

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien 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 berfokus pada kualitas hidup pasien dengan progresifitas penyakit yang mengubah kehidupan. Perawatan paliatif meliputi manajemen nyeri dan gejala, dukungan psikososial, emosional, dan spiritual serta kondisi hidup nyaman dengan perawatan yang tepat baik di rumah, rumah sakit atau tempat lain sesuai pilihan pasien. Perawatan paliatif dilakukan sejak awal perjalanan penyakit bersamaan dengan terapi lain dan menggunakan pendekatan tim multidisiplin untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarga mereka (*Canadian Cancer Society, 2016*).

Perawatan paliatif diperlukan pada pasien dengan kondisi kronis atau mengancam jiwa, tidak ada batasan waktu atau prognostik pada pemberian perawatan paliatif. Kebutuhan dalam perawatan paliatif tersedia dalam seluruh tatanan pelayanan kesehatan baik primer, sekunder maupun tersier

dan perawatan paliatif tidak terbatas pada satu *setting* perawatan (WHO, 2014). Tujuan perawatan paliatif berfokus pada peningkatan kualitas hidup pasien dan menganggap bahwa kematian merupakan proses yang normal, tidak mempercepat atau menunda kematian, menghilangkan nyeri dan keluhan lain, menjaga aspek psikologis dan spiritual, dan mengoptimalkan agar pasien tetap aktif sampai akhir kehidupan serta membantu mengatasi suasana duka cita keluarga (Irawan, 2013).

Menurut *WHO Global Health Estimates*, pada tahun 2011 lebih dari 29 juta (29.063.194) manusia meninggal karena penyakit paliatif. Perkiraan jumlah orang yang membutuhkan perawatan paliatif pada akhir kehidupan sebanyak 20,4 juta, dan kebutuhan perawatan paliatif akhir kehidupan pada usia dewasa secara global diatas 19 juta. Proporsi kebutuhan perawatan paliatif pada usia lebih dari 60 tahun (69%), usia 15-59 tahun (25%), dan anak-anak usia 0-14 tahun (6%). Berdasarkan dari hasil perkiraan, pada tiap tahunnya sekitar 377 orang dewasa dari 100.000 populasi dan 63 anak dari 100.000 populasi membutuhkan perawatan paliatif di akhir kehidupan (WHO, 2014).

Kebutuhan perawatan paliatif pada usia dewasa di negara anggota WHO terbagi menjadi 6 wilayah yaitu wilayah Amerika (13%), wilayah Afrika (9%), wilayah Mediterania Timur (5%), wilayah Eropa (22%), wilayah Asia Tenggara (22%), dan wilayah Pasifik Barat (29%) (WHO, 2014). Penyakit dan persentase yang membutuhkan perawatan paliatif pada usia dewasa menurut WHO (2014), yaitu alzheimer dan demensia (1,65%), sirosis hati

(1,70%), penyakit ginjal (2,02%), diabetes melitus (4,59%), HIV/AIDS (5,71%), penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) (10,26%), *multi-drug-resistant tuberculosis* (0,80%), parkinson (0,48%), rheumatoid arthritis (0,27%), multiple sklerosis (0,04%), kanker (34,01%), dan penyakit kardiovaskular (38,47%).

Prevalensi penyakit yang membutuhkan perawatan paliatif di Indonesia pada tahun 2013 antara lain PPOK (3,7%), kanker (1,4% per 1000 penduduk), diabetes melitus (2,1%), jantung koroner (1,5%), gagal jantung (0,3%), stroke (12,1 per mil), gagal ginjal kronik (0,2%) (Kemenkes RI, 2013). Pada tahun 2015, jumlah kasus HIV positif sebanyak 30.935 kasus, dan AIDS sebanyak 6.081 kasus (Kemenkes RI, 2016). Prevalensi penyakit paliatif di DI Yogyakarta pada tahun 2013 antara lain PPOK (3,1%), kanker (4,1%), diabetes melitus (3,0%), gagal jantung (0,4%), stroke (16,9%), gagal ginjal kronik (0,3%) (Kemenkes RI, 2013). HIV/AIDS sebanyak 1.940 kasus dengan kasus AIDS (831 kasus) dan HIV positif (1.109 kasus) (Dinkes DIY, 2013).

Perkembangan perawatan paliatif mengikuti perkembangan model *public health* oleh WHO. Masalah secara global yang menghambat akses dan ketersediaan pelayanan adalah tidak adanya kebijakan, minimnya pengetahuan terkait prinsip dan praktek perawatan paliatif yang dimiliki oleh profesi kesehatan, sulitnya akses obat-obatan opioid untuk mengontrol rasa sakit, dan implementasi perawatan paliatif yang tidak merata secara

internasional dimana hal ini berhubungan dengan *Human Development Index* (WHO, 2014).

Perawatan paliatif di Indonesia masuk dalam level 3 a atau negara dengan penyediaan perawatan paliatif masih terisolasi (WHO, 2014). Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 812/ Menkes/ SK/ VII/ 2007 rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan paliatif di Indonesia masih terbatas di lima ibu kota provinsi yaitu Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar dan Makassar. Keadaan sarana pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih belum merata sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, komprehensif dan holistik.

Perawatan pasien paliatif harus berfokus pada berbagai masalah eksistensial baik fisik, psikologis, sosial, dan spiritual untuk mempromosikan rasa pasien yang bermartabat (Albers, Pasman, Deliens, de Vet & Onwuteaka-Philipsen, 2013). Dalam perawatan paliatif, mempertahankan martabat sangat penting bagi pasien dan perawat mengingat perubahan fisik dan psikososial yang terjadi akibat penyakit (Oechsle, Wais, Vehling, Bokemeyer & Mehnert, 2014). Martabat merupakan prinsip utama dalam perawatan paliatif dan menjaga martabat adalah tujuan dari perawatan (Vlug, de Vet, Pasman, Rurup & Onwuteaka-Philipsen, 2011).

Dalam beberapa tahun terakhir, pentingnya menjaga martabat pasien dalam perawatan paliatif telah memperoleh pengakuan dari seluruh dunia. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa perawat memainkan peran penting dalam mempertahankan martabat pasien (Abbaszadeh, Borhani & Rabori,

2015). Martabat merupakan hal yang penting untuk 92% masyarakat umum Belanda dalam fase akhir kehidupan mereka (Vlug, de Vet, Pasman, Rurup & Onwuteaka-Philipsen, 2011). Mengukur martabat sangat penting dilakukan pada pasien kronis akibat tindakan yang dilakukan selama pengobatan dan perawatan (Abbaszadeh, Borhani & Rabori, 2015).

Kurangnya pemahaman terkait perawatan masa depan dapat mengakibatkan kehilangan martabat dan menambah stres untuk keluarga serta tenaga kesehatan profesional (Albers, Pasman, Deliens, de Vet & Onwuteaka-Philipsen, 2013). Salah satu alasan yang paling sering disebutkan untuk tindakan eutanasia atau bunuh diri yang dibantu dokter adalah karena hilangnya martabat pasien (Vlug, de Vet, Pasman, Rurup & Onwuteaka-Philipsen, 2011). Hospitalisasi pada pasien paliatif selalu berhubungan dengan tingginya tingkat stres yang dapat berpengaruh terhadap martabat (Abbaszadeh, Borhani & Rabori, 2015).

Dalam onkologi, kehilangan martabat pada pasien merupakan penyebab kedua untuk tindakan eutanasia (53% kasus) setelah adanya nyeri yang tidak terkontrol (79% kasus), tingginya tekanan psikologis dan spiritual, hilangnya harapan hidup, hidup dengan keputusasaan dan kesusahan dengan efek negatif dalam keluarga, depresi, kecemasan, keinginan untuk kematian, keputusasaan, membebani orang lain, serta kualitas hidup yang buruk (Ripamonti *et al.* 2012).

Penelitian lain menunjukkan bahwa sebanyak 7,5 % pasien *end of life* mengalami kekurangan martabat yang intens. Kelompok pasien yang

mengalami kekurangan martabat menunjukkan *distress* mental yang lebih berat, stres fisik, ketergantungan, dan tidak tertarik dengan kehidupan. Temuan ini menunjukkan hubungan yang erat antara martabat manusia dengan kesusahan pada pasien (Chochinov dalam Borhani, Abbaszadeh & Moosavi, 2014).

Sesuai dengan firman Allah SWT dalam surat Al-Qashash:70 :

“Dan berbuat baiklah (kepada orang lain) seperti halnya Allah berbuat baik terhadapmu....”

Dari ayat diatas telah dijelaskan bahwa manusia harus memperlakukan orang lain dengan baik, dengan memuliakan orang lain maka hal tersebut secara tidak langsung akan mempertahankan rasa harga diri dan martabat.

Berdasarkan hasil penelusuran literatur yang dilakukan oleh peneliti, penelitian untuk mengukur martabat belum pernah dipublikasikan di Yogyakarta ataupun di Indonesia. Dari hasil wawancara yang dilakukan pada lima pasien paliatif di RS PKU Muhammadiyah Gamping, empat pasien menyatakan mengalami gangguan fisik, satu pasien mengatakan tertekan, dua pasien mengatakan merasa cemas, tiga pasien mengatakan merasa menjadi beban bagi orang lain dan satu orang mengatakan kebutuhan atau tindakan keperawatan yang dilakukan mengurangi privasi pasien. Selain itu, dari wawancara yang dilakukan kepada perawat didapati bahwa pengkajian dan asuhan keperawatan terkait martabat belum pernah ditegakkan, dan penatalaksanaan perawatan paliatif masih berfokus pada masalah fisik. Berdasarkan latar belakang diatas, penelitian mengenai martabat pasien paliatif di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping perlu dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas, dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “Bagaimana martabat pasien paliatif di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kondisi martabat pasien paliatif di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya karakteristik demografi responden pasien paliatif di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.
- b. Diketuainya gambaran martabat pasien paliatif di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan menjadi data dasar dalam pengembangan keilmuan keperawatan, khususnya dalam martabat pasien paliatif.

2. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini sebagai evaluasi pada asuhan keperawatan paliatif di rumah sakit dalam aspek martabat pasien.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini sebagai aplikasi keilmuan pada penelitian dan keperawatan paliatif.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Sebagai masukan untuk perbaikan kualitas asuhan keperawatan pasien paliatif, sehingga diharapkan pasien dan keluarga mendapatkan kualitas asuhan keperawatan yang lebih baik.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian Abbaszadeh, Borhani & Rabori (2015) berjudul “*Patient Dignity in Coronary Care : Psychometrics of the Persian Version of the Patient Dignity Inventory*”, bertujuan untuk meneliti karakteristik item, mengukur reliabilitas dan validitas, dan penerapan *Patient Dignity Inventory* (PDI) berbahasa Persia untuk pasien penyakit jantung. Penelitian ini berlangsung di Kerman, Iran pada tahun 2014. Pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 220 pasien jantung sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Metode dalam penelitian ini yaitu dengan menerjemahkan PDI ke dalam bahasa Persia, kemudian kuesioner PDI didistribusikan kepada 220 pasien jantung bersama dengan empat kuesioner lain yang berkaitan dengan kecemasan, depresi, keputusan, dan kualitas hidup.

Cronbach's coefficient alpha dihitung dan analisis komponen utama dan analisis korelasi dilakukan. Validitas konstruk dinilai dengan kuesioner tervalidasi berikut: *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Beck Hopelessness Scale* (BHS), dan *SF-36 Health Survey*. Hasil penelitian analisis faktor didukung 4 dimensi, yaitu hilangnya martabat manusia, gangguan dan ketidakpastian emosi,

perubahan kemampuan dan mental, dan hilangnya kebebasan. *Loading factors* berkisar antara 0,5 dan 0,83. *Cronbach's alpha* dari kuesioner tinggi yaitu 0,85, dan 4 dimensi lainnya juga tinggi, berkisar antara 0,80 dan 0,91. Sebuah korelasi yang diinginkan ditemukan antara PDI versi bahasa Persia dan 4 kuesioner lainnya. Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa PDI dalam bahasa Persia dapat digunakan dalam mengukur martabat dan *distress* terkait martabat pada pasien jantung, dan dapat digunakan pula pada negara-negara berbahasa Persia.

Perbedaan dengan penelitian ini yaitu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran martabat pasien paliatif. Populasi dari penelitian adalah seluruh pasien paliatif yang tidak terbatas hanya pada satu diagnosa medis, pengambilan sampel menggunakan *non probability sampling* dengan *total sampling* terbatas waktu 1 bulan.

Persamaan penelitian yaitu instrumen yang digunakan pada penelitian sama yaitu kuesioner data demografi dan *Patient Dignity Inventory* (PDI) yang nantinya akan diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia lalu dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

2. Penelitian Albers, Pasma, Deliens, de Vet & Onwuteaka-Philipsen (2013) yang berjudul "*Does Health Status Affect Perceptions of Factors Influencing Dignity at the End of Life?*", penelitian ini bertujuan untuk meneliti apakah status kesehatan mempengaruhi persepsi dari faktor yang mempengaruhi martabat pada akhir kehidupan, dan hubungan antara persepsi dan karakteristik demografi. Metode penelitian yaitu sub-sampel

(n=2282) dari *large advance directives cohort study*. Tiga kelompok status kesehatan yang berbeda (baik, sedang, dan buruk) didefinisikan berdasarkan Euroqol-5D dan pertanyaan apakah responden memiliki penyakit.

Untuk setiap kelompok status kesehatan, peneliti menghitung persentase dari responden yang mengindikasikan sejauh mana item dari *Patient Dignity Inventory* (PDI) akan mempengaruhi martabat pasien. *Logistic regression analyses* digunakan untuk mengetahui hubungan antara persepsi dari faktor yang mempengaruhi martabat pribadi dan faktor sosiodemografi. Hasil penelitian menunjukkan persentase responden terkait faktor-faktor yang berpengaruh terhadap martabat tidak berbeda secara signifikan untuk tiga kelompok status kesehatan, kecuali untuk tiga item fisik pada gejala, peran, dan rutinitas.

Item-item secara signifikan lebih berpengaruh pada martabat bagi orang-orang dengan status kesehatan yang buruk. Jenis kelamin, usia tua, memiliki pasangan, dan memiliki kepercayaan atau agama yang penting untuk kehidupan seseorang dikaitkan dengan pemahaman tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap martabat. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu status kesehatan tampaknya hanya mempengaruhi persepsi faktor fisik dari mempertahankan martabat pada akhir kehidupan. Hal ini mungkin menunjukkan bahwa pemahaman martabat tidak akan secara substansial berubah karena perubahan status kesehatan dan dapat mendukung *advance care planning* lebih awal.

Perbedaan dengan penelitian ini yaitu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran martabat pasien paliatif tanpa memperhatikan pengelompokan status kesehatan (baik, sedang, buruk). Populasi dari penelitian adalah seluruh pasien paliatif, pengambilan sampel menggunakan *non probability sampling* dengan *total sampling* berbatas waktu 1 bulan. Analisis data adalah analisis *univariate* yang mendeskripsikan karakteristik setiap variabel.

Persamaan dengan penelitian ini adalah penggunaan instrumen yang sama yaitu kuesioner data demografi dan *Patient Dignity Inventory* (PDI) yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia.