

EFEK PERAWATAN PALIATIF DI UNIT GAWAT DARURAT DAN RASIONALITAS UNTUK DIKEMBANGKAN DI MASA PANDEMI COVID-19

The Effect of Palliative Care in Emergency Department and Rationality for Developing in Pandemic COVID-19

Joko Tri Atmojo¹, Lilik Hanifah¹, Rina Tri Handayani¹, Rejo¹, Catur Setyorini¹, Nova Rahma Widyaningrum¹, Siti Maesaroh¹, Isnani Nurhayati¹, Anita Dewi Lieskusumastuti¹, Andriani Noerlita Ningrum¹, Tri Yuniarti¹, Sri Sayekti Heni Sunaryanti¹, Sri Iswahyuni¹, Sabatun¹, Kiki Puspitasary¹, Nurrochim¹, Daryanto¹, Ani Nur Fauziah¹, Meliana Novitasari¹, Etik Sulistyorini¹, Yesi Ihdina Fityatal Hasanah¹, Indarto¹, Karmadi¹, Sri Suparti¹, Ahmad Rois Syujak¹, Anisa Hidayati¹, Rinandita Febri Susanti¹, Rohmi¹, Ndaru Syukma Putra¹, Galuh Sindi Wardhani¹, Mifta Aditya¹, Heni Ernawati¹, Dewi Arradini², Anggie Pradana Putri³, Selvia Anggitasari⁴, Eva Leny Alviani⁴, Saras Kuntari⁵, Aquartuti Tri Darmayanti⁶, Aris Widiyanto⁶, Ahmad Syauqi Mubarok⁶

¹Satgas COVID-19 STIKES Mamba ul Ulum Surakarta

²Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Husada Karanganyar

³National Taipei University of Nursing and Health Sciences Taiwan

⁴Mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mamba ul Ulum Surakarta

⁵Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten

⁶Ikatan Alumni Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Sebelas Maret
(jokotriatmojo1@gmail.com)

ABSTRAK

Latar belakang: Unit gawat darurat (UGD) menghadapi tantangan ketika menerima semakin banyak pasien yang telah memasuki masa akhir kehidupan di masa pandemi COVID-19. Masalah kemudian timbul ketika sarana dan prasarana UGD mungkin memiliki pelatihan dan sumber daya yang terbatas untuk mengelola dan merespons kondisi ini.

Tujuan: Tinjauan sistematis ini adalah memberikan informasi dan masukan mengenai manfaat perawatan paliatif yang perlu diperhatikan dalam menyiapkan perawatan paliatif di masa pandemi COVID-19.

Metode: Artikel dicari melalui basis data online seperti: PUBMED, SCPOUS, dan Google Scholar. Kata kunci “*Palliative care and Emergency Department*” ATAU “*Palliative care and Emergency Department and COVID-19*”, ATAU “*Palliative care and Emergency Department and effectiveness*” ATAU “*Palliative care and Emergency Department and clinical trial*”. Proses pencarian dan penyusunan artikel dilakukan penulis sejak Agustus-September 2021.

Hasil: 6 artikel pembahasan besar yakni terkait pentingnya skrining pasien untuk mendapatkan perawatan paliatif secara dini, penentuan populasi target, dan instrumen penyaringan yang dapat digunakan yaitu SPEED dan NEST. Perawatan

paliatif telah terbukti meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung dan kanker stadium akhir, dalam kondisi ideal rumah sakit tingkat sekunder harus bisa menyaring dan memberikan perawatan paliatif.

Simpulan: Pengembangan perawatan paliatif saat pandemi dan setelah pandemi, tiga fokus yang perlu yaitu: menyediakan pendidikan perawatan paliatif, mengembangkan infrastruktur untuk dan bekerja dengan *hospitalist* dan *hospice*.

Kata kunci: Perawatan Paliatif, Pandemi COVID-19, Unit Gawat Darurat

ABSTRACT

Background: Emergency department (ED) face challenges as they receive more and more patients who have entered the end of life during the COVID-19 pandemic. Problems then arise when ER facilities and infrastructure may have limited training and resources to manage and respond to this condition.

The Purpose: This systematic review is to provide information and input on the benefits of palliative care that need to be considered in preparing palliative care during the COVID-19 pandemic.

Methods: Articles were searched through online databases such as: PUBMED, SCPOUS, and Google Scholar. Keywords "Palliative care and Emergency Department" OR "Palliative care and Emergency Department and COVID-19", OR "Palliative care and Emergency Department and effectiveness" OR "Palliative care and Emergency Department and clinical trial". The process of searching and compiling articles was carried out by the author from August - September 2021.

Results: From 6 major discussion articles related to the importance of screening patients to get early palliative care, determining the target population, and screening instruments that can be used, namely SPEED and NEST. Palliative care has been shown to improve the quality of life of patients with heart failure and end-stage cancer, under ideal conditions secondary hospitals should be able to screen and provide palliative care.

Conclusion: In the development of palliative care during a pandemic and after a pandemic, three focuses are necessary, namely: providing palliative care education, develop infrastructure, and working with hospitalists and hospices.

Keyword: COVID-19 Pandemic, Palliative Care, Emergency Unit

PENDAHULUAN

Unit gawat darurat (UGD) tidak hanya dilihat sebagai sarana untuk mencari bantuan dari rasa sakit dan gejala yang memberatkan kehidupan manusia (Grudzen CR, 2011), tetapi sebagai pintu awal untuk mendapatkan akses pada sistem perawatan kesehatan yang lebih tinggi atau yang sebenarnya dibutuhkan (Duarte da Silva Soares, 2016). UGD menghadapi tantangan ketika menerima

semakin banyak pasien yang telah memasuki masa akhir kehidupan (*end of life* (EOL) yang memiliki penyakit serius dan mengancam jiwa, terutama ketika pandemic COVID-19 (Claude C, 2020).

Penyedia layanan gawat darurat sering menerima pasien yang menderita peristiwa terminal yang diakibatkan bencana akut, wabah mematikan, penyakit stadium lanjut dan stadium akhir yang sebenarnya lebih membutuhkan perawatan paliatif baik melalui konsultasi maupun perawatan paliatif langsung. Perawatan paliatif dapat membantu dalam menargetkan fokus pada peningkatan kualitas hidup pasien sesuai dengan yang diharapkan oleh pasien, sehingga tidak diperlukan perawatan umum dan menghemat biaya perawatan di rumah sakit (Beynon T, 2011).

Pandemi COVID-19 saat ini mengakibatkan kebutuhan akan perawatan paliatif. Sebagian penanganan COVID-19 adalah mengendalikan gejala pada semua pasien, mendukung keluarga pasien dalam masa krisis, dan memberikan dukungan psikososial maupun dukungan rohani. Karena lonjakan kasus COVID-19, upaya mengoptimalkan penyediaan perawatan paliatif di berbagai rumah sakit menjadi penting, karena kita harus menghadapi puncak pandemi dan menyiapkan diri untuk perbaikan masa setelah pandemi ini (Claude C, 2020).

Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang menghadapi akhir kehidupan, secara umum, sering tidak menerima perawatan yang mereka harapkan atau inginkan. Selain itu, terapi agresif yang ditujukan memperpanjang hidup dimulai di UGD mungkin tidak sesuai dengan tujuan perawatan pasien yang sesungguhnya dan tidak efektif (Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, 2015; George N, Phillips E, Zaurova M, 2016). Tanpa memilah pasien yang masuk dalam kategori membutuhkan perawatan paliatif, maka akan menyebabkan tingginya kebutuhan perawatan gawat darurat dan rawat inap selama pandemi COVID-19 juga menjadi masalah bagi kondisi psikologis tenaga kesehatan dan dapat menyebabkan stress karena beban kerja meningkat (Handayani, 2020).

Pengaturan sistem kerja tenaga kesehatan di masa pandemi COVID-19 dan masa pemulihan setelah pandemi, kebutuhan perawatan paliatif terpadu (PC) dalam keadaan darurat di layanan gawat darurat telah menjadi jelas di berbagai negara maju, oleh karena itu sangat penting bagi untuk mengumpulkan program-program yang telah diujicobakan untuk selanjutnya dipelajari guna mengkodifikasi sebuah model pelayanan paliatif yang tepat (Mark S, 2020; Lamba S, DeSandre PL, Todd KH, 2014). Masalah kemudian timbul ketika sarana dan prasarana UGD mungkin memiliki pelatihan dan sumber daya yang terbatas untuk mengelola dan merespons kondisi ini. Sehingga muncul kebutuhan untuk menerapkan pelayanan paliatif (*Palliative Care* (PC)) untuk pasien yang mengalami EOL di UGD untuk sepenuhnya menghormati preferensi dan harapan pasien (Stone SC, 2011).

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk melakukan tinjauan sistematis yang akan memberikan informasi dan masukan mengenai manfaat perawatan paliatif dan fokus apa saja yang perlu diperhatikan dalam menyiapkan perawatan paliatif di masa pandemi COVID-19.

METODE PENELITIAN

Strategi pencarian dan waktu penyusunan

Artikel dicari melalui basis data *online* yang terdaftar sejak 10 tahun terakhir 2011-2021. Pencarian diperoleh dari berbagai *database* seperti: PUBMED, SCPOUS, dan Google Scholar. Tidak ada upaya dari penulis untuk mencari secara spesifik artikel-artikel yang tidak terpublikasi. Kata kunci yang digunakan adalah “*Palliative care and Emergency Department*” ATAU “*Palliative care and Emergency Department and COVID-19*”, ATAU “*Palliative care and Emergency Department and effectiveness*” ATAU “*Palliative care and Emergency Department and clinical trial*”. Proses pencarian dan penyusunan artikel dilakukan penulis sejak Agustus - September 2021.

Kriteria Inklusi

Artikel yang terpublikasi menggunakan bahasa Inggris atau Indonesia. *Free full text* atau artikel yang dapat diunduh secara gratis (*open access*). Desain studi yang digunakan adalah *clinical trial*, dapat berupa *case control*, *control trial without randomization*, *quasy eksperiment*, and *randomized controlled trial (RCT)*.

Kriteria Eksklusi

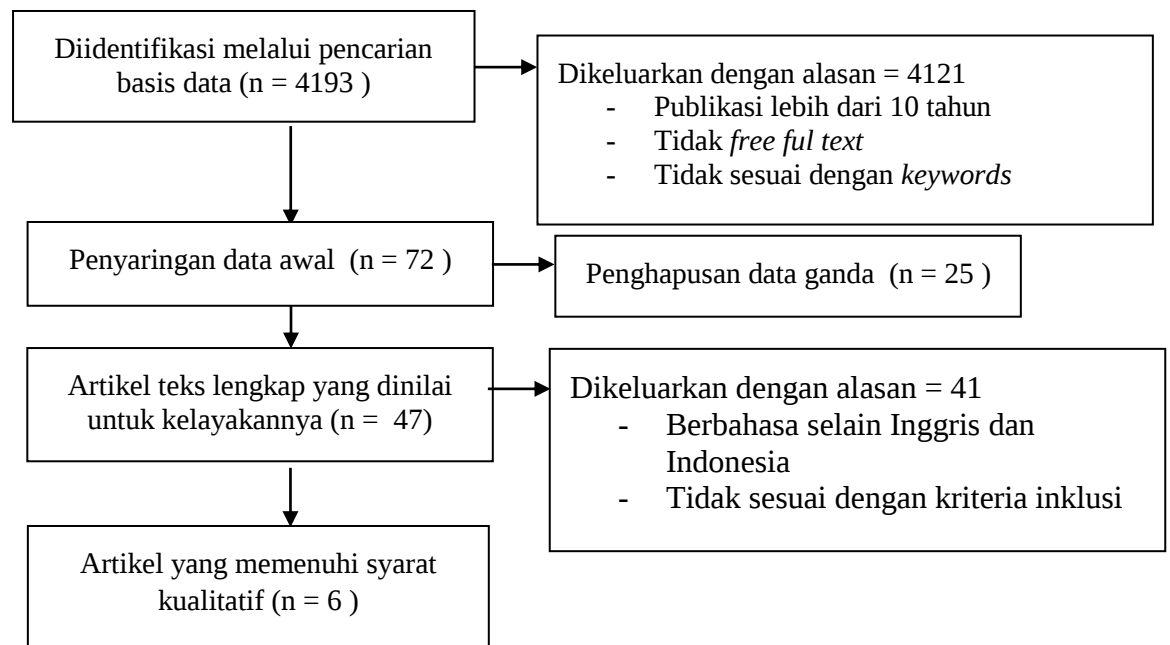
Artikel yang tidak dimasukan dalam analisis *review*, namun beberapa diantaranya tetap dibahas oleh penulis sebagai sumber kepustakaan adalah: artikel yang terpublikasi menggunakan bahasa Cina, Jepang, Spanyol, dan Arab. Subyek berusia kurang dari 19 tahun. Artikel dengan desain kualitatif, *review*, *letter to editor*, *case report*, dan *cross sectional*.

Strategi Penilaian Kualitas dan Sintesis Data

Semua studi yang teridentifikasi dinilai secara independen oleh seluruh penulis untuk relevansi berdasarkan judul dan abstrak. Kemudian, versi teks lengkap dari semua kemungkinan relevan, ketidaksepakatan diantara penulis diputuskan melalui forum diskusi. Data yang telah tersaring disajikan dalam tabel alur sesuai dengan item PRISMA (*prefered items of systematic review and meta-analysis*) (Liberati, A. Altman, Tetzlaff, Mulrow, Gotzsche, Ioannidis, Clarke, Devereaux, Kleijnen, and Moher, 2009). Artikel non RCT akan menggunakan *Quality Assessment Scale for Non randomized Studies* (George N, Phillips E, Zaurava M, 2016) dan artikel dengan jenis RCT menggunakan GRADE (*Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation*) (Group, 2017).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil



Gambar 1. Alur diagram PRISMA untuk seleksi artikel dalam tinjauan sistematis

Tabel 1. *Quality Assessment Scale for Non randomized Studies*

Kriteria kualitas	(Glaichen M, 2011)	(Richards CT, 2011)	(Wu FM, 2013)	(Ouchi K, 2014)
Seleksi				
Keterwakilan kohort yang terpapar	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat
Pemilihan kohort yang tidak terpapar	Baik/ adekuat	Kurang dijelaskan	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat
Kejelasan keterpaparan	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat
Hasil utama/ menarik dijelaskan diawal	Tidak dijelaskan secara detail	Kurang dijelaskan	Baik/ adekuat	Tidak dijelaskan secara detail
Kejelasan perbandingan outcome antar kelompok	Baik/ adekuat	Kurang dijelaskan	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat

Outcome				
Penilaian hasil jelas dan cukup	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat
Durasi waktu <i>follow up</i> cukup dan sesuai	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat
Pemeriksaan saat <i>follow up</i> dan penilaiannya adekuat	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat	Baik/ adekuat	Kurang adekuat

Tabel 2. *Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation for RCT*

Kriteria kualitas	(Marie A. Bakitas, 2015)	(Marie AB, 2020)
Apakah kriteria inklusi populasi dijelaskan?	Ya	Ya
Apakah intervensi dan kontrol dijelaskan?	Ya	Ya
Apakah seting lokasi penelitian dijelaskan?	Ya	Ya
Seluruh <i>outcome</i> dijelaskan?	Ya	Ya
Apakah pengukuran <i>outcome</i> valid?	Ya	Ya
Apakah proses randomisasi kuat?	Ya	Ya
Apakah melaporkan level <i>blinding</i> ?	Ya	Ya
Apakah level <i>blinding</i> mempengaruhi interpretasi hasil?	Ya	Ya
Apakah kedua grup diterapi dengan cara yang sama dengan intervensi?	Ya	Ya
Apakah kelompok terapi dan kontrol memiliki <i>baseline</i> yang sama?	Ya	Tidak semua
Apakah <i>baseline</i> yang berbeda dijelaskan atau dianalisis?	Tidak ada perbedaan signifikan	Ya
Apakah semua peserta randomisasi mengikuti penelitian hingga akhir?	Tidak	Tidak
Apakah melakukan <i>Intention to threat</i> (ITT)	Tidak	Tidak
Apakah 80% peserta randomisasi ikut sampai akhir penelitian?	Tidak	Tidak
Apakah semua <i>outcome</i> klinis yang relevan dibahas?		Ya
Apakah analisis langsung kedua grup secara statistik dilaporkan?	Ya	Ya
Apakah ada analisis tambahan yang mendukung?	Ya	Ya
Apakah hasil studi melaporkan <i>outcome</i> yang penting?	Ya	Ya
apakah seting lokasi dan intervensi relevan untuk pelayanan sehari-hari?	Ya	Ya

Tabel 3. Ringkasan Hasil Studi

Studi	Tujuan dan hasil studi
(Glajchen M, 2011)	Mengembangkan <i>BriefPal</i> dua langkah. Identifikasi skrining awal apabila pasien lanjut usia yang memenuhi syarat seperti memiliki penyakit: 1) demensia, 2) penyakit sistem saraf pusat progresif (termasuk stroke dengan disfungsi motorik persisten), 3) penyakit paru obstruktif kronik (membutuhkan oksigen di rumah), 4) kanker (penyakit aktif), 5) AIDS (CD4 <200 atau penyakit terdefinisi AIDS), atau 6) gagal jantung kongestif (CHF) lebih besar dari New York Heart Association Kelas III. Sudah harus diberikan perawatan paliatif
(Richards CT, 2011)	Mengembangkan alat penilaian skrining, SPEED, untuk pasien dengan hasil akhir domain alat SPEED memiliki 13 item di mencakup aspek sosial, terapeutik, fisik, psikologis, dan spiritual domain. Penelitian ini kemudian memvalidasi 13 item alat SPEED dengan membandingkannya dengan 107 item yang dipilih dari alat yang dikembangkan sebelumnya, yang telah divalidasi pada pasien. Hasil menunjukkan keandalan dan validitas untuk melakukan penilaian SPEED pada pasien kanker. kriteria pasien yang membutuhkan perawatan paliatif adalah: 1) sedang menjalani atau dalam 12 bulan terakhir telah mengalami terapi kanker (kemoterapi/ radiasi), 2) diketahui atau ditemukan memiliki penyakit metastasis, atau 3) gejala yang dilaporkan terkait dengan kanker yang diketahui.
(Wu FM, 2013)	Mengembangkan <i>Pathway</i> perawatan paliatif untuk menghubungkan menerima pasien untuk konsultasi PC atau PC pelayanan rawat inap. Kriteria penyaringan termasuk empat kelompok pasien yang paling dapat diidentifikasi dokter UGD dengan potensi tertinggi untuk
(Ouchi K, 2014)	Melakukan intervensi pendidikan pada identifikasi pasien dan bagaimana memulai konsultasi <i>palliative care</i> (PC). Pendidikan termasuk presentasi tentang 1) pentingnya keterlibatan PC dini pada pasien yang sakit parah, 2) identifikasi pasien dengan kriteria CEPAT, 3) cara memulai konsultasi PC.
(Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, 2015)	Perawatan paliatif dapat meningkatkan kelangsungan hidup setidaknya 1 tahun setelah dimulainya perawatan dibandingkan dengan perawatan yang baru dilakukan 3 bulan kemudian. Tingkat kelangsungan hidup 1 tahun <i>Kaplan-Meier</i> adalah 63% pada kelompok awal dan 48% pada kelompok yang menunda perawatan.
(Marie AB, 2020)	Uji klinis acak dengan mayoritas orang Afrika-Amerika sebagai sampel menunjukkan kualitas hidup dasar yang baik, peningkatan kualitas hidup atau suasana hati dengan intervensi <i>telehealth</i> perawatan paliatif awal 16 minggu, namun, terdapat hasil lain yakni intensitas nyeri dan interferensi (hasil sekunder) menunjukkan peningkatan yang penting secara klinis.

Pembahasan

1. Implementasi hasil

Tinjauan sistematis ini merangkum hasil dari 6 artikel dan menemukan 2 pembahasan besar yakni terkait pentingnya skrining pasien untuk mendapatkan perawatan paliatif secara dini dan juga efek positif dari perawatan paliatif. Proses skrining secara garis besar dapat dibagi ke dua proses besar yaitu penentuan populasi target dan instrument penyaringan.

Populasi target, tiga dari tujuh studi yang diselidiki penggunaan skrining PC dengan kriteria sebagai berikut: pasien usia lanjut dan termasuk semua lansia yang menderita keterbatasan hidup yang signifikan salah satunya kelompok berisiko COPD, CHF, kanker, dan *adverse dementia* (AD). Batasan usia yang digunakan adalah usia lebih dari 65 tahun atau referensi lain lebih tua dari 70 tahun (Kandarian B, 2014; Wong J, 2014).

Penelitian lain memberi kriteria populasi target penyaringan yang hanya untuk mereka yang menderita kanker stadium lanjut. sedangkan kriteria pementasan untuk tumor padat hanya berdasarkan karakteristik penyakit, pada pasien kanker untuk mengevaluasi digunakan alat SPEED, yang menggabungkan konten PC. Alat SPEED itu sendiri dikembangkan dari alat penilaian PC yang telah divalidasi sebelumnya, *Needs at the End-of-life Screening Tool* (NEST), yang memperhitungkan pasien yang sakit parah menderita penyakit kanker dan non-kanker (Grudzen C, 2012). Pendekatan Penyaringan atau instrument penyaringan. Setengah dari studi menggunakan proses multitier dengan banyak pertanyaan dan kriteria untuk menyaring pasien, sedangkan kriteria singkat yang dianalisis adalah SPEED (*screening for palliative care needs in the emergency department*).

Hasil lain yang juga penting untuk dibahas adalah efektifitas perawatan paliatif dalam peningkatan kualitas hidup pasien. Berdasarkan beberapa studi dilaporkan adanya peningkatan kualitas hidup pasien. dalam studi yang kami bahas kondisi penyakit pasien yang mendapatkan peningkatan kualitas hidup antara lain gagal jantung dan pasien kanker yang membutuhkan manajemen diri yang signifikan, pemecahan masalah-masalah, pengambilan keputusan pengobatan yang tepat, dan keterlibatan pengawasan perawat selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Bukti klinis menyoroti manfaat mendukung perawatan paliatif yang dapat diberikan kepada pasien dengan gagal jantung dan keluarga. (Riley JP, 2017) (Kavalieratos D, 2017).

Intervensi difokuskan pada pengajaran keterampilan kepada pasien dan pengasuh keluarga untuk membantu mereka mengatasi penyakit serius mereka (misalnya, masalah pemecahan, gejala dan manajemen perawatan diri, komunikasi, pengobatan dan pengambilan keputusan perawatan lanjutan, dan kehidupan tinjauan). Kualitas hidup (QOL) dan suasana hati adalah hasil utama dari sebagian besar uji klinis acak ini, dan hasil menunjukkan QOL dan mood yang lebih baik daripada pasien yang menerima perawatan HF biasa. (Gelfman LP, 2017).

2. Proyeksi perawatan paliatif pada masa pandemi

Berdasarkan pembahasan sebelumnya maka pada masa pandemi dibutuhkan kriteria untuk menentukan pasien mana yang akan mendapatkan perawatan paliatif. Berdasarkan artikel yang dipublis oleh (Tanja Fusi-Schmidhauser, 2020) kategorisasi pasien antara lain: pasien dengan tingkat gangguan pernapasan lebih dari 25 per menit dan saturasi <88% (terlepas dari terapi oksigen tambahan) dikategorikan dalam kategori tidak stabil. Jika

kondisi ini tidak tertangani dan memburuk maka mereka akan dikategorikan sebagai akhir kehidupan.

Kategori pasien COVID-19 simungkinkan memasuki fase akhir kehidupan memiliki kriteria sebagai berikut: memiliki tingkat kejenuhan oksigen (saturasi) yang sangat rendah, gelisah, menggigil (hipertermia), distres, takikardia, dan takipnea dinilai (ABDT dari Agitazione Italia, Brividi (hipertermia), Distress, dan Tachicardia Tachipnea), Delirium yakni masalah, terutama dalam komplikasi dengan dimensia, karena meningkatkan risiko kontaminasi. Pasien membutuhkan sedasi tetapi karena keterbatasan ketersediaan midazolam, solusi kreatif menggunakan diazepam, klorpromazin, dan levopromazin (Sun Q, 2020). Selain itu, masker dapat menyebabkan ketidaknyamanan terutama untuk pasien dengan delirium. Jika mungkin, kunjungan dari keluarga diatur. Kita akan tidak merekomendasikan kontak *virtual* dengan keluarga menggunakan sistem *online* lain karena mereka merasa terlalu menyedihkan, terkecuali ada kondisi mendesak lain yang menghalangi (Tanja Fusi-Schmidhauser, 2020).

Pengembangan perawatan paliatif saat pandemi dan setelah pandemi, penelitian menyarankan kita fokus pada tiga bidang: menyediakan pendidikan perawatan paliatif; mengembangkan infrastruktur untuk mendukung rencana (melibatkan *telehealth*, mengelola hambatan bahasa, evaluasi untuk menyediakan perawatan 1x24 jam di semua situs), dan bekerja dengan *hospitalist* dan *hospice* (Ferguson L, 2020), selain itu, upaya pemberian pelayanan paliatif dapat dilakukan secara daring atau *telemedicine*, pengembangan teknik yang telah dilakukan sejak 1960 ini telah terbukti dapat mengurangi biaya perawatan bagi pasien sebesar 56% (Atmojo, 2020).

Rumah sakit terbesar atau rumah sakit rujukan utama, seorang praktisi perawat perawatan paliatif bekerja pada jam 11 siang hingga 9 malam 7 hari seminggu. Sisa jam kerja harus dilakukan melalui *on call*. Setelah konsultasi selesai, dokumentasi dalam rekam medis elektronik. Pada rumah sakit rujukan tingkat 2 (ibukota kabupaten/kota) diharapkan mampu melakukan identifikasi awal pasien yang sesuai untuk terapi paliatif perawatan di instalasi gawat darurat sehingga pasien dapat ditempatkan di lantai rawat inap yang paling sesuai. Faktor-faktor seperti kurangnya pengetahuan tentang manajemen perawatan paliatif dapat membuat tertundanya seorang pasien mendapatkan perawatan paliatif (Di Leo S, 2019). Telah dilaporkan bahwa hanya 5% dari konsultasi perawatan paliatif yang dilakukan di UGD diprakarsai oleh penyedia UGD dan konsultasi terjadi beberapa hari di rumah sakit pasien tinggal (Jessica KE, 2020).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Perawatan paliatif terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronik. Perawatan paliatif harus dimulai dari terlatihnya perawat dan tenaga kesehatan dalam pelayanan unit gawat darurat mampu menseleksi dan menyaring pasien yang memasuki kriteria EOL menggunakan beberapa instrument SPEED dan NEST. Pelayanan paliatif terpadu harus dimulai dari rumah sakit sekunder selama 1x24 jam baik secara langsung ataupun tidak langsung. Masa pandemi COVID-19 pelayanan paliatif diharapkan berfokus pada pelatihan perawat dan pengembangan insfrastuktur.

Saran

Pengembangan perawatan paliatif saat pandemi dan setelah pandemi, tiga fokus yang diperlukan yaitu: menyediakan pendidikan perawatan paliatif, mengembangkan infrastruktur dan bekerja dengan *hospitalist* dan *hospice*.

DAFTAR PUSTAKA

- Atmojo, J. T., Sudaryanto, W. T., Widiyanto, A., Ernawati, A. D., & Arradini, D. (2020). Telemedicine, cost effectiveness, and patients satisfaction: a systematic review. *Journal of Health Policy and Management* (2020), 5(2), 103-107.
- Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z. (2015). .: Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: Patient outcome in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, 1438-1445.
- Beynon T, G. B. (2011). How Common are Palliative Care needs among older people who die in emergency department? *Emerg Med J*, 491-495.
- Claude C, J. N. (2020). Emergency Palliative Care Planning and Support in a COVID-19 Pandemic. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*, 752-753. DOI: 10.1089/jpm.2020.0195.
- Di Leo S, A. S. (2019). Palliative care in the emergency department as seen by provide and users:a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 77-88. doi.org/10.1186/s13049-019-0662-y.
- Duarte da Silva Soares, C. M. (2016). Effectiveness of Emergency Department Based Palliative Care for Adults with Advanced Disease: A Systematic Review. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*, 6. DOI: 10.1089/jpm.2015.0369.
- Ferguson L, B. D. (2020). Palliative care pandemic pack: a specialist palliative care service response to planning the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*, doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.026.
- Gelfman LP, B. M. (2017). The state of the science on integrating palliative care in heart failure. *J Palliat Med*, 592-603. doi:10.1089/jpm.2017.0178.

- George N, Phillips E, Zaurova M. (2016). Palliative care screening and assesment in the emergency department: A systematic Review. *J Pain Sympton Manage*, 108-119.
- Glajchen M, L. R. (2011). A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: a quality improvement initiative. *J Pain Sympton Manage*, 657-662.
- Group, G. W. (2017).). Grading of recommendations assessment, development and evaluation. The GRADE Working Group. *The GRADE Working Grup*, Available from: URL: <http://www.gradeworkinggroup.org>.
- Grudzen C, R. L. (2012). Does palliative care have a future in the emergency department? discussion with attending emergency physicians. *J Pain Symptom Manage*, 1-9.
- Grudzen CR, S. S. (2011). The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med*, 14:945–950.
- Handayani, R. T., Kuntari, S., Darmayanti, A. T., Widiyanto, A., & Atmojo, J. T. (2020). Factors Causing Stress in Health and Community When the Covid-19 Pandemic. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 8(3), 353-360.
- Jessica KE, A. M. (2020). Palliative care in the emergency department during a COVID-19 pandemic. *American Journal of Emergency Medicine*, 516-518. doi.org/10.1016/j.ajem.2020.07.004.
- Kandarian B, M. S. (2014). Emergency department-initiated palliative care for advance cancer patient:Protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trial*, 251.
- Kavalieratos D, G. L. (2017). Palliative care in heart failure:rationale, evidence, and future priorities. *J Am Coll Cardiol*, 1919-19.30. doi/j/jacc.2017.08.036.
- Lamba S, DeSandre PL, Todd KH. (2014). Integration of palliative care into emergency medicine (IPAL-EM) collaboration. *J Emerg Med*, 264-270.
- Liberati, A. Altman, Tetzlaff, Mulrow, Gotzsche, Ioannidis, Clarke, Devereaux, Kleijnen, and Moher. (2009). (2009) ‘The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. ’, *Bmj*, 339(jul21 1), , pp. b2700–b2700. doi: 10.1136/bmj.b2700.
- Marie A. Bakitas, T. D. (2015). Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcome in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, 1438-1445. DOI: 10.1200/JCO.2014.58.6362.

- Marie AB, e. a. (2020). Effect of an Early Palliative Care Telehealth Intervention vs Usual Care on Patients With Heart Failure The ENABLE CHF-PC Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*, E1-E10. doi:10.1001/jamainternmed.2020.2861.
- Mark S, Bethany-Rose D, VickiJ,JulietJ,Christine SR,Erica W,Emily LA, Laura P. (2020). Emergency Department - Based Palliative Care During COVID. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*, 1152-1153.DOI:10.1089/jpm.2020.0285.
- Ouchi K, W. M. (2014). Initiating palliative care consult for advanced dementia patients in the emergency department. *J Palliat Med*, 346-350.
- Richards CT, G. M. (2011). Palliative care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: validation of the screen for Palliative and End-of-life care needs in the Emergency Department instrument. *Palliat Med*, 757-764.
- Riley JP, B. J. (2017). Palliative care in heart failure: fact and numbers. *ESC Heart Fail*, 81-87.doi:10.1002/ehf2.12125.
- Stone SC, M. S. (2011). Emergency medicine physicians perspective of providing palliative care in an emergency department. *J Palliat Med*, 1333-1338.
- Sun Q, Q. H. (2020). Lower mortality of COVID-19 by early recognition and intervention: experience from Jiangsu Provinsi. *Ann Intensive Care*, 1-4.
- Tanja Fusi-Schmidhauser, N. J. (2020). Conservative Management of COVID-19 Patients-Emergency Palliative Care in Action. *Journal of Pain and Symptom Management*, e27-e30. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030>.
- Wong J, G. M. (2014). What is the incidence of patient with palliative care needs presenting to the emergency department? critical review. *J Palliat Med*, 1197-1205.
- Wu FM, N. J. (2013). Effects of initiating palliative care consultation in the emergency department on inpatient length of stay. *J Palliat Med*, 1362-1367.