



PEMBERIAN PERAWATAN PALLIATIVE PADA PASIEN YANG MENGALAMI END OF LIFE DI INSTALASI GAWAT DARURAT: A SCOPING REVIEW

Ni Luh Seri Astuti^{1*}, I Made Moh. Yanuar Saifudin², I Nyoman Dharma Wisnawa³ I Dewa Ayu Nyoman Manik Ulandewi¹

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Advaita Medika Tabanan, Jl. Perkutut No.25, Dajan Peken, Tabanan, Tabanan, Bali 82114

²Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Senolowo, Jl. Farmako, Sekip Utara, Depok, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55281

³UPTD Puskesmas III Denpasar Utara, Jl. Ahmad Yani Utara No.110, Dauh Puri Kaja, Denpasar Utara, Kota Denpasar, Bali 80233

*luhseriastuti12@gmail.com

ABSTRAK

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit yang selalu dikunjungi oleh berbagai jenis pasien mulai dari pasien dengan penyakit akut dan kronis maupun pasien dengan kondisi menjelang akhir (end of life [EoL]). Penanganan kondisi pasien yang memerlukan perawatan paliatif di IGD menjadi tantangan sendiri bagi tenaga Kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi dan mengidentifikasi kriteria inklusi untuk pasien dengan EoL yang mendapatkan pelayanan di IGD. Identifikasi difokuskan untuk mencari macam-macam domain perawatan paliatif dan jenis tindakan yang diberikan di IGD. Scoping review telah dilakukan dengan menggunakan database ProQuest, Scopus, Science Direct, Cochrance. Literatur utama yang digunakan pada studi ini berjumlah 10 artikel yang telah disintesis oleh peneliti. Temuan penelitian ini menunjukkan empat domain perawatan paliatif, meliputi penanganan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual. Perawatan paliatif berfokus pada pendekatan holistik, transkultural, komprehensif dan berpusat pada pasien, sehingga mendukung model biopsikosial-spiritual yang disajikan sebagai reaksi untuk mengatasi permasalahan pasien baik secara fisik, psikologis, sosial maupun spiritual. Pengetahuan dan sikap yang baik dalam memberikan perawatan paliatif kepada pasien EoL yang mengunjungi IGD menjadi kemampuan penting bagi perawat IGD. Tidak hanya menangani secara fisiologis, tetapi juga meliputi psikososial dan spiritual dalam perawatan paliatif di IGD, sehingga tercapai pelayanan yang optimal dan menyeluruh.

Kata kunci: end of life care; instalasi gawat darurat; perawatan paliatif

PALLIATIVE CARE TOWARDS PATIENTS EXPERIENCING END OF LIFE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: A SCOPING REVIEW

ABSTRACT

The Emergency Room (ER) is a unit that is always visited by various types of patients, ranging from patients with acute and chronic illnesses as well as patients with end of life (EoL) conditions. Handling the condition of patients who require palliative care in the emergency room is a challenge for health workers. The aim of this study was to explore and identify the inclusion criteria for patients with EoL receiving services in the ED. Identification is focused on looking for various domains of palliative care and types of actions provided in the emergency room. Scoping reviews have been carried out using the ProQuest, Scopus, Science Direct, Cochrance databases. The main literature used in this study is 10 articles that have been synthesized by researchers. The findings of this study indicate the four domains of palliative care found in this scoping review, including physiological, psychological, social and spiritual care. Palliative care focuses on a holistic, transcultural, comprehensive and patient-centered approach, thereby supporting the biopsychosocial-spiritual model which is presented as a reaction to addressing patient problems both physically, psychologically, socially and spiritually. Good knowledge and attitude in providing palliative care to EoL patients visiting the ER is an important ability for ER

nurses. Not only handle physiologically, but also includes psychosocial and spiritual care in palliative care in the emergency room, so that optimal and comprehensive service is achieved

Keywords: end of life care; emergency department; palliative care

PENDAHULUAN

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit yang selalu dikunjungi oleh berbagai jenis pasien mulai dari pasien dengan penyakit akut dan kronis (Kavakli, 2016). Prinsip pelayanan di IGD adalah memberikan pelayanan yang mengutamakan tingkat kegawatdaruratan berdasarkan kategori pasien melalui sistem triase (Christ et al., 2010). Namun, data menyatakan bahwa pasien yang berkunjung ke IGD tidak selalu pasien yang mengalami kondisi kegawatdaruratan, melainkan memiliki penyakit kronis dengan stadium akhir yang semakin parah dan memiliki kondisi yang memerlukan pertolongan segera (Brickey et al., 2022). Pasien dengan kondisi menjelang akhir (end of life) ini sengaja dibawa ke IGD karena perawatan secara fisik dan psikologis tidak mampu dipenuhi oleh keluarga maupun pemberi perawatan (care giver) (Alqahtani & Mitchell, 2019).

End of life care (EoL) adalah perawatan menjelang akhir yang mengacu pada penyakit aktif disertai progresif yang tidak dimungkinkan sembuh oleh pengobatan kuratif sehingga hanya kematian yang pasti (Abbaspour & Heydari, 2022). Perawatan EoL adalah bagian dari perawatan palliative yang berfokus pada perawatan pasien di hari-hari terakhir, bahkan minggu ataupun bulan kehidupan mereka sejak pertama kali ditetapkan bahwa kondisi pasien secara bertahap mengalami peruburukan (Hagan et al., 2018). Karakteristik umum pasien yang berada pada fase EoL yang mengalami perburukan terdiri dari sesak napas dan nyeri yang memicu keluarga untuk segera membawa pasien ke rumah sakit (Shatri et al., 2019). Setibanya di Rumah sakit, keluarga akan memasuki ruang IGD sebagai pemberi layanan yang pertama dan terdepan (Rizzo et al., 2020).

Idealnya, pasien dengan perawatan paliatif sebaiknya tidak mencari layanan perawatan di IGD jika pasien memahami prinsip perawatan paliatif (Long et al., 2020). Namun, keluarga dan pemberi asuhan di rumah bingung jika pasien mengalami perburukan kondisi menjelang akhir hayat (Krawczyk & Gallagher, 2016). Beberapa negara, masih merawat pasien paliatif di IGD sebagai kondisi yang tidak dapat dihindari karena tidak memungkinkan untuk menolak pasien. Fokus pelayanan yang diberikan pada pasien paliatif di IGD adalah mengurangi rasa nyeri, sesak dan gejala berat pada pasien yang sakit parah (Prima et al., 2020). Perkembangan penyakit yang dimiliki oleh pasien paliatif akan meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan seiring dengan meningkatnya jumlah pasien pada fase EoL (Kurniawan et al., 2019). Namun, IGD tidak memiliki perawatan paliatif khusus sehingga pasien mendapatkan perawatan yang sia-sia (Rizzo et al., 2020).

Penanganan kondisi pasien yang memerlukan perawatan paliatif di IGD menjadi tantangan sendiri bagi tenaga kesehatan (Cooper et al., 2018). Aspek yang paling penting dimiliki oleh penyedia layanan di IGD adalah pengetahuan, mengidentifikasi masalah kritis serta wawasan yang luas karena tenaga kesehatan khususnya perawat akan menghadapi berbagai masalah selama memberikan pelayanan paliatif. Pengetahuan perawatan kesehatan tentang perawatan paliatif sangat membantu dalam membimbing dan merawat pasien dengan berbagai keluhan di IGD serta menumbuhkan kompetensi perawat (Leo et al., 2019). Rumah sakit dapat memiliki SOP untuk mengelola pasien yang sakit parah dengan intervensi yang lebih baik tanpa adanya kesalahan dalam melakukan perawatan ataupun tanpa melakukan perawatan sia-sia (Rizzo et al., 2020). Instalasi Gawat Darurat dapat memiliki aturan untuk menangani pasien dengan kondisi EoL dalam proses triase untuk ditangani dan dirujuk ke unit paliatif (A'la et al., 2020).

Belum banyak dilakukan telaah mengenai perawatan paliatif di IGD karena pelayanan lebih difokuskan pada life saving (Astuti, 2020). Kondisi ini menyebabkan belum adanya pelayanan yang berfokus terhadap jenis tindakan bagi pasien yang membutuhkan perawatan paliatif (Tiah et al., 2023).

Tujuan dari scoping review ini adalah untuk mengeksplorasi dan mengidentifikasi kriteria inklusi untuk pasien dengan EoL yang mendapatkan pelayanan di IGD. Identifikasi difokuskan untuk mencari macam-macam domain perawatan paliatif dan jenis tindakan yang diberikan di IGD. Scoping review ini dapat dijadikan sebagai acuan bagi rumah sakit yang tidak dapat menolak pasien palliative dengan EoL yang datang ke IGD dan dapat membantu untuk menentukan intervensi yang paling tepat. Pasien EoL yang memiliki kemungkinan meninggal di IGD dapat mencapai kematian yang bermartabat dan diharapkan mampu membuat sebuah kebijakan tentang triase pasien EoL seperti triase pasien gawat darurat.

METODE

Literature Review terkait pelayanan EoL di IGD akan ditinjau mengenai domain perawatan, jenis tindakan yang diberikan dan respon pasien setelah menerima pelayanan. Scoping review bertujuan untuk memetakan konsep-konsep kunci yang mendasari suatu area penelitian. Pendekatan ini khususnya tepat ketika sumber utama dan bukti yang tersedia kompleks atau belum ditinjau secara komprehensif sebelumnya. Proses Scoping Review ini mengadaptasi kerangka metodologis 6 langkah dari Arksey dan O'Malley yang terdiri dari 1) identifikasi pertanyaan penelitian; 2) identifikasi studi yang relevan; 3) pemilihan studi untuk scoping review; 4) mapping data; 5) menyusun dan meringkas hasil, dan 6) konsultasi (opsional) (Westphaln et al., 2021). Proses tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Identifikasi berdasarkan pertanyaan penelitian

Dalam Scoping Review ini, pertanyaan penelitian yang digunakan adalah bagaimana penerapan perawatan paliatif pada pasien EoL di IGD? Pertanyaan penelitian ini dibuat karena masih banyak kejadian pasien terminal yang datang berobat ke IGD dan rumah sakit tidak dapat menolak untuk merawat pasien. Pasien tetap mencari pelayanan kesehatan ke IGD meskipun dalam kondisi paliatif. Idealnya, pasien perawatan paliatif dengan kondisi terminal tidak dirawat di IGD karena mereka bukan pasien gawat darurat dan di banyak negara pasien terminal dan sekarat cenderung ditangani di rumah dengan dukungan keluarga dan meninggal dengan damai di rumah. Pada kondisi ini, kurangnya pengetahuan terutama dari keluarga khususnya akan membuat keluarga khawatir dan panik sehingga berinisiatif membawa pasien ke IGD dengan harapan dapat menyelamatkan nyawa pasien.

2. Mengidentifikasi studi yang relevan

Untuk menemukan studi terbaru yang relevan, kami melakukan pencarian sistematis dari laporan yang diterbitkan antara 1 Januari 2010 hingga 1 Januari 2023 menggunakan ProQuest, Scopus, Science Direct, Cochrance. Scoping review ini dilakukan dengan menggunakan beberapa kata kunci: Proses pencarian review ini mengacu pada pertanyaan klinis yang telah ditentukan yaitu PCC Population (P), Concept (C), Context (C). (((terminally ill patient) OR End of Life OR (palliative care)) OR Palliative medicine OR palliative treatment OR end of life OR DNR AND (emergency department)) emergency nursing OR emergency services. Penjelasan rinci tentang strategi pencarian kami disajikan pada PRISMA Chart.

3. Pemilihan studi untuk scoping review

Setelah eliminasi duplikat, judul dan atau abstrak disaring, dan studi yang relevan dengan pertanyaan penelitian teridentifikasi. Teks lengkap dari studi yang dipertahankan adalah

dibaca dan dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi: 1) Penelitian menggunakan bahasa Inggris, Kualitatif maupun kuantitatif, teks lengkap. Sedangkan Kriteria eksklusinya adalah 1) literature review, 2) studi protocol.

4. Mapping data

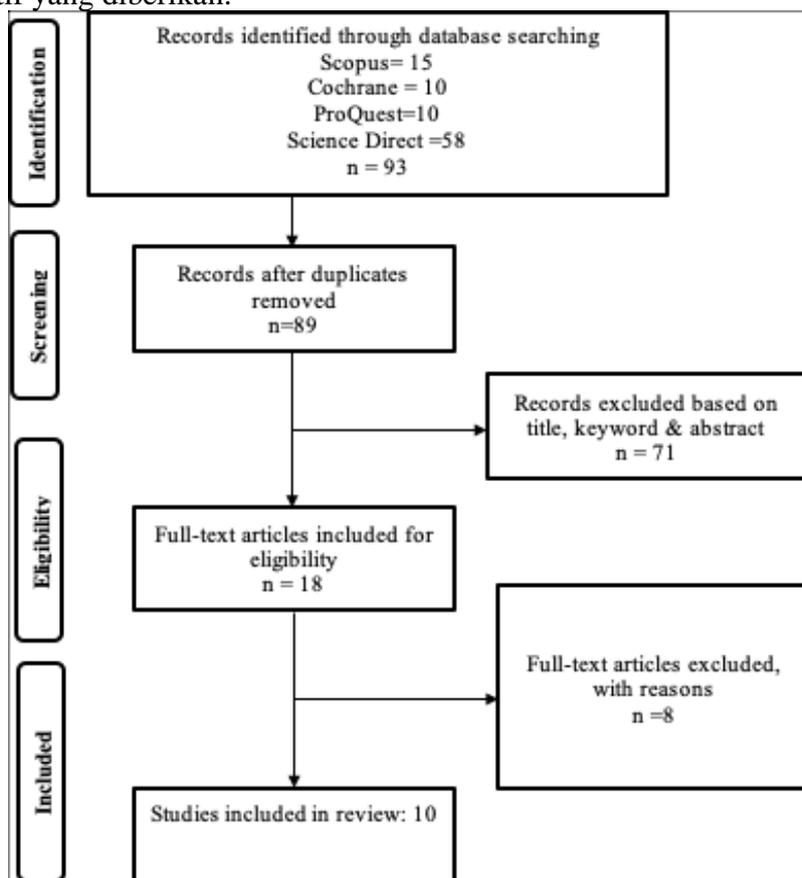
Informasi dari studi yang dipilih diurutkan dan disusun ke dalam kategori berikut: penulis, tahun publikasi, negara penulis utama, tujuan, negara studi, domain pelayanan paliatif, jenis tindakan yang diberikan, respon pasien setelah diberikan pelayanan yang dijelaskan pada tabel 1.

5. Menyusun dan meringkas hasil

Dalam proses menyusun dan meringkas temuan, data yang diekstraksi berulang kali direview. Hasil diringkas untuk menyajikan gambaran umum saat ini bukti tentang perawatan paliatif pada pasien EoL di IGD. Tim Peneliti melakukan analisis isi tema untuk mengidentifikasi faktor kontekstual lebih lanjut seperti doamin pelayanan di IGD, jenis tindakan paliatif yang diberikan serta respon pasien setelah diberikan perawatan.

HASIL

Literatur utama yang digunakan pada studi ini sejumlah 10 artikel yang disintesis oleh peneliti seperti yang terlihat pada table 1. Dalam sintesis artikel ini yang dibahas terdiri dari penulis dan tahun terbit, negara tempat publikasi, desain atau metodologi, hasil temuan, domain dan jenis Tindakan paliatif yang diberikan.



Gambar 1. Diagram alir pencarian literatur

Tabel 1
Tabel sintesis artikel

Penulis/ tahun publikasi	Negara	Desain/ metode	Hasil temuan	Domain	Jenis tindakan
(Ruangsombon et al., 2020)	Thailand	Randomized controlled trial (RCT)	Pemberian oksigen dengan High Flow Nasal kanul lebih unggul dibandingkan dengan oksigen konvensional dalam menurunkan dispnea pada awal pengobatan pada pasien paliatif dengan Do Not Intubate di IGD	Fisiologis	Pemberian oksigen dengan high flow nasal kanul pada kelompok treatment berjumlah 22 orang dan pemberian oksigen dengan konvensional menggunakan nasal kanul pada kelompok kontrol yang berjumlah 22 orang.
(Cornillon et al., 2016)	Perancis	retrospective study	Setengah dari pasien paliatif yang memiliki gejala parah dan dirawat di rumah dapat dihindari untuk dibawa ke IGD. Terdapat 3 kategori hasil pasien paliatif yang dirawat di IGD adalah 1) pasien mendapatkan perawatan lanjutan di bangsal paliatif secara singkat, 2) pasien dipulangkan, 3) pasien meninggal di IGD. Untuk mengurangi proporsi ini perlu mempromosikan akses ke perawatan primer, mendidik pasien layanan rumah sakit di rumah dan melatih pemberi perawatan dan dokter dalam pengobatan paliatif.	Fisiologis dan Spiritual	Pasien yang datang ke IGD akan mendapatkan penanganan di bidang fisik yang meliputi: pemeriksaan EKG (elektrokardiogram), AGD (analisis gas darah), dilakukan MRI (magnetic resonance imaging), USG, radiography penanganan medis untuk mengatasi nyeri dan dispnea. Pasien dan keluarga juga mendapatkan perawatan spiritual dari konsultan spesialis paliatif berdasarkan kebutuhan paliatif mereka mulai dari kebutuhan sedang hingga tinggi
(Economos et al., 2019)	Perancis	cohort studi: Retrospective	Pasien yang mengalami fase EoL diberikan dukungan yang tepat mulai dari manajemen hidrasi, pemberian obat golongan opioid dan pemasangan tracheal tube. Sebagian besar pasien cenderung memiliki keputusan untuk withhold dan withdraw pengobatan.	Fisiologis	Pasien pada fase EOL masuk di IGD diberikan terapi 4 jenis secara umum yakni pemberian obat Pereda nyeri dan antibiotik, resusitasi dengan pemasangan tracheal tube, penanganan hidrasi, serta pemberian oksigen.
(Tse et al., 2016)	Hongkong	Studi Kualitatif	Penyediaan perawatan EoL di IGD dapat meningkatkan waktu terakhir hidup pasien, memfasilitasi proses kehilangan dan berduka untuk keluarga, dan meningkatkan profesionalitas staf di IGD. Hal ini dibuktikan bahwa layanan EOL di IGD memperkaya perawatan EOL	Fisiologis, Psikososial dan spiritual	Pemberian perawatan dari domain fisiologis yakni memberikan penatalaksanaan terhadap nyeri yang dirasakan menggunakan obat golongan opioid. Perawatan psikososial diberikan dengan melibatkan keluarga dan memfasilitasi keterlibatan keluarga seperti memilih pilihan pengobatan, Mendukung Keluarga dalam Mengekspresikan

Penulis/ tahun publikasi	Negara	Desain/ metode	Hasil temuan	Domain	Jenis tindakan
			dalam sistem perawatan kesehatan. Temuan dari studi ini mengintegrasikan perspektif tentang layanan EOL dari perawat di IGD. Selanjutnya layanan EoL dianjurkan dari panduan yang digunakan di IGD lokal dan di seluruh dunia.		Kepedulian dan Cinta mereka pada Pasien EoL, Menyeimbangkan Kebutuhan Keluarga dengan keinginan dan Martabat pasien saat meninggal selama perpisahan terakhir. Perawatan spiritual diberikan dengan mengurangi rasa takut pasien akan kematian, dan beberapa ritual keagamaan dilakukan tanpa melanggar peraturan dan kebijakan lingkungan rumah sakit.
(Smith et al., 2010)	USA	Studi Kualitatif: grounded theory	Pasien yang dibawa ke IGD oleh care giver nya adalah: 1) tidak siap mengelola gejala, 2) ketidakpastian dan kecemasan, 3) pentingnya komunikasi, 4) Berbagai jenis pengalaman dengan manajemen gejala, 5) perspektif yang bertentangan dengan tujuan dokter perawatan paliatif di IGD.	Fisiologis	Perawatan yang diberikan pada pasien dengan penyakit terminal yang datang ke IGD diantaranya adalah penanganan nyeri, sesak napas dan gejala lain.
(Chan, 2011)	California Utara	Kualitatif: pendekatan fenomenologi	Terdapat 7 lintasan yang mendekati kematian saat pasien berkunjung ke IGD yaitu: 1) Meninggal pada saat kedatangan, 2) Resusitasi pra-rumah sakit dan meninggal berikutnya di IGD, 3) resusitasi pra-rumah sakit dengan kelangsungan hidup sampai masuk, 5) lemah dan hamper meninggal, 6) hidup pada saat datang namun mengalami cardiac arrest di IGD, 7) kematian yang berpotensi dapat dicegah dengan kelalaian	Fisiologis	Perawatan yang diberikan selama pasien paliatif masuk ke IGD dengan kondisi EoL adalah pemberian anti nyeri, resusitasi dan penanganan masalah pernapasan
(Grudzen, Richardson, et al., 2012)	USA	Kualitatif	Penyedia layanan percaya bahwa kekhawatiran tentang masalah medikolegal mengganggu kemampuan petugas untuk tidak melakukan perawatan yang risikonya risikonya jauh lebih besar daripada manfaatnya. Selain itu, budaya pengobatan di IGD untuk menyediakan	Psikososi al	Sasaran perawatan yang diberikan bagi pasien terminal dalam mengunjungi IGD adalah kegiatan yang dilakukan dengan melibatkan keluarga adalah 1) adanya diskusi perawatan untuk keadaan darurat yang sakit parah, yang kompleks dan memakan waktu,

Penulis/ tahun publikasi	Negara	Desain/ metode	Hasil temuan	Domain	Jenis tindakan
			stabilisasi keadaan darurat medis akut terkadang bertentangan dengan budaya perawatan paliatif, yang menyeimbangkan kualitas hidup dengan beban perawatan invasif. Kesimpulannya, beberapa penyedia layanan menyatakan bahwa perlu memberikan konsultasi asuhan paliatif untuk menghindari konflik dengan pasien dan keluarga.		di mana ada urgensi yang meningkat, 2) kurangnya ruang pribadi, dan di mana penyedia tidak dapat memberikan perhatian penuh mereka kepada pasien dalam waktu lama, 3) melibatkan keluarga dalam membuat keputusan penting mengenai intervensi yang berpotensi mempertahankan hidup.
(Kim et al., 2017)	Californi a	Studi Survey	Perlu adanya pelatihan dan Pendidikan terkait paliatif agar menurunkan frekuensi intubasi yang tidak bermanfaat bagi pasien yang sekarat. 94% tenaga kesehatan yang bekerja di IGD yakin bahwa intubasi tidak akan memberikan manfaat kelangsung hidup serta lebih memilih untuk menunda intubasi di IGD pada pasien EoL	Fisiologis	Pemberian intubasi pada pasien yang mengalami EoL. Inisiatif tindakan ini dilakukan karena ebagian kecil keluarga pasien bersikeras untuk meminta pasien diberikan intubasi.
(Kraus et al., 2016)	USA	Mixed mode: cross sectional dan survey anonim	Penatalaksanaan rasa nyeri dan penatalaksanaan menjelang ajal (EoL) merupakan domain yang paling penting untuk dipelajari di IGD. Adnaya metode simulasi berbagai kasus merupakan Pendidikan yang paling efektif dalam meningkatkan kemampuan perawatan paliatif	Fisiologis dan spiritual	Kompetensi yang dimiliki oleh perawat dalam memberikan perawatan paliatif harus sejalan dengan gejala umum yang dialami oleh pasien yang masuk ke IGD. Perawatan yang wajib diberikan pada pasien dengan kondisi EoL adalah 1) manajemen nyeri, 2) resusitasi, 3) kebutuhan spiritual dan cultural pasien
(Chen et al., 2018)	Minnesot a	cohort study: retrospective	Mendukung program berbasis komunitas dalam perawatan paliatif. Hal ini dibuktikan dengan adanya penurunan pengeluaran saat jika pasien paliatif lebih memilih berkunjung ke perawatan paliatif berbasis komunitas dibandingkan dengan memilih IGD Porgram ini direkomendasikan sebagai pelayanan paliatif masa depan terutama untuk mendukung populasi lansia dengan paliatif seperti dimensia dan kanker.	Fisiologis	Perawatan yang diberikan Ketika pasien masuk di IGD adalah resusitasi dan manajemen nyeri

PEMBAHASAN

Tujuan studi ini adalah untuk mengeksplorasi dan mengidentifikasi kriteria inklusi untuk pasien dengan EoL yang mendapatkan pelayanan di IGD. Identifikasi difokuskan untuk mencari macam-macam domain perawatan paliatif dan jenis tindakan yang diberikan di IGD. Perawatan paliatif adalah perawatan medis khusus yang berfokus pada memberikan bantuan kepada pasien dari rasa sakit dan gejala lain dari penyakit serius, terlepas dari diagnosis atau stadium penyakit. Pasien mungkin secara aktif menerima terapi dengan tujuan menyembuhkan penyakit serius atau hanya menerima manajemen gejala. Sebagai akibat dari penyakit serius yang dialami, pasien perawatan paliatif sering datang ke instalasi gawat darurat (IGD) (Ruangsombon et al. 2020; Cornillon et al. 2016; Economos et al. 2019; Tse et al. 2016; Smith et al. 2010; Chan, 2011; Grudzen, Richardson, et al. 2012; Kim et al. 2017; Kraus et al. 2016; Chen et al., 2018). Meskipun tidak dianggap sebagai tempat yang ideal untuk memulai perawatan paliatif, pada kenyataannya, IGD adalah tempat mencari perawatan darurat yang paling sering (Barbera et al., 2010; Delgado-Guay et al., 2015; Grudzen, Hwang, et al., 2012).

WHO mendefinisikan Perawatan Paliatif sebagai pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan melalui identifikasi dini dan penilaian sempurna dan pengobatan nyeri dan masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual. Seorang pasien tidak perlu berada di akhir hidupnya untuk menjadi calon perawatan paliatif. Pugsley (1986) memperkenalkan konsep 'sakit total', yang meliputi tekanan fisik, sosial, emosional dan spiritual. Definisi kesehatan tidak hanya mencakup kebutuhan fisik dan psikososial, tetapi juga kebutuhan spiritual. Dalam perawatan paliatif, distres spiritual didefinisikan sebagai terganggunya sistem nilai keyakinan seseorang (Estacio et al., 2018; Richardson, 2014). Terdapat 4 domain perawatan paliatif yang ditemukan pada scoping review ini, meliputi penanganan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual. Konsisten dengan teori yang dikemukakan oleh Rego & Nunes, (2019) dan Sulmasy (2002), menyebutkan perawatan paliatif berfokus pada pendekatan holistik, transkultural, komprehensif dan berpusat pada pasien, sehingga mendukung model biopsikososial-spiritual yang disajikan sebagai reaksi untuk mengatasi permasalahan pasien baik secara fisik, psikologis, sosial maupun spiritual. WHO menganalisis sejumlah besar bukti untuk menentukan gejala yang paling sering terjadi pada akhir kehidupan, meliputi Nyeri, Anoreksia, Depresi, Mual, Kegelisahan, Diare, Dispnea, Sekresi saluran pernapasan, Muntah, Kelelahan dan Delirium (World Health Organization, 2013).

Scoping review ini menemukan masalah fisik yang paling sering ditemui pada pasien dengan EoL adanya rasa nyeri dan dispnea. Dalam perawatan paliatif, nyeri adalah salah satu gejala yang paling menyusahkan yang mungkin dialami pasien dan masalah spiritual yang tidak tertangani dapat menggagalkan upaya seseorang untuk mengobati gejala lain dan berdampak buruk pada kualitas hidup; namun, jika setiap dimensi ditangani, gejala yang menyusahkan dapat (Puchalski et al., 2004; Richardson, 2014; Sulmasy, 2002). Selain itu, Dispnea, khususnya, bisa menjadi gejala yang sangat menyusahkan bagi pasien dan menyebabkan ketakutan, kecemasan, dan kunjungan IGD berikutnya. Strategi untuk mengelola dispnea di rumah dan meninjau dengan pasien dan pengasuh tentang dispnea, apa yang diharapkan, dan bagaimana mengelolanya, dapat menurunkan pemanfaatan IGD (Crombeen & Lilly, 2020; Platt, 2010). Temuan studi ini juga menunjukkan prosedur yang sering dilakukan dalam menangani pasien EoL adalah intubasi dalam rangka resusitasi jantung paru. Intubasi di IGD, umumnya membuat pasien menjalani perawatan kritis, dengan semua potensi bahayanya. Meskipun manfaatnya lebih besar daripada risikonya pada sebagian besar pasien, pada pasien dengan penyakit terminal atau ventilasi mekanis usia lanjut dapat memperpanjang proses

kematian dan menyebabkan kematian yang sangat medis. Studi menunjukkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi pada pasien IGD dengan usia lanjut dan gagal napas yang mengakibatkan intubasi perlu dilakukan (Ouchi et al., 2018).

Selain domain fisiologi, domain lain meliputi domain psikososial dan spiritual juga menjadi bagian penting dalam perawatan paliatif di IGD. Distres psikologis dan spiritual sering terjadi pada pasien EoL, dan mereka sering memicu pemikiran tentang kematian yang dipercepat ketika rasa sakit dan gejala fisik telah diobati, karena pasien dapat menjadi demoralisasi dan putus asa (Moss & Dobson, 2006). Ini adalah tantangan besar bagi pasien, anggota keluarga dan tim kesehatan, yang mencoba menemukan makna perjalanan ini dan di mana spiritualitas tampaknya menjadi salah satu cara untuk mengatasi pengalaman yang menyusahkan ini (Murray et al., 2003, 2004). Koping religius yang positif dikaitkan dengan ketergantungan konstruktif pada iman yang mempromosikan adaptasi kesehatan dan penyesuaian psikologis terhadap stresor, sebagai penyakit serius, memprediksi dukungan spiritual yang positif. Sebaliknya, koping religius yang negatif cenderung memandang penyakit sebagai hukuman ilahi dan dapat menunjukkan krisis eksistensial, sehingga memprediksi dukungan spiritual negatif (Ai et al., 2013; Ano & Vasconcelles, 2005; Phelps, 2009). Kesadaran profesional kesehatan tentang bagaimana pasien mereka menggunakan iman mereka untuk mengatasi rasa sakit dan mempengaruhi kualitas hidup akan membantu mengidentifikasi apakah praktik kesehatan mental khusus akan menjadi manfaat tambahan untuk manajemen rasa sakit (Bekke-Hansen et al., 2014; Wachholtz & Pearce, 2009). Namun demikian, penting untuk mempertahankan perbedaan antara 'spiritualitas' dan 'agama', karena spiritualitas dianggap sebagai bagian dari total keberadaan pasien, mencakup lebih dari agama, tidak selalu berhubungan dengan agama dan pasien memilih untuk tidak dihakimi atau dipaksa masuk agama (Edwards et al., 2010; Tan et al., 2005).

SIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan, hingga saat ini literatur menjelaskan 4 domain perawatan paliatif yang ditemukan pada scoping review ini, meliputi penanganan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual. Perawatan paliatif berfokus pada pendekatan holistik, transkultural, komprehensif dan berpusat pada pasien, sehingga mendukung model biopsikososial-spiritual yang disajikan sebagai reaksi untuk mengatasi permasalahan pasien baik secara fisik, psikologis, sosial maupun spiritual. Diharapkan, perawat IGD memiliki pengetahuan dan sikap yang baik dalam memberikan perawatan paliatif kepada pasien EoL yang mengunjungi IGD. Tidak hanya menangani secara fisiologis, tetapi juga meliputi psikososial dan spiritual dalam perawatan paliatif di IGD, sehingga tercapai pelayanan yang optimal dan menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbaspour, H., & Heydari, A. (2022). Concept Analysis of End-of-Life Care. *Journal of Caring Sciences*, 11(3), 172–177. <https://doi.org/10.34172/jcs.2022.037>
- Ai, A. L., Hopp, F., Tice, T. N., & Koenig, H. (2013). Existential relatedness in light of eudemonic well-being and religious coping among middle-aged and older cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 18(3), 368–382. <https://doi.org/10.1177/1359105311434754>
- A'la, M. Z., Farikhah, Z., & Hakam, M. (2020). Nurses' Attitude Toward End of Life Care in Emergency Departement and Intensive Care Unit In Rural Hospital. *IJNP (Indonesian Journal of Nursing Practices)*, 4(1), 14–20. <https://doi.org/10.18196/ijnp.41103>
- Alqahtani, A. J., & Mitchell, G. (2019). End-of-life care challenges from staff viewpoints in

- emergency departments: Systematic review. *Healthcare (Switzerland)*, 7(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare7030083>
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461–480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20049>
- Astuti, N. L. S. (2020). The Effect of Passive Physiotherapy on Hemodynamic Status of Patients with Head Injury: A Literature Review Universitas Gadjah Mada Yogyakarta 7 STIKes Surya Global Yogyakarta. February, 13–14.
- Barbera, L., Taylor, C., & Dudgeon, D. (2010). Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *Canadian Medical Association Journal*, 182(6), 563–568. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091187>
- Bekke-Hansen, S., Pedersen, C. G., Thygesen, K., Christensen, S., Waelde, L. C., & Zachariae, R. (2014). The role of religious faith, spirituality and existential considerations among heart patients in a secular society: Relation to depressive symptoms 6 months post acute coronary syndrome. *Journal of Health Psychology*, 19(6), 740–753. <https://doi.org/10.1177/1359105313479625>
- Brickey, J., Flannery, M., Cuthel, A., Cho, J., Grudzen, C. R., Blaum, C., Southerland, L., Bischof, J., Ouchi, K., Elie, M. C., Swor, R., Jubanyik, K., Goldfeld, K. S., Cohen, S. E., Kim, A., Lowy, J., Scherer, J. S., Bael, N. E., Gafford, E., ... Navarro, M. (2022). Barriers to recruitment into emergency department-initiated palliative care: a sub-study of a multi-site, randomized controlled trial. *BMC Palliative Care*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00899-9>
- Chan, G. K. (2011). Trajectories of approaching death in the emergency department: Clinician narratives of patient transitions to the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6), 864–881. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.023>
- Chen, C. Y., Naessens, J. M., Takahashi, P. Y., McCoy, R. G., Borah, B. J., Borkenhagen, L. S., Kimeu, A. K., Rojas, R. L., Johnson, M. G., Visscher, S. L., Cha, S. S., Thorsteinsdottir, B., & Hanson, G. J. (2018). Improving Value of Care for Older Adults With Advanced Medical Illness and Functional Decline: Cost Analyses of a Home-Based Palliative Care Program. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(6), 928–935. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.08.015>
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern Triage In The Emergency Department. *Deutsches Arzteblatt*, 107(50), 892–898. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892>
- Cooper, E., Hutchinson, A., & Sheikh, Z. (2018). Palliative Care in the Emergency Department: A Systematic Literature Qualitative Review and Thematic Synthesi. 27(434), 327–331.
- Cornillon, P., Loiseau, S., Aublet-Cuvelier, B., & Guastella, V. (2016). Reasons for transferral to emergency departments of terminally ill patients - A French descriptive and retrospective study. *BMC Palliative Care*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0155-y>
- Crombeen, A. M., & Lilly, E. J. (2020). Management of Dyspnea in Palliative Care. *Current*

- Oncology, 27(3), 142–145. <https://doi.org/10.3747/co.27.6413>
- Delgado-Guay, M. O., Kim, Y. J., Shin, S. H., Chisholm, G., Williams, J., Allo, J., & Bruera, E. (2015). Avoidable and Unavoidable Visits to the Emergency Department Among Patients With Advanced Cancer Receiving Outpatient Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 497–504. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.007>
- Economos, G., Cavalli, P., Guérin, T., Filbet, M., & Perceau-Chambard, E. (2019). Quality of end-of-life care in the emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19(4), 141–145. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2019.09.003>
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, 24(8), 753–770. <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>
- Estacio, E. V., Murray, M., & Marks, D. F. (2018). Health Psychology: Theory, Research and Practice. *Health Psychology*, 1–832.
- Grudzen, C. R., Hwang, U., Cohen, J. A., Fischman, M., & Morrison, R. S. (2012). Characteristics of Emergency Department Patients Who Receive a Palliative Care Consultation. *Journal of Palliative Medicine*, 15(4), 396–399. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0376>
- Grudzen, C. R., Richardson, L. D., Hopper, S. S., Ortiz, J. M., Whang, C., & Morrison, R. S. (2012). Does palliative care have a future in the emergency department? Discussions with attending emergency physicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.03.022>
- Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., & Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Education Today*, 61, 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>
- Kavakli, O. (2016). Two Examples of Nursing Working System in Emergency Medical Services. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 44–47. <https://doi.org/10.5152/eajem.2016.78557>
- Kim, K., Chakravarthy, B., Anderson, C., & Liao, S. (2017). To Intubate or Not to Intubate: Emergency Medicine Physicians' Perspective on Intubating Critically Ill, Terminal Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(5), 654–660.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.038>
- Kraus, C. K., Greenberg, M. R., Ray, D. E., & Dy, S. M. (2016). Palliative Care Education in Emergency Medicine Residency Training: A Survey of Program Directors, Associate Program Directors, and Assistant Program Directors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(5), 898–906. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.334>
- Krawczyk, M., & Gallagher, R. (2016). Communicating prognostic uncertainty in potential end-of-life contexts: Experiences of family members. *BMC Palliative Care*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0133-4>

- Kurniawan, D., Setiyarini, S., & Kristanti, M. S. (2019). Pengaruh self-selected individual music therapy (selimut) terhadap perubahan status hemodinamik pasien kanker paliatif di rsup dr. Sardjito yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon*, 5(2). <https://doi.org/10.36053/mesencephalon.v5i2.111>
- Leo, S. Di, Alquati, S., Autelitano, C., Costantini, M., Martucci, G., Vincenzo, F. De, Kuczynska, B., Morini, A., Trabucco, L., Ursicelli, R., Catania, G., & Ghirotto, L. (2019). Palliative care in the emergency department as seen by providers and users : a qualitative study. 1–11.
- Long, D. A., Koyfman, A., & Long, B. (2020). Oncologic Emergencies-Palliative Care in the Emergency Department Setting.
- Moss, E. L., & Dobson, K. S. (2006). Psychology, spirituality, and end-of-life care: An ethical integration? *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 47(4), 284–299. <https://doi.org/10.1037/co2006019>
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2003). General practitioners and their possible role in providing spiritual care: a qualitative study. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 53(497), 957–959.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(1), 39–45. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm837oa>
- Ouchi, K., Jambaulikar, G. D., Hohmann, S., George, N. R., Aaronson, E. L., Sudore, R., Schonberg, M. A., Tulskey, J. A., Schuur, J. D., & Pallin, D. J. (2018). Prognosis After Emergency Department Intubation to Inform Shared Decision-Making. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(7), 1377–1381. <https://doi.org/10.1111/jgs.15361>
- Phelps, A. C. (2009). Religious Coping and Use of Intensive Life-Prolonging Care Near Death in Patients With Advanced Cancer. *JAMA*, 301(11), 1140. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.341>
- Platt, M. (2010). Pain Challenges at the End of Life—Pain and Palliative Care Collaboration. *Reviews in Pain*, 4(2), 18–23. <https://doi.org/10.1177/204946371000400205>
- Prima, A., Pangastuti, H. S., & Setiyarini, S. (2020). Karakteristik demografi dan kondisi kesehatan sebagai prediktor stress pada pasien kanker. 04, 6–11.
- Puchalski, C. M., Dorff, R. E., & Hendi, I. Y. (2004). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4), 689–714. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.004>
- Pugsley, R. (1986). The Management of Terminal Malignant Disease. *Journal of Medical Ethics*, 12(1), 48.
- Rego, F., & Nunes, R. (2019). The interface between psychology and spirituality in palliative care. *Journal of Health Psychology*, 24(3), 279–287. <https://doi.org/10.1177/1359105316664138>

- Richardson, P. (2014). Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), 150–159. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05>
- Rizzo, M., Foresti, L., & Montano, N. (2020). Comparison of Reported Deaths from COVID-19 and Increase in Total Mortality in Italy. *JAMA Internal Medicine*, 180(9), 1250–1252. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2543>
- Ruangsomboon, O., Dorongthom, T., Chakorn, T., Monsomboon, A., Praphruetkit, N., Limsuwat, C., Surabenjawong, U., Riyapan, S., Nakornchai, T., & Chaisirin, W. (2020). High-Flow Nasal Cannula Versus Conventional Oxygen Therapy in Relieving Dyspnea in Emergency Palliative Patients With Do-Not-Intubate Status: A Randomized Crossover Study. *Annals of Emergency Medicine*, 75(5), 615–626. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.09.009>
- Shatri, H., Putranto, R., Irawan, C., Adli, M., & Elita, D. (2019). Characteristics of Palliative Patients, Insights of Patients and Families, and the Impact of Estimated Survival Time on Therapy Decisions. *Acta Medica Indonesiana*, 51(2), 151–157.
- Smith, A. K., Schonberg, M. A., Fisher, J., Pallin, D. J., Block, S. D., Forrow, L., & McCarthy, E. P. (2010). Emergency Department Experiences of Acutely Symptomatic Patients With Terminal Illness and Their Family Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 972–981. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.10.004>
- Sulmasy, D. P. (2002). A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist*, 42(suppl_3), 24–33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Tan, H. M., Braunack-Mayer, A., & Beilby, J. (2005). The impact of the hospice environment on patient spiritual expression. *Oncology Nursing Forum*, 32(5), 1049–1055. <https://doi.org/10.1188/05.onf.1049-1055>
- Tiah, L., Chua, M. T., Kuan, W. Sen, Tan, A., Tay, E., Yash Pal, R., & Dong, C. (2023). Perspectives towards End-of-Life Care in the Emergency Department of Tertiary Public Hospitals—A Qualitative Analysis. *Medicina*, 59(3), 456. <https://doi.org/10.3390/medicina59030456>
- Tse, J. W. K., Hung, M. S. Y., & Pang, S. M. C. (2016). Emergency Nurses' Perceptions of Providing End-of-Life Care in a Hong Kong Emergency Department: A Qualitative Study. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 224–232. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.025>
- Wachholtz, A. B., & Pearce, M. J. (2009). Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain? *Current Pain and Headache Reports*, 13(2), 127–132. <https://doi.org/10.1007/s11916-009-0022-0>
- Westphaln, K. K., Regoeczi, W., Masoty, M., Vazquez-Westphaln, B., Lounsbury, K., McDavid, L., Lee, H. N., Johnson, J., & Ronis, S. D. (2021). From Arksey and O'Malley and Beyond: Customizations to enhance a team-based, mixed approach to scoping review methodology. *MethodsX*, 8, 101375. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2021.101375>
- World Health Organization. (2013). *Essential medicines in palliative care*. Geneva: WHO.

