

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, dengan cara meringankan penderitaan rasa sakit melalui identifikasi dini, pengkajian yang sempurna, dan penatalaksanaan nyeri serta masalah lainnya baik fisik, psikologis, sosial atau spiritual. Perawatan ini mempromosikan martabat, kualitas hidup, penyesuaian penyakit yang progresif menggunakan bukti terbaik yang tersedia (*World Health Organization, 2016*).

Perawatan paliatif menurut *US Department of Health and Human Services (HHS) Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and the National Quality Forum (NQF)* merupakan perawatan yang berfokus pada pasien dan keluarga dalam mengoptimalkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan menghilangkan penderitaan. Perawatan paliatif mencakup seluruh rangkaian penyakit termasuk fisik, intelektual, emosional, sosial, dan kebutuhan spiritual serta untuk memfasilitasi otonomi pasien, mengakses informasi, dan pilihan (*National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013*).

Perawatan paliatif dioperasionalkan melalui manajemen efektifitas nyeri dan gejala lainnya, sementara penggabungan perawatan psikososial dan spiritual berdasarkan pertimbangan kebutuhan pasien dan keluarga, pilihan,

nilai, kepercayaan dan budaya. Evaluasi dan perawatan bersifat komprehensif dan berfokus pada pasien dengan menitik beratkan pada peran utama keluarga sebagai unit pembuat keputusan. Perawatan paliatif menegaskan untuk mendukung tujuan pasien dan keluarga di masa depan, termasuk harapan untuk sembuh atau perpanjangan hidup, sebaik harapan mereka terhadap kedamaian dan martabat sepanjang perjalanan penyakit, proses kematian dan kematian (*National Consensus Project for Quality Palliative Care*, 2013).

Perawatan paliatif dibutuhkan pada pasien dengan kondisi kronis atau mengancam jiwa. Orang dewasa dengan berbagai kondisi kronis di seluruh dunia telah diakui memperoleh manfaat dari perawatan paliatif. Intervensi dini baik sebelum tahap terminal diakui secara optimal. Tidak ada batasan waktu atau prognostik pada pemberian perawatan paliatif, perawatan ini harus di berikan atas dasar kebutuhan pasien bukan berdasar diagnosis atau prognosis penyakit (WHO, 2014).

Kebutuhan perawatan paliatif tersedia dalam seluruh tatanan klinis perawatan. Perawatan paliatif tidak hanya terbatas pada perawatan paliatif spesialis, namun termasuk juga dalam level perawatan primer dan sekunder. Perawatan paliatif disediakan dalam 3 tingkatan yang berbeda: i) melalui ‘pendekatan perawatan paliatif’, dimana digunakan oleh seluruh tenaga kesehatan profesional, dengan syarat tenaga kesehatan harus terdidik dan terampil melalui pelatihan yang tepat ii) ‘perawatan paliatif umum’, diberikan oleh perawat primer profesional, dimana mengobati pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa berlandaskan pengetahuan dasar perawatan paliatif

yang baik, iii) ‘perawatan paliatif spesialis’, diberikan oleh tim spesialis untuk pasien dengan masalah yang kompleks. Perawatan paliatif tidak terbatas hanya pada satu *setting* pelayanan, namun dalam seluruh tatanan pelayanan kesehatan baik primer, sekunder, maupun tersier. Perawatan paliatif disediakan dimana saja pasien menerima perawatan, baik di rumah pasien, fasilitas perawatan, *hospice*, rumah sakit atau pelayanan rawat jalan atau perawatan harian (WHO, 2014).

Perawatan paliatif bertujuan untuk meringankan rasa sakit dan gejala yang mengganggu, menganggap hidup dan kematian merupakan suatu proses yang normal, bermaksud baik dalam mempercepat atau menunda kematian, mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual dalam perawatan pasien, menawarkan dukungan untuk membantu pasien hidup seaktif mungkin sampai datangnya kematian, menawarkan sistem dukungan untuk membantu koping keluarga selama pasien sakit dan masa duka cita, menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarga termasuk konseling dukacita apabila hal itu diindikasikan, mengubah kualitas hidup dan mempengaruhi perjalanan penyakit yang positif. Hal ini berlaku dari awal perjalanan penyakit, bersamaan dengan terapi lain yang dimaksudkan untuk memperpanjang kehidupan seperti kemoterapi, terapi radiasi, dan termasuk investigasi diperlukan untuk lebih dapat memahami dan mengelola komplikasi (WHO, 2014).

Menurut *National Consensus Project for Quality Palliative Care* (2013), tujuan akhir dari perawatan paliatif adalah mencegah dan mengurangi

penderitaan, memperoleh kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga tanpa mempertimbangkan stadium penyakit dan terapi, membantu membuat keputusan, dan menyiapkan kesempatan pengembangan pribadi. Perawatan paliatif dikoordinasi oleh tim interdisiplin, mencakup profesi dokter, perawat, pekerja sosial, konseling, pendeta, asisten perawat, dan profesi pelayanan kesehatan lainnya. Pasien, keluarga, perawat paliatif dan non paliatif menjalin kolaborasi dan komunikasi terkait kebutuhan perawatan. Perawatan paliatif dapat dilakukan bersamaan atau berdiri sendiri dengan tindakan kuratif.

Integrasi dalam perawatan paliatif ke dalam pelayanan kesehatan bagi pasien terminal dijamin untuk (*National Consensus Project for Quality Palliative Care*, 2013) :

1. Mengontrol nyeri dan gejala, *distress* psikososial dan spiritual, serta kebutuhan pasien dan keluarga dalam keberlanjutan perawatan.
2. Pasien dan keluarga mendapatkan informasi yang dibutuhkan secara terus-menerus dengan cara yang mudah dimengerti, disamping memahami kondisi dan pilihan perawatan. Keuntungan dan kerugian pengobatan ditinjau secara rutin, dan proses pembuatan keputusan terkait rencana perawatan merupakan hal sensitif yang sesuai dengan perubahan kondisi pasien.
3. Koordinasi perawatan dijamin melalui komunikasi antara penyedia sarana, dan melalui perawatan berkelanjutan yang efektif.
4. Pasien dan keluarga dipersiapkan dalam proses kritis dan kematian.

Menurut *National Consensus Project for Quality Palliative Care* (2013) prinsip perawatan paliatif yaitu berfokus pada pasien dan keluarga, perawatan paliatif komprehensif berlangsung diseluruh tatanan klinis, pengenalan awal dari perawatan paliatif pada penyakit serius atau mengancam jiwa, kolaborasi interdisiplin pada perawatan paliatif, keahlian klinis dan komunikasi dalam anggota tim perawatan paliatif, meringankan penderitaan fisik, psikologis, emosional, spiritual pada pasien dan keluarga, fokus pada kualitas, dan akses pelayanan perawatan paliatif yang adil.

Elemen dalam perawatan paliatif menurut *National Consensus Project* dalam Campbell (2013), meliputi :

1. Populasi pasien

Mencangkup pasien semua usia dengan penyakit kronis atau mengancam kehidupan

2. Perawatan yang berfokus pada pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga merupakan bagian dari perawatan. Keunikan dari setiap pasien dan keluarga dihormati. Rencana perawatan diputuskan oleh pasien dan keluarga dengan bantuan dari tim kesehatan.

3. Waktu perawatan paliatif

Perawatan ini berlangsung mulai dari terdiagnosanya penyakit dan berlanjut hingga sembuh atau meninggal sampai periode duka cita.

4. Perawatan komprehensif

Perawatan ini bersifat multidimensi yang bertujuan untuk menanggulangi gejala penderitaan dalam aspek fisik, psikologis, sosial maupun

keagamaan. Proses klinis dalam perawatan paliatif bersifat teratur dimulai dari pemeriksaan, diagnosis, rencana, intervensi, pengawasan, dan kelanjutan pasien. Tenaga kesehatan membantu pasien dan keluarga untuk memahami perubahan kondisi pasien, dan akibat langsung dari perubahan terkait perawatan dan tujuan pengobatan yang akan datang.

5. Tim interdisiplin

Tim perawatan paliatif harus memiliki kompetensi dalam merawat pasien. Tim ini termasuk profesional dari kedokteran, perawat, farmasi, pekerja sosial, sukarelawan, koordinator pengurusan jenazah, pemuka agama, psikolog, asisten perawat, ahli diet, sukarelawan terlatih.

6. Perhatian terhadap berkurangnya penderitaan

Tujuan perawatan paliatif adalah mencegah dan mengurangi gejala penderitaan yang disebabkan oleh penyakit maupun pengobatan.

7. Kemampuan berkomunikasi

Komunikasi efektif diperlukan dalam memberikan informasi, mendengarkan aktif, menentukan tujuan, membantu membuat keputusan medis dan komunikasi efektif terhadap individu yang membantu pasien dan keluarga.

8. Kemampuan merawat pasien yang meninggal dan berduka

Pengetahuan terkait prognosis, gejala, tanda kematian yang akan dekat; perawatan; dukungan pada pasien dan keluarga sebelum dan sesudah kematian; sindrom psikologis; kesempatan dalam berkembang; ucapan berduka, dan proses berduka perlu dimiliki oleh perawat spesialis paliatif.

9. Perawatan yang berkesinambungan

Perawatan paliatif berintegritas dengan seluruh sistem pelayanan kesehatan guna menjamin koordinasi, komunikasi, kelanjutan perawatan paliatif dalam institusi maupun rumah yang nantinya mencegah krisis dan rujukan yang tidak diperlukan.

10. Akses yang tepat

Tim perawatan harus bekerja pada akses yang tepat bagi seluruh usia dan populasi, diagnosis, semua pelayanan mencakup komunitas, tanpa memandang ras, etnik, jenis kelamin, maupun kemampuan instrumental pasien.

11. Hambatan pengaturan

Perawatan paliatif seharusnya menggabungkan pembuat kebijakan, pelaksanaan undang-undang, dan pengaturan supaya mencapai lingkungan klinis yang optimal.

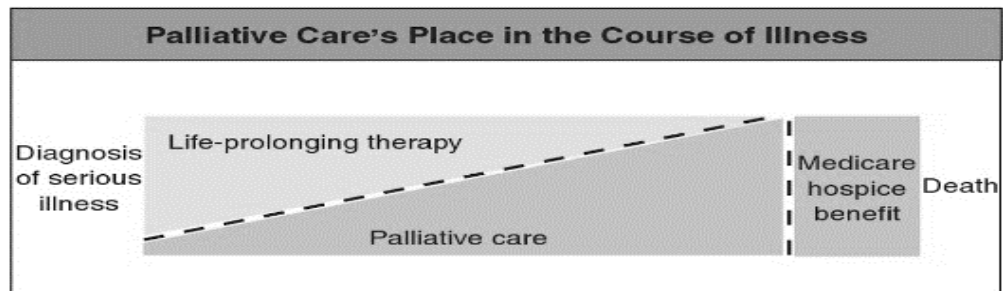
12. Peningkatan kualitas

Kebutuhan pasien akan perawatan membutuhkan evaluasi teratur dan sistemik.

B. Penyakit yang Membutuhkan Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif ditujukan bagi pasien dengan kondisi yang mengancam nyawa atau penyakit dengan kelemahan yang merugikan fungsi kehidupan atau diprediksi mengurangi harapan hidup (*National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013*).

Gambar 1. Konseptualisasi integrasi perawatan paliatif pada seluruh penyakit (Diambil dari National Consensus Project for Quality Palliative Care, Pittsburg PA, www.nationalconsensusproject.org dalam Campbell M.L, 2013



Menurut *National Consensus Project Clinical Practice Guidelines* (2013), yang dianggap perlu menerima perawatan paliatif, antara lain :

1. Individu dengan cedera kronis dan mengancam kehidupan yang disebabkan karena kecelakaan atau trauma.
2. Neonatus, anak, remaja, dan dewasa dengan cedera kronis atau kongenital yang menyebabkan ketergantungan pada perawatan jangka panjang, yang memerlukan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
3. Neonatus, anak, remaja, dan dewasa dengan hambatan perkembangan dan intelektual dalam kondisi serius atau mengancam kehidupan.
4. Individu, semua usia, dengan akut, serius, atau penyakit yang mengancam kehidupan (trauma berat, stroke akut, leukemia), dimana penyembuhan atau *reversibility* adalah tujuan yang realistis, namun kondisi dan perawatan menimbulkan beban yang signifikan dan menghasilkan kualitas hidup yang buruk.
5. Individu dengan kondisi kronis yang progresif (penyakit pembuluh darah perifer, penyakit keganasan, gagal ginjal atau hati, stroke dengan

gangguan fungsional yang signifikan, penyakit jantung atau paru-paru, kelemahan, *neurodegenerative disorders*, dan berbagai bentuk demensia).

6. Pasien dengan kondisi penyakit serius dan terminal (individu dengan demensia tahap akhir, *terminal cancer*, stroke parah) yang tidak mungkin untuk dipulihkan.
7. Populasi rentan, belum terlayani, dan kekurangan sumber daya yang mengidap penyakit serius atau mengancam kehidupan (tunawisma, imigran, individu dengan penghasilan rendah, grup yang tertindas ras dan etnik, veteran, tahanan, lansia, dan individu dengan penyakit mental).

Berdasarkan data mortalitas yang diperoleh dari *WHO Global Health Estimates* 2011 dalam WHO (2014). Penyakit orang dewasa (usia 15 tahun keatas) dan anak-anak (dibawah 15 tahun) yang membutuhkan perawatan paliatif, antara lain :

1. Penyakit yang membutuhkan perawatan paliatif untuk orang dewasa: alzheimer dan demensia, kanker, penyakit kardiovaskular lainnya (tidak termasuk kematian mendadak), sirosis hati, PPOK, diabetes, HIV / AIDS, gagal ginjal, multiple sclerosis, penyakit parkinson, rheumatoid arthritis, TB yang resisten terhadap obat.
2. Penyakit yang membutuhkan perawatan paliatif untuk anak-anak: kanker, penyakit kardiovaskular, sirosis hati, kelainan kongenital (tidak termasuk kelainan jantung), darah dan kekebalan gangguan, HIV/AIDS, meningitis, penyakit ginjal, gangguan neurologis dan kondisi neonatal.

C. Teori *Peaceful End of Life* (PEOL)

Teori *Peaceful End of Life* merupakan *middle range theory* yang dikembangkan oleh Cornelia M. Ruland dan Shirley M. Moore pada tahun 1998. Teori ini merupakan teori yang diinformasikan dari sejumlah kerangka teori. Teori ini berdasarkan model utama Donabedian terkait struktur, proses, dan hasil yang sebagian dikembangkan dari teori sistem umum. Pengaruh dari teori sistem umum adalah dapat meluas dalam jenis teori keperawatan lainnya (Alligood dan Tomey, 2010).

Standar *Peaceful EOL* disusun oleh perawat ahli sebagai respon terhadap kurangnya pedoman untuk mengelola perawatan yang kompleks pada pasien terminal. Pengaturan struktur dalam teori ini adalah sistem keluarga (pasien penyakit terminal dan semua yang terlibat dalam kepentingan) yang menerima perawatan dari tenaga kesehatan profesional pada unit rumah sakit perawatan akut. Proses didefinisikan sebagai tindakan (intervensi keperawatan) yang dirancang dengan tujuan untuk menghasilkan hasil yang positif dari (1) bebas dari nyeri, (2) merasa nyaman, (3) merasa bermartabat dan dihormati, (4) damai, (5) kedekatan dengan orang yang bermakna dan peduli (Alligood dan Tomey, 2010).

Teori kedua yang mendasari adalah teori pilihan yang telah digunakan oleh ahli filsafat untuk menjelaskan dan menetapkan kualitas hidup. Kualitas hidup didefinisikan dan dievaluasi sebagai manifestasi dari kepuasan melalui penilaian hasil empiris seperti menghilangkan gejala dan kepuasan terhadap hubungan interpersonal. Menggabungkan pilihan pasien kedalam keputusan

perawatan merupakan hal yang tepat dan diperlukan untuk keberhasilan proses dan hasil (Alligood dan Tomey, 2010).

Konsep utama dan definisi dari teori *end of life* menurut (Alligood dan Tomey, 2010), sebagai berikut:

1. Bebas dari nyeri

Bebas dari penderitaan atau gejala *distress* adalah bagian pusat dari pasien EOL. Nyeri dianggap sebagai pengalaman sensori atau emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial.

2. Merasa nyaman

Nyaman didefinisikan sebagai terbebas dari ketidaknyamanan, keadaan nyaman dan kepuasan ketentraman, dan apa pun yang membuat hidup menjadi mudah atau menyenangkan (Kolcaba, 1991).

3. Merasa bermartabat dan dihormati

Setiap pasien terminal adalah dihormati dan dihargai sebagai hak asasi manusia. United State (1978) menjelaskan konsep ini menggabungkan gagasan nilai pribadi yang menyatakan bahwa individu harus diperlakukan sebagai agen otonom, dan orang-orang dengan otonomi yang berkurang berhak atas perlindungan.

4. Damai

Damai adalah perasaan tenang, harmoni, dan kepuasan, bebas dari cemas, kegelisahan, kekhawatiran, dan ketakutan. Kedamaian termasuk dimensi fisik, psikologis, dan spiritual.

5. Kedekatan orang yang bermakna

Kedekatan didefinisikan sebagai perasaan keterhubungan dengan orang lain yang peduli. Hal ini melibatkan kedekatan fisik atau emosional yang diungkapkan melalui kehangatan, dan hubungan yang intim.

Teori *Peaceful EOL* dikembangkan berdasarkan bukti empiris dari pengalaman langsung perawat ahli yang memiliki paling tidak 5 tahun pengalaman merawat pasien terminal dan kajian menyeluruh dari literatur. Asumsi tersirat yang ditambahkan dalam teori ini menurut Ruland dan Moore yaitu keluarga merupakan istilah untuk orang yang bermakna. Tujuan perawatan akhir kehidupan adalah untuk memaksimalkan perawatan, oleh karena itu instrumen terbaik dalam perawatan harus tersedia melalui penggunaan teknologi, dan tindakan kenyamanan secara bijaksana untuk meningkatkan kualitas hidup dan kematian yang damai (Alligood dan Tomey, 2010)

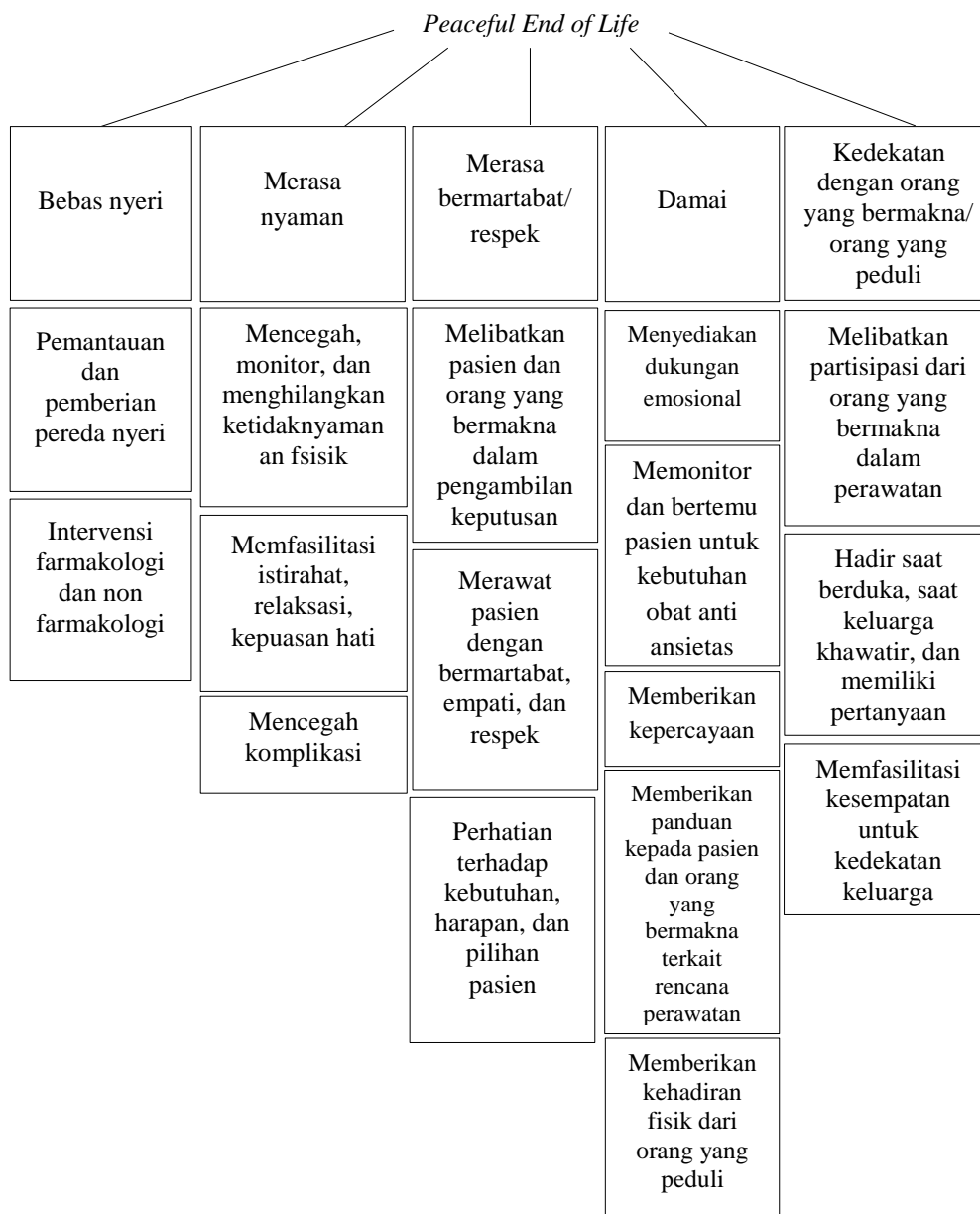
Enam pernyataan relasional secara jelas diidentifikasi oleh Ruland dan Moore dalam Alligood dan Tomey (2010) sebagai pernyataan teoritis untuk teori, sebagai berikut :

1. Memonitor, mengelola nyeri dan mengaplikasikan intervensi farmakologi dan nonfarmakologi berkontribusi pada pengalaman pasien bebas dari nyeri.
2. Mencegah, memonitor dan menghilangkan ketidaknyamanan fisik, memfasilitasi istirahat, relaksasi, kepuasan, dan mencegah komplikasi berkontribusi untuk pengalaman kenyamanan pasien.

3. Melibatkan pasien dan orang yang bermakna dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan pasien, memperlakukan pasien dengan bermartabat, empati dan respek, memberi perhatian terhadap kebutuhan yang diungkapkan pasien, harapan, dan pilihannya akan berkontribusi terhadap pengalaman pasien bermartabat.
4. Menyediakan dukungan emosional, monitoring, memenuhi kebutuhan pasien akan obat anti ansietas, memberikan kepercayaan, memberikan panduan kepada pasien dan orang yang bermakna terkait rencana perawatan dan *treatment*, memberikan kehadiran fisik dari orang yang peduli dapat memberikan kontribusi terhadap pengalaman damai pasien.
5. Memfasilitasi partisipasi dari orang yang bermakna dalam perawatan, memperhatikan kesedihan, kekhawatiran, pernyataan, dan memfasilitasi kesempatan untuk kedekatan keluarga dapat berkontribusi pada pengalaman pasien dengan kedekatan orang yang bermakna atau orang yang peduli.
6. Pengalaman pasien bebas dari nyeri, nyaman, bermartabat, respek, merasa damai, kedekatan dengan orang yang bermakna dapat memberikan kontribusi ketenangan dalam akhir kehidupan.

Seluruh elemen pada teori ini dinyatakan dengan jelas. Konsep ini bervariasi dalam tingkat abstrak dari lebih konkret (nyeri dan kenyamanan) sampai pada hal yang abstrak (martabat) (Alligood dan Tomey, 2010).

Gambar 2. Hubungan antara konsep teori *Peaceful End of Life* (Ruland dan Moore dalam Aligood dan Tomey, 2010)



D. Martabat pada Perawatan Pasien Paliatif

1. Definisi Martabat

Martabat sangatlah abstrak, merupakan konsep tidak jelas yang sulit untuk diukur dalam konteks keperawatan umum. Meski demikian, hal ini merupakan fenomena pusat dalam keperawatan dan penting bagi petugas

kesehatan untuk mengetahui gambaran yang jelas terkait martabat (Griffin-Heslin, 2005). Kamus Oxford menjelaskan martabat sebagai kualitas yang patut dihargai. *Dignity on the Ward Campaign* menyatakan martabat adalah penggunaan bentuk-bentuk yang tepat dari tujuan, mendengarkan, memberikan orang lain pilihan, termasuk menghormati kebutuhan privasi dan kesopanan dan membuat mereka merasa dihargai untuk mempertahankan rasa harga diri dan martabat (*Healthcare Commission, 2007*).

Martabat adalah hal yang berkaitan dengan bagaimana seseorang merasa, berpikir, dan berperilaku dalam kaitannya dengan nilai atau dari mereka sendiri dan orang lain. Untuk merawat seseorang dengan martabat adalah dengan memperlakukan mereka sebagai orang yang berharga dengan cara menghormati mereka sebagai individu yang dihargai (*Royal College of Nursing, 2008*). Definisi martabat yang dikembangkan oleh *Departement of Health (DH)* dan *Social Care Institute for Excellence (SCIE)* yaitu definisi dengan banyak aspek tumpang tindih, yang melibatkan rasa hormat, privasi, otonomi dan harga diri. Arti martabat pada definisi kamus standar yaitu kualitas yang sepadan dengan harga diri atau rasa hormat dan kehormatan diri. Martabat dalam perawatan yaitu jenis perawatan dalam berbagai *setting* yang mendukung dan mempromosikan, dan tidak menghambat harga diri seseorang terlepas dari perbedaan (*Departement of Health, 2009*).

Martabat adalah konsep yang sulit didefinisikan dan mempunyai hubungan yang kuat dengan menghargai (*respect*). 'Privasi' didefinisikan sebagai 'kebebasan dari gangguan' dan 'martabat' sebagai 'layak di hormati' (DH dalam Galloway, 2011). Martabat adalah dasar bagi kesejahteraan setiap individu. Hal ini merupakan hak asasi dasar untuk semua manusia, dan organisasi kesehatan harus memberikan perhatian lebih pada seluruh kebutuhan *universal*. Kata martabat atau *dignity* berasal dari dua kata latin '*dignitus*' yang berarti prestasi dan '*dignus*' yang berarti layak. (Griffin-Heslin dalam Adib-Hajbaghery dan Aghajani, 2015).

Menghormati martabat manusia merupakan kebutuhan dasar yang tidak terbatas hanya untuk pasien, namun untuk semua manusia, dan hal ini merupakan aspek penting dalam asuhan keperawatan. Faktanya, martabat pasien adalah pemahaman terkait menghormati dan kompetensi, menyediakan individu untuk merasa dihargai dan dipercaya, tumbuh, berkembang dan nilai lainnya (Parandeh, Khaghanizade, Mohammadi & Mokhtari-Nouri, 2016).

2. Tipe Martabat

Menurut Galloway (2011), terdapat empat tipe martabat yang dapat diidentifikasi, sebagai berikut :

a. Nilai

Berkaitan dengan martabat atau status sosial karena peran atau posisi seseorang dalam masyarakat, atau karena apa yang telah mereka

capai. Misalnya, perawat, dokter, terapis memiliki status yang diakui oleh orang lain. Ketika orang tua pensiun, mungkin dapat dikecualikan dari keterlibatan dimasyarakat dan hal tersebut dapat mengakibatkan hilangnya martabat pribadi.

b. Status Moral

Hal ini ditekankan pada otonomi moral seseorang atau integritas. Jika orang tua mampu hidup sesuai dengan prinsip-prinsip moral mereka sendiri, maka orang tersebut akan merasakan rasa bermartabat.

c. Identitas personal

Konteks ini lebih relevan ditemukan pada orang tua. Hal ini berkaitan dengan harga diri, dan menggambarkan identitas individu sebagai manusia. Hal ini dapat terganggu apabila terdapat gangguan fisik, emosional atau psikologis seperti hinaan.

d. *Menschenwurde*

Jenis martabat yang mengacu pada hak asasi manusia. Tiga tema yang dijelaskan dalam jenis ini :

- 1) Kendali dari fungsi fisik.
- 2) Kapasitas untuk membangun dan membentuk identitas seseorang dan pemahaman diri melalui pengembangan kehidupan yang bermakna.
- 3) Sebagai makhluk sosial manusia membutuhkan harga diri yang berasal dari pengakuan orang lain.

3. Konsep Martabat

Konsep martabat memiliki 4 ciri yaitu menghormati, otonomi, pemberdayaan, dan komunikasi. Menghormati meliputi menghormati diri sendiri, menghormati orang lain, menghormati privasi orang, kerahasiaan, keyakinan diri dan keyakinan orang lain. Otonomi termasuk dalam memiliki pilihan, memberikan pilihan, mampu membuat keputusan, kompetensi, hak, kebutuhan, dan kebebasan. Pemberdayaan meliputi perasaan penting dan berharga, harga diri, nilai diri, kesopanan dan kebanggaan. Komunikasi dapat melalui verbal maupun non verbal termasuk menjelaskan dan memahami informasi, merasa nyaman dan memberi waktu untuk pendengar (Griffin-Heslin dalam Adib-Hajbaghery dan Aghajani, 2015).

Penyediaan martabat dalam perawatan terdiri dari tiga aspek yang tidak dapat dipisahkan yaitu menghormati, kasih sayang, dan sensitivitas. Menghormati perbedaan dan kebudayaan yang dibutuhkan klien termasuk kerahasiaan serta keputusan yang mereka buat. Kasih sayang dalam pemenuhan martabat tidak hanya terbatas pada perawatan klinis saja, namun termasuk dalam memberikan dukungan emosional baik pada klien dan/ atau keluarga. Menunjukkan kepekaan atau sensitivitas dengan memastikan kenyamanan dan kebutuhan klien (*Royal College of Nursing*, 2016).

4. Martabat dalam Perawatan Paliatif

Observasi martabat pasien merupakan aspek penting dari etik dan etika perawatan (Zehtab dan Adib-Hajbaghery, 2014). Martabat merupakan prinsip utama dalam perawatan paliatif dan menjaga martabat adalah tujuan dari perawatan (Vlug, de Vet, Pasma, Rurup & Onwuteaka-Philipsen, 2011). Menjaga martabat pasien dalam perawatan paliatif telah memperoleh pengakuan dari seluruh dunia. Banyak perhatian yang telah difokuskan untuk menghormati pasien dan *distress* terkait martabat yang pasien alami (Abbaszadeh, Borhani & Rabori, 2015).

Martabat merupakan komponen penting dalam perawatan dan menempatkannya dalam setiap hal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. *Royal College of Nursing* bertujuan untuk menyoroti bahwa martabat merupakan inti dalam perawatan dan harus berada dalam segala sesuatu yang dilakukan perawat sebagai sebuah profesi (RCN, 2016). Masalah *distress* terkait martabat dirasakan oleh pasien selama perawatan paliatif dapat dibagi menjadi tiga kategori utama: 1) faktor yang disebabkan oleh, atau berhubungan dengan penyakit yang mendasari, 2) faktor sosial atau dimediasi eksternal, dan 3) psikologis dan pertimbangan spiritual (Sautier, Vehling & Mehnert, A, 2014).

5. Dampak Martabat dalam Perawatan Pasien Paliatif

Salah satu indikator pengukuran martabat pasien adalah privasi. Kegagalan menjaga privasi membuat pasien menyembunyikan beberapa

aspek riwayat medis, menolak pemeriksaan medis, meningkatkan tingkat kecemasan, dan stres yang dapat menghasilkan perilaku agresif dan tidak dapat diterima pasien (Nayeri dan Aghajani dalam Adib-Hajbaghery dan Aghajani, 2015). Ketika martabat hilang dalam perawatan, pasien akan merasa diremehkan, kurangnya kontrol dan kenyamanan. Pasien juga akan merasa kurang percaya diri, tidak mampu membuat keputusan untuk dirinya sendiri, dan merasa dipermalukan (RCN, 2016).

Martabat merupakan konsep yang kompleks dan sentral dalam keperawatan. Kebijakan kesehatan dan sosial di United Kingdom (UK) menekankan pada promosi martabat dalam perawatan. Penelitian dan media melaporkan bahwa kekurangan identifikasi martabat dalam perawatan akan membuat pasien dalam keadaan malu, *distress*, dan mencelakakan pasien dan keluarga (RCN, 2008). Sedangkan Parandeh, Khaghanizade, Mohammadi & Mokhtari-Nouri (2016), menyatakan pemeliharaan martabat pasien akan membentuk citra diri yang positif, harga diri, pengendalian perilaku dan lingkungan, penerimaan, pengambilan keputusan, dan perasaan nyaman baik kondisi mental maupun fisik.

Dalam perawatan, martabat pasien dapat dipromosikan atau ditingkatkan melalui: lingkungan fisik, budaya organisasi; sikap dan tindakan dari perawat dan lainnya; dan cara bagaimana kegiatan perawatan dilakukan. Ketika martabat dihadirkan individu akan merasa di kontrol, dihargai, percaya diri, nyaman dan mampu membuat keputusan

untuk diri mereka sendiri. Ketika martabat tidak dihadirkan individu akan merasa tidak dihargai, kurang nyaman, kurang percaya diri, tidak dapat membuat keputusan yang tepat untuk diri mereka sendiri, dan merasa dipermalukan (RCN, 2008).

6. Aspek yang Dapat Mempertahankan Martabat Pasien

Royal College of Nursing (2008) menjelaskan terdapat tiga faktor utama yang dapat mempertahankan martabat dalam perawatan yaitu lingkungan fisik dan budaya dalam organisasi (tempat); sifat dan pelaksanaan aktivitas perawatan (proses); sikap dan perilaku staf dan orang lain (orang-orang). Lingkungan fisik yang baik dapat membantu meningkatkan martabat pasien, hal ini dikarenakan lingkungan fisik yang baik mampu membantu perawat untuk mempertahankan, meningkatkan, dan memberikan perawatan yang bermartabat. Terdapat tiga tema utama: aspek lingkungan yang menjaga privasi dan martabat (contohnya: tirai, pintu, ruang privasi untuk konsultasi); aspek estetika pada lingkungan fisik (contohnya jarak, warna, musik, *furnishing*, dekorasi), dan penyediaan fasilitas akomodasi seks tunggal (bangsal satu jenis kelamin), toilet, dan mencuci.

Tirai di lingkungan bangsal dianggap perlu meskipun tidak sempurna, hal ini penting untuk membantu menjaga martabat dan privasi fisik dalam perawatan. Referensi strategi untuk menjaga privasi dan martabat pasien salah satunya dengan menempatkan tanda, kartu, klip, atau penjepit “jangan ganggu” pada tirai untuk melindungi pasien saat menampakkan

atau malu ketika sedang dilakukan observasi oleh orang lain. Pentingnya kebersihan, pencahayaan, jarak yang baik, dekorasi, *furnishing*, warna, dan musik berkontribusi dalam memelihara lingkungan bermartabat (RCN, 2008).

Ketetapan satu bangsal satu jenis kelamin merupakan faktor yang berkontribusi dalam perawatan bermartabat. Kamar untuk perorangan (*single rooms*) adalah kunci untuk mendukung martabat pasien. Untuk pasien *home care*, perawat datang kerumah pasien sebagai ‘tamu’ dan menganggap hal tersebut lebih mudah untuk mempertahankan martabat dalam *setting* tersebut. Contoh aktivitas perawat komunitas dalam mempertahankan martabat adalah dengan menawarkan pilihan, menutup pintu dan tirai (RCN, 2008).

Tenaga kesehatan mengangkat martabat pasien dengan cara memberikan privasi dan interaksi yang membuat pasien merasa nyaman, diperhatikan, dan dihargai. Pasien dapat meningkatkan martabat melalui sikap (rasionalisasi, penggunaan humor, penerimaan), mengembangkan hubungan dengan tenaga kesehatan dan mempertahankan kemampuan dan kontrol (Baillie, 2009).

7. Aspek yang Dapat Mempengaruhi Hilangnya Martabat Pasien

Martabat pasien terdiri dari perasaan (merasa nyaman, dikontrol dan dihargai), presentasi fisik dan perilaku. Lingkungan, perilaku staf dan faktor pasien berdampak pada martabat pasien. Kurangnya privasi lingkungan dapat mengancam martabat. Tenaga kesehatan yang kaku,

otoriter, dan melanggar privasi dapat mengancam hilangnya martabat pasien. Pasien dengan gangguan kesehatan dan usia yang lebih tua lebih rentan terhadap kehilangan martabat. (Baillie, 2009).

Lingkungan dapat membatasi perawatan bermartabat. Dekorasi bangsal yang buruk, ruang kerabat atau berkabung yang sulit diakses dari bangsal atau terlalu dekat dengan pasien, kurangnya kamar untuk perorangan (*single rooms*) dapat mempengaruhi hilangnya martabat. Dalam bangsal lebih dari satu tempat tidur, tirai seharusnya berfungsi untuk melindungi privasi pasien, namun banyak di rumah sakit tirai tidak terpasang dengan tepat, tidak kedap suara, tipis atau transparan yang akan berdampak pada martabat pasien. Kurangnya ruangan khusus (untuk menyampaikan berita buruk) atau ruang perawatan (untuk injeksi) dapat mempengaruhi martabat pasien karena privasi yang tidak terjaga (RCN, 2008).

Laporan dari *National Service Framework for Older People* (NSFOP) menekankan martabat tidak dapat dipertahankan, apabila :

- a. Perawatan di bangsal yang bercampur antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki.
- b. Merasa diabaikan saat menerima perawatan.
- c. Diperlakukan lebih sebagai objek bukan sebagai manusia.
- d. Pasien sering tidak didengarkan.

- e. Sikap dari staf atau perawat yang tidak sopan, seperti sudah melakukan tindakan walaupun petugas belum bertanya apa yang diinginkan pasien.
 - f. Menyediakan celemek untuk bayi dari pada serbet ketika membantu pasien untuk makan.
 - g. Membantu makan dengan tangan dari pada dengan pisau atau garpu.
- (DH dalam Galloway, 2011).

E. Peran Perawat pada Pemenuhan Martabat Pasien Paliatif

1. Pengertian Keperawatan

Keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang berlandaskan pada ilmu dan kiat keperawatan yang ditujukan bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik dalam rentang sehat maupun sakit. Rangkaian praktek keperawatan yang sesuai dengan kode etik dan standar praktek keperawatan baik langsung dan tidak langsung yang diberikan kepada klien disebut sebagai asuhan keperawatan. Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan baik dalam jenjang Diploma Tiga (D-III) Keperawatan (perawat ahli madya), pendidikan profesi (ners), dan pendidikan spesialis keperawatan (ners spesialis) yang diakui oleh pemerintah RI dan memiliki kompetensi yang ditetapkan Persatuan Perawat Nasional Indonesia serta telah terintegrasi (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2013).

2. Tanggung Jawab Perawat

Perawat memiliki empat tanggung jawab dasar meliputi promosi kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meringankan penderitaan. Bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam keperawatan adalah menghormati hak asasi manusia termasuk hak-hak budaya, hak untuk hidup dan pilihan, bermartabat dan diperlakukan dengan hormat. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus menghormati pasien dan tidak terbatas pada pertimbangan usia, warna kulit, keyakinan, budaya, kecacatan atau penyakit, jenis kelamin, orientasi seksual, kebangsaan, politik, ras ataupun status sosial (*International Council of Nurses*, 2012).

3. Perawat Paliatif

Pengetahuan dan keterampilan yang sesuai dengan prinsip pengelolaan paliatif harus dimiliki oleh seorang perawat. Tanggung jawab perawat paliatif meliputi penilaian, pengawasan, dan pengelolaan asuhan keperawatan pasien.

a. Perawat sebagai koordinator pelayanan paliatif

Sebagai koordinator pelayanan paliatif, perawat melaksanakan program paliatif (rawat jalan, inap, maupun rumah), menyiapkan peralatan medis pasien, berkoordinasi dengan tenaga pelaksana kepada anggota tim atau pelayanan lain, menyusun jadwal kunjungan dan tenaga paliatif, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan perawatan paliatif.

b. Perawat sebagai tenaga pelaksana

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan dan kondisi pasien, berkoordinasi dengan anggota tim paliatif lain, memberikan informasi kepada pasien atau keluarga pasien, menyampaikan perkembangan pasien kepada penanggung jawab pasien, mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan, menentukan asuhan keperawatan sesuai kesepakatan petugas kesehatan dan pasien atau keluarga, dan mengontrol pemberian obat dan alat medis.

c. Perawat *homecare*

Perawat menerima permintaan perawatan *homecare* melalui koordinator program paliatif. Koordinasi, analisa program, pemberian asuhan keperawatan, evaluasi asuhan keperawatan, melaporkan perkembangan pasien, melaksanakan pelaporan dilakukan oleh perawat paliatif.

d. Pelaku rawat (*caregiver*)

Caregiver membantu pasien untuk melakukan perawatan diri dan aktivitas sehari-hari, memberikan obat dan tindakan keperawatan sesuai anjuran dokter, melaporkan kondisi pasien, dan mengidentifikasi serta melaporkan gejala fisik kepada perawat.

(Kemenkes RI, 2015).

4. Peran Perawat dalam Pemenuhan Martabat

Dari survey martabat yang dilakukan *Royal College of Nursing* ditemukan bahwa 2000 perawat dari United Kingdom memiliki praktik

yang baik mengenai martabat. Perawat harus merawat semua orang di tatanan kesehatan dengan mempertahankan martabat, dan perawatan bermartabat harus berlanjut hingga setelah kematian (RCN, 2008). *International Council for Nurses* dalam RCN (2008) menyatakan bahwa perhatian hak pasien terkait martabat tidak dapat dipisahkan dalam keperawatan. Perawat United Kingdom harus sepenuhnya menjunjung martabat pasien dan dapat dimintai pertanggungjawaban atas tindakan yang seharusnya tidak mereka lakukan.

The Nursing and Midwifery Council (NMC) Code of Professional Conduct dalam RCN (2008) menyatakan perawat harus membuat perawatan pasien menjadi prioritas utama, merawat pasien sebagai individu dan menghormati martabat pasien. Perawat memiliki nilai etik dimana menghargai martabat, otonomi, dan keunikan manusia sebagai nilai dasar perawat. Dokumen kebijakan perawatan kesehatan dan sosial menekankan pentingnya martabat dalam perawatan sementara martabat pasien dan klien sering berada di bawah ancaman.

Islam menekankan tidak hanya meninjau martabat pasien saja, namun juga pada hubungan antara pasien dan dokter, pasien dan komunitas atau masyarakat. Mengobservasi martabat dan privasi sangatlah penting untuk membangun hubungan yang efektif antara tenaga kesehatan dan pasien serta dapat menjaga ketenangan pasien. Sebaliknya, banyak konsekuensi yang berbahaya apabila martabat pasien tidak ditinjau (Nayeri, Aghajani dalam Adib-Hajbaghery & Aghajani, 2015).

5. Martabat dan Aktivitas Perawatan

Aktivitas keperawatan yang melibatkan martabat pasien antara lain perawatan diri, prosedur yang berhubungan dengan area intim tubuh, perawatan yang melibatkan emosi, dan prosedur yang mungkin menyakitkan atau mencetuskan kecemasan. Aktivitas yang mungkin berkompromi terhadap martabat : mendukung kebersihan dan berpakaian, eliminasi, nutrisi, komunikasi, prosedur atau pemeriksaan yang intim, prosedur teknis, prosedur yang mengekspos, prosedur medis, cek kesehatan fisik, perawatan gawat darurat, penerimaan/transfer/kepulangan, perawatan kesehatan mental. Komunikasi digunakan untuk mempromosikan martabat, interaksi yang baik akan membuat pasien merasa nyaman, dikontrol dan dihargai (RCN, 2008).

6. Asuhan Keperawatan Martabat Pasien

Asuhan keperawatan paliatif dilakukan secara sistematis mulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Pada tahap pengkajian dilakukan anamnesa mendalam, pemeriksaan fisik dan menganalisa hasil pemeriksaan penunjang yang sebelumnya pernah dilakukan. Pengkajian untuk martabat sendiri dapat dilakukan menggunakan PDI. Dari hasil pengkajian yang dilakukan maka akan didapat kategori urgensi masalah (Kemenkes RI, 2015).

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terkait repons manusia baik individu, keluarga, kelompok, atau komunitas terhadap

masalah atau gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan respon. Terdapat 13 domain dalam Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017. Pada domain 6 ‘persepsi diri’ (kesadaran tentang diri sendiri) terdiri dari 3 kelas yaitu kelas 1 ‘konsep diri’ (persepsi total tentang diri sendiri), kelas 2 ‘harga diri’ (penilaian tentang arti, kapabilitas, kepentingan, dan keberhasilan diri sendiri), dan kelas 3 ‘citra diri’ (suatu gambaran mental tentang tubuh diri sendiri) (Herdman dan Kamitsuru, 2015).

Dalam kelas 1 yaitu konsep diri, terdapat diagnosis keperawatan risiko pelemahan martabat. Menurut Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2015-2017, risiko pelemahan martabat yaitu :

“Rentan terhadap persepsi kehilangan respek dan kehormatan, yang dapat mengganggu kesehatan”.

Terdapat 11 faktor risiko dari diagnosis risiko pelemahan martabat yaitu dipermalukan, keganjilan budaya, kehilangan kendali fungsi tubuh, ketidakadekuatan partisipasi dalam pembuatan keputusan, kurang memahami informasi kesehatan, merasa terganggu oleh praktisi, merasa tidak diperlakukan secara manusiawi, merasa invasi terhadap privasinya, pemajanan tubuh, pengungkapan informasi rahasia, dan stigmatisasi (Herdman dan Kamitsuru, 2015).

Dalam *Nursing Outcome Classification* (NOC) martabat akan dipertahankan dengan bermartabat dalam akhir kehidupan yang akan dibuktikan dengan indikator (sebutkan 1-5 : tidak memuaskan, kurang memuaskan, cukup memuaskan, memuaskan, sangat memuaskan)

mengungkapkan harapan, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait perawatan, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang status resusitasi, mengontrol keputusan donasi organ, berpartisipasi dalam rencana pemakaman, mempertahankan kehendak saat ini, mempertahankan *advance directive*, menyelesaikan masalah penting, berbagi perasaan tentang kematian, menyelesaikan tujuan yang bermakna, bertukar kasih sayang dengan orang lain, mengingat kenangan kehidupan, mengulas pencapaian dalam kehidupan, membahas pengalaman spiritual, membahas masalah spiritual, mempertahankan kemandirian fisik, mengontrol pilihan perawatan, mengontrol asupan makanan dan minuman, mengontrol harta benda pribadi (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2013).

Intervensi *Nursing Intervention Classification* (NIC) terkait dengan diagnosis ini belum dikembangkan, namun intervensi perlindungan hak pasien mungkin sesuai, karena perlindungan hak pasien sejauh ini dihubungkan dengan perawatan akhir kehidupan. Intervensi yang diberikan yaitu kaji harapan pasien terhadap perawatannya, kaji apakah keinginan pasien tentang perawatan kesehatan yang diketahui dalam *advance directive*, tentukan siapa yang secara hukum bertanggung jawab untuk memberi persetujuan terapi, berikan lingkungan yang kondusif untuk privasi antara pasien, keluarga dan tenaga kesehatan, jaga privasi pasien selama perawatan dari *hygiene*, eliminasi dan *grooming* (misalnya tirai tertutup penuh, selimuti pasien), bantu intervensi situasi yang

melibatkan perawatan yang tidak aman atau memadai, hargai harapan yang diungkapkan di surat wasiat pasien, jangan memaksa pasien dalam tindakan perawatan, berikan dokumen “hak pasien” atau dokumen sejenis yang hampir sama, bekerjasama dengan dokter dan tenaga administrasi rumah sakit untuk menghormati harapan pasien dan keluarga, hargai permintaan “*do not resuscitate*” atau menolak resusitasi (Dochterman dan Bulechek, 2013).

F. *Patient Dignity Inventory (PDI)*

Mayoritas penelitian berfokus pada fisik dan penyakit yang berhubungan dengan sumber *distress* serta pada psikologis, sosial, atau dimensi yang eksistensial dari *distress*. Perawatan bermartabat merupakan hal yang tidak diragukan lagi dari perawatan yang komprehensif. Chochinov *et al* membuat model berbasis empiris dari martabat pasien penyakit terminal yang semakin dipertimbangkan dalam perawatan kesehatan (Sautier, Vehling & Mehnert, 2014).

Model ini menunjukkan martabat selama perawatan paliatif dapat terbagi menjadi tiga kategori mayor: 1) faktor yang menyebabkan, atau berhubungan dengan, penyakit yang mendasari, 2) sosial atau faktor mediasi eksternal, dan 3) pertimbangan psikologis dan spiritual. Chochinov *et al* menyusun ulang tema dan subtema menjadi pertanyaan yang spesifik, memberikan kesempatan pasien untuk mengindikasikan sejauh mana hal tersebut memiliki pengaruh yang mungkin pada martabat mereka. *Patient Dignity Inventory (PDI)* merupakan novel, validitas, dan reliabilitas kuesioner untuk menilai

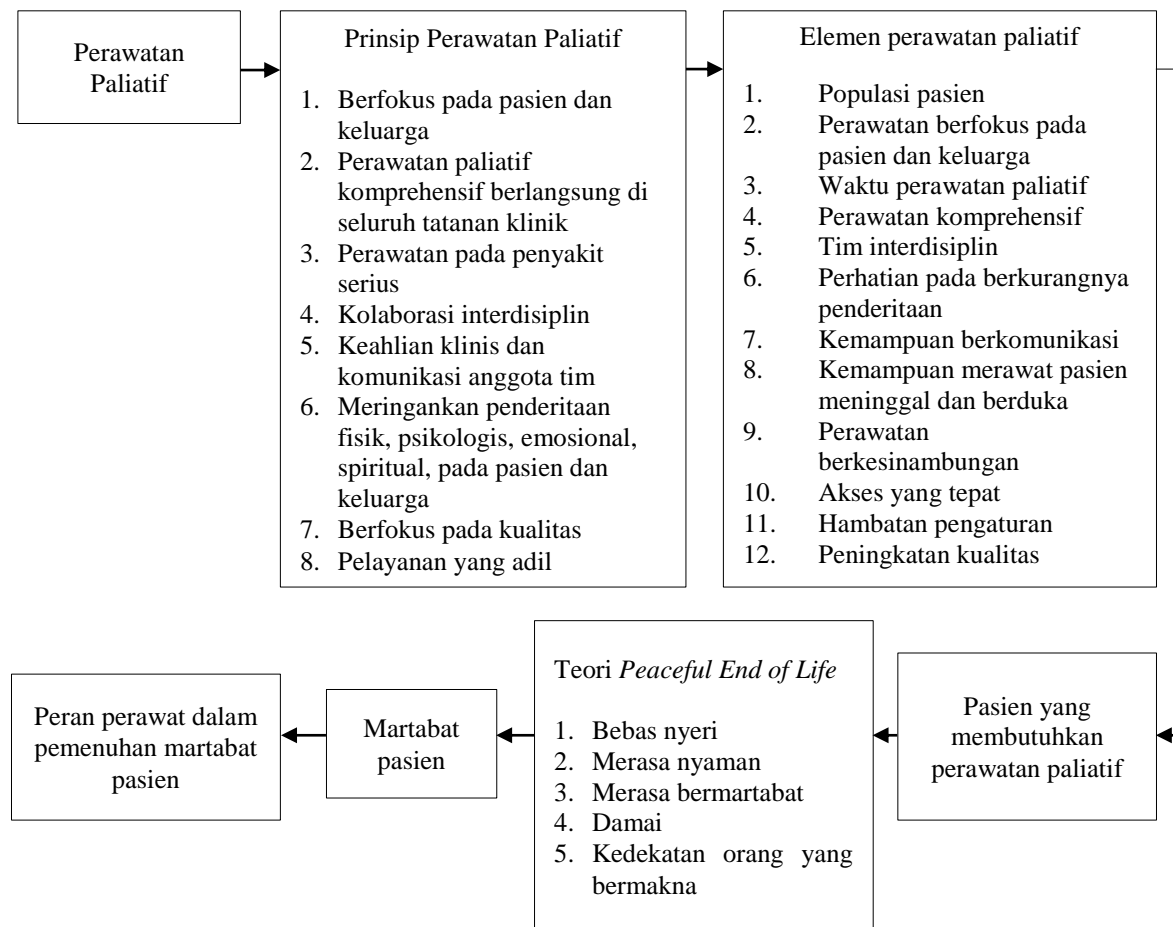
dimensi martabat yang berkaitan dengan *distress* pada pasien dengan penyakit terminal (Sautier, Vehling & Mehnert, 2014).

Patient Dignity Inventory (PDI) cukup granular dan dengan demikian dapat memperoleh informasi mengenai berbagai aspek dari pengalaman pasien (Chochinov *et al*, 2012). PDI berisikan 25 item pernyataan dengan 5 faktor yang terbagi didalamnya: gejala *distress*, *distress* eksistensial, ketergantungan, pikiran yang damai, dan dukungan sosial. Namun, terdapat 4 item pernyataan dari PDI yang tidak dapat dikategorikan ke dalam 5 faktor tersebut. (Chochinov *et al*, 2008). PDI dalam versi Jerman membagi seluruh 25 item pernyataan kedalam 4 faktor yaitu hilangnya rasa bernilai dan bermakna, kecemasan dan ketidakpastian, *distress* gejala fisik dan citra diri, dan hilangnya otonomi (Sautier, Vehling & Mehnert, 2014).

Skala respon terdiri dari 5 poin berkisar dari ‘tidak ada masalah’ sampai ‘masalah sangat besar’, dengan interpretasi PDI dinilai pada setiap pernyataan dimana martabat utuh apabila skor < 3 , dan martabat retak apabila skor ≥ 3 (Chochinov *et al*, 2016). Sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh Chochinov *et al* dimana *cronbach's coefficient alpha* mencerminkan konsistensi internal yaitu 0,93 dan *test-retest reliability* untuk PDI $r=0,85$ (Chochinov *et al*, 2008). PDI memiliki validitas yang unggul dan dapat digunakan oleh pasien yang menjalani rawat inap maupun rawat jalan, dan hanya membutuhkan waktu beberapa menit saja untuk mengisi instrumen tersebut. PDI dapat menjadi instrumen yang berguna untuk memonitor

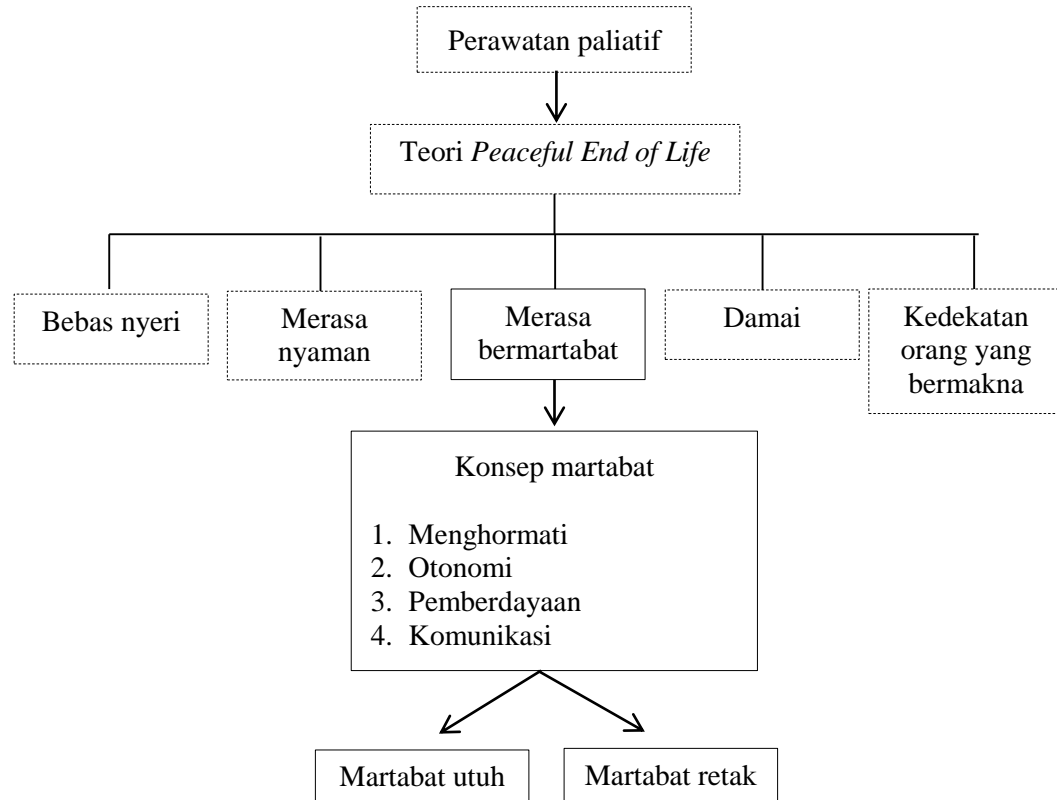
martabat yang berhubungan dengan masalah dalam *setting* perawatan paliatif
(Wing, 2010).

G. Kerangka Teori



Gambar 3. Kerangka Teori (WHO, 2016; WHO, 2014; NCP, 2013; NCP dalam Campbell, 2013; Alligood dan Tomey, 2010; Zehtab dan Adib-Hajbaghery, 2014; RCN, 2008; Kemenkes RI, 2015; Herdman dan Kamitsuru, 2015; Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2013; Dochterman dan Bulechek, 2013)

H. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep

Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti