

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR : 812/Menkes/SK/VII/2007

TENTANG

KEBIJAKAN PERAWATAN PALIATIF

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** :
- a. bahwa kasus penyakit yang belum dapat disembuhkan semakin meningkat jumlahnya baik pada pasien dewasa maupun anak;
 - b. bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan selain dengan perawatan kuratif dan rehabilitatif juga diperlukan perawatan paliatif bagi pasien dengan stadium terminal;
 - c. bahwa sesuai dengan pertimbangan butir a dan b di atas, perlu adanya Keputusan Menteri Kesehatan tentang Kebijakan Perawatan Paliatif.
- Mengingat** :
1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 2. Undang-undang Nomor 29 tahun 2004, tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 585/Menkes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik;
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi RS di Lingkungan Departemen Kesehatan;
 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 0588/YM/RSKS/SK/VI/1992 tentang Proyek Panduan Pelaksanaan Paliatif dan Bebas Nyeri Kanker;
 7. Surat Keputusan Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia Nomor 319/PB/A.4/88 tentang *Informed Consent*;
 8. Surat Keputusan Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia Nomor 336/PB/A.4/88 tentang MATI.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Kesatu** : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG KEBIJAKAN PERAWATAN PALIATIF
- Kedua** : Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Perawatan Paliatif sebagaimana dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Keputusan ini.
- Ketiga** : Surat Persetujuan Tindakan Perawatan Paliatif sebagaimana tercantum dalam Lampiran II Keputusan ini
- Keempat** : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan keputusan ini dilakukan oleh Menteri Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan fungsi dan tugasnya masing-masing.
- Kelima** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan;
- Keenam** : Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam surat keputusan ini, akan dilakukan perbaikan-perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : J a k a r t a
Pada tanggal : 19 Juli 2007

MENTERI KESEHATAN RI,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI Sp.JP (K)

Tembusan kepada Yth.

1. Para Pejabat Eselon I Departemen Kesehatan RI
2. Para Kepala Dinas Kesehatan Propinsi
3. Para Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

KEBIJAKAN PERAWATAN PALIATIF

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.

Meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan baik pada dewasa dan anak seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, *cystic fibrosis*, *stroke*, Parkinson, gagal jantung/*heart failure*, penyakit genetika dan penyakit infeksi seperti HIV/AIDS yang memerlukan perawatan paliatif, disamping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Namun saat ini, pelayanan kesehatan di Indonesia belum menyentuh kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan tersebut, terutama pada stadium lanjut dimana prioritas pelayanan tidak hanya pada penyembuhan tetapi juga perawatan agar mencapai kualitas hidup yang terbaik bagi pasien dan keluarganya.

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

Masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Namun konsep baru perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan baik. Perawatan paliatif adalah pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan dasar falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya.

Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih terbatas di 5 (lima) ibu kota propinsi yaitu Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar dan Makassar. Ditinjau dari besarnya kebutuhan dari pasien, jumlah dokter yang mampu memberikan pelayanan perawatan paliatif juga masih terbatas.

Keadaan sarana pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih belum merata sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, komprehensif dan holistik, maka diperlukan kebijakan perawatan paliatif di Indonesia yang memberikan arah bagi sarana pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan perawatan paliatif.

B. Pengertian

- a. **Perawatan paliatif** adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (sumber referensi WHO, 2002).
- b. **Kualitas hidup pasien** adalah keadaan pasien yang dipersepsikan terhadap keadaan pasien sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya, termasuk tujuan hidup, harapan, dan niatnya.
Dimensi dari kualitas hidup menurut Jennifer J. Clinch, Deborah Dudgeon dan Harvey Schipper (1999), adalah :
 - a. Gejala fisik
 - b. Kemampuan fungsional (aktivitas)
 - c. Kesejahteraan keluarga
 - d. Spiritual
 - e. Fungsi sosial
 - f. Kepuasan terhadap pengobatan (termasuk masalah keuangan)
 - g. Orientasi masa depan
 - h. Kehidupan seksual, termasuk gambaran terhadap diri sendiri
 - i. Fungsi dalam bekerja
- c. **Palliative home care** adalah pelayanan perawatan paliatif yang dilakukan di rumah pasien, oleh tenaga paliatif dan atau keluarga atas bimbingan/ pengawasan tenaga paliatif.
- d. **Hospis** adalah tempat dimana pasien dengan penyakit stadium terminal yang tidak dapat dirawat di rumah namun tidak melakukan tindakan yang harus dilakukan di rumah sakit. Pelayanan yang diberikan tidak seperti di rumah sakit, tetapi dapat memberikan pelayanan untuk mengendalikan gejala-gejala yang ada, dengan keadaan seperti di rumah pasien sendiri.
- e. **Sarana (fasilitas) kesehatan** adalah tempat yang menyediakan layanan kesehatan secara medis bagi masyarakat.
- f. **Kompeten** adalah keadaan kesehatan mental pasien sedemikian rupa sehingga mampu menerima dan memahami informasi yang diperlukan dan mampu membuat keputusan secara rasional berdasarkan informasi tersebut.

II. TUJUAN DAN SASARAN KEBIJAKAN

A. Tujuan kebijakan

Tujuan umum:

Sebagai payung hukum dan arahan bagi perawatan paliatif di Indonesia

Tujuan khusus:

1. Terlaksananya perawatan paliatif yang bermutu sesuai standar yang berlaku di seluruh Indonesia
2. Tersusunnya pedoman-pedoman pelaksanaan/juklak perawatan paliatif.
3. Tersedianya tenaga medis dan non medis yang terlatih.
4. Tersedianya sarana dan prasarana yang diperlukan.

B. Sasaran kebijakan pelayanan paliatif

1. Seluruh pasien (dewasa dan anak) dan anggota keluarga, lingkungan yang memerlukan perawatan paliatif di mana pun pasien berada di seluruh Indonesia.
2. Pelaksana perawatan paliatif : dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga terkait lainnya.
3. Institusi-institusi terkait, misalnya:
 - a. Dinas kesehatan propinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota
 - b. Rumah Sakit pemerintah dan swasta
 - c. Puskesmas
 - d. Rumah perawatan/hospis
 - e. Fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta lain.

III. LINGKUP KEGIATAN PERAWATAN PALIATIF

1. Jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi :
 - Penatalaksanaan nyeri.
 - Penatalaksanaan keluhan fisik lain.
 - Asuhan keperawatan
 - Dukungan psikologis
 - Dukungan sosial
 - Dukungan kultural dan spiritual
 - Dukungan persiapan dan selama masa dukacita (*bereavement*).
2. Perawatan paliatif dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan/rawat rumah.

IV. ASPEK MEDIKOLEGAL DALAM PERAWATAN PALIATIF

1. **Persetujuan tindakan medis/*informed consent* untuk pasien paliatif.**
 - a. Pasien harus memahami pengertian, tujuan dan pelaksanaan perawatan paliatif melalui komunikasi yang intensif dan berkesinambungan antara tim perawatan paliatif dengan pasien dan keluarganya.
 - b. Pelaksanaan *informed consent* atau persetujuan tindakan kedokteran pada dasarnya dilakukan sebagaimana telah diatur dalam peraturan perundang-undangan.
 - c. Meskipun pada umumnya hanya tindakan kedokteran (medis) yang membutuhkan *informed consent*, tetapi pada perawatan paliatif sebaiknya setiap tindakan yang berisiko dilakukan *informed consent*.
 - d. Baik penerima informasi maupun pemberi persetujuan diutamakan pasien sendiri apabila ia masih kompeten, dengan saksi anggota keluarga terdekatnya. Waktu yang cukup agar diberikan kepada pasien untuk berkomunikasi dengan keluarga terdekatnya. Dalam hal pasien telah tidak kompeten, maka keluarga terdekatnya melakukannya atas nama pasien.
 - e. Tim perawatan paliatif sebaiknya mengusahakan untuk memperoleh pesan atau pernyataan pasien pada saat ia sedang kompeten tentang apa yang harus atau boleh atau tidak boleh dilakukan terhadapnya apabila kompetensinya kemudian menurun (*advanced directive*). Pesan dapat memuat secara eksplisit tindakan apa yang boleh atau tidak boleh dilakukan, atau dapat pula hanya menunjuk seseorang yang nantinya akan mewakilinya dalam membuat keputusan pada saat ia tidak kompeten. Pernyataan tersebut dibuat tertulis dan akan dijadikan panduan utama bagi tim perawatan paliatif.
 - f. Pada keadaan darurat, untuk kepentingan terbaik pasien, tim perawatan paliatif dapat melakukan tindakan kedokteran yang diperlukan, dan informasi dapat diberikan pada kesempatan pertama.

2. Resusitasi/Tidak resusitasi pada pasien paliatif

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

3. Perawatan pasien paliatif di ICU

- a. Pada dasarnya perawatan paliatif pasien di ICU mengikuti ketentuan-ketentuan umum yang berlaku sebagaimana diuraikan di atas.
- b. Dalam menghadapi tahap terminal, Tim perawatan paliatif harus mengikuti pedoman penentuan kematian batang otak dan penghentian peralatan *life-supporting*.

4. Masalah medikolegal lainnya pada perawatan pasien paliatif

- a. Tim Perawatan Paliatif bekerja berdasarkan kewenangan yang diberikan oleh Pimpinan Rumah Sakit, termasuk pada saat melakukan perawatan di rumah pasien.
- b. Pada dasarnya tindakan yang bersifat kedokteran harus dikerjakan oleh tenaga medis, tetapi dengan pertimbangan yang memperhatikan keselamatan pasien tindakan-tindakan tertentu dapat didelegasikan kepada tenaga kesehatan non medis yang terlatih. Komunikasi antara pelaksana dengan pembuat kebijakan harus dipelihara.

V. SUMBER DAYA MANUSIA

1. Pelaksana perawatan paliatif adalah tenaga kesehatan, pekerja sosial, rohaniawan, keluarga, relawan.
2. Kriteria pelaksana perawatan paliatif adalah telah mengikuti pendidikan/pelatihan perawatan paliatif dan telah mendapat sertifikat.
3. Pelatihan
 - a. Modul pelatihan : Penyusunan modul pelatihan dilakukan dengan kerjasama antara para pakar perawatan paliatif dengan Departemen Kesehatan (Badan Pembinaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik). Modul-modul tersebut terdiri dari modul untuk dokter, modul untuk perawat, modul untuk tenaga kesehatan lainnya, modul untuk tenaga non medis.
 - b. Pelatih : Pakar perawatan paliatif dari RS Pendidikan dan Fakultas Kedokteran.
 - c. Sertifikasi : dari Departemen Kesehatan c.q Pusat Pelatihan dan Pendidikan Badan PPSDM. Pada tahap pertama dilakukan sertifikasi pemutihan untuk pelaksana perawatan paliatif di 5 (lima) propinsi yaitu : Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, Makasar. Pada tahap selanjutnya sertifikasi diberikan setelah mengikuti pelatihan.
4. Pendidikan
Pendidikan formal spesialis paliatif (ilmu kedokteran paliatif, ilmu keperawatan paliatif).

VI. TEMPAT DAN ORGANISASI PERAWATAN PALIATIF

Tempat untuk melakukan perawatan paliatif adalah:

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

Organisasi perawatan paliatif, menurut tempat pelayanan/sarana kesehatannya adalah :

1. Kelompok Perawatan Paliatif dibentuk di tingkat puskesmas.
2. Unit Perawatan Paliatif dibentuk di rumah sakit kelas D, kelas C dan kelas B non pendidikan.
3. Instalasi Perawatan Paliatif dibentuk di Rumah sakit kelas B Pendidikan dan kelas A.
4. Tata kerja organisasi perawatan paliatif bersifat koordinatif dan melibatkan semua unsur terkait.

VII. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan dan pengawasan dilakukan melalui sistem berjenjang dengan melibatkan perhimpunan profesi/keseminatan terkait. Pembinaan dan pengawasan tertinggi dilakukan oleh Departemen Kesehatan.

VIII. PENGEMBANGAN DAN PENINGKATAN MUTU PERAWATAN PALIATIF

Untuk pengembangan dan peningkatan mutu perawatan paliatif diperlukan :

- a. Pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan dan non kesehatan.
- b. Pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan/*Continuing Professional Development* untuk perawatan paliatif (SDM) untuk jumlah, jenis dan kualitas pelayanan.
- c. Menjalankan program keselamatan pasien/*patient safety*.

IX. PENDANAAN

Pendanaan yang diperlukan untuk:

1. pengembangan sarana dan prasarana
2. peningkatan kualitas SDM/pelatihan
3. pembinaan dan pengawasan
4. peningkatan mutu pelayanan.

Sumber pendanaan dapat dibebankan pada APBN/APBD dan sumber-sumber lain yang tidak mengikat. Untuk perawatan pasien miskin dan PNS dapat dimasukkan dalam skema Askeskin dan Askes.

X. PENUTUP

Untuk pelaksanaan kebijakan ini masih diperlukan Petunjuk Pelaksanaan Perawatan Paliatif. Untuk pelaksanaan pelatihan-pelatihan diperlukan Modul Pelatihan Perawatan Paliatif. Langkah-langkah ini akan dilakukan oleh para ahli dan Departemen Kesehatan.

MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI Sp.JP (K)

**Lampiran II
Keputusan Menteri Kesehatan RI
Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007
Tanggal: 19 Juli 2007**

Persetujuan Tindakan Perawatan Paliatif

Pemberian Informasi

Pemberi informasi :.....
Pelaksana tindakan :.....
Penerima informasi/pemberi persetujuan :.....

Jenis informasi :

1. Diagnosa
2. Dasar diagnosa
3. Tindakan
4. Indikasi tindakan
5. Tata cara
6. Tujuan
7. Resiko
8. Komplikasi
9. Prognosa
10. Alternatif dan risiko
11. lain-lain

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/berdiskusi

Tanda tangan,

(.....)

Persetujuan Tindakan

Yang bertanda tangan di bawah ini , saya, nama....., umur.....
Laki-laki/perempuan, No KTP.....
Dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan.....
Terhadap saya/.....saya bernama.....
Umur.....laki-laki/perempuan, No KTP.....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan kepada saya termasuk resiko/komplikasi yang mungkin terjadi. Saya menyadari bahwa ilmu kedokteran bukan ilmu pasti. Jika terjadi sesuatu yang tidak diinginkan saya tidak akan menuntut.

Jakarta,.....jam.....

Yang menyatakan,

Saksi,

(.....)

(.....)