingan spiritual pada akhir kehidupan. Pendidikan Kedokteran berkelanjutan III Paliatif.

Puchalski, CM (2006): A time for listening and caring . Oxford University Press, Oxford.

Yuwana, TA. (2004): Perawatan penderita terminal. Surabaya psychiatry update I, Pendidikan kedokteran berkelanjutan I Psikiatri. .

LAMPIRAN.

Karnofsky performance status scale.

Definition	Rating (%)	Criteria
Able to carry on normal activity and to work; no special care needed	100	Normal; no complaints; no evidence of disease
	90	Able to carry on normal activity; minor sign or symptoms of disease
	80	Normal activity with effort; some signs or symptoms of disease
Unable to work; able to live at home and care for most personal needs; varying amount of assistance needed	70	Cares for self; unable to carry on normal activity or to do active work
	60	Requires specific assistance; able to take care for basic personal needs
	50	Requires considerable assistance and frequent medical care
Unable to care for self; requires equivalent of institutional or hospital care; disease may be progressing rapidly	40	Disabled; requires special care and assistance
	30	Severely disabled; hospital admission is indicated although death not imminent
	20	Very sick; hospital admission necessary; active supportive treatment necessary
	10	Moribund; fatal processes progressing rapidly
	0	Dead