

**PERAN DAN FUNGSI PERAWAT DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN
KEPERAWATAN PALIATIF
PADA PASIEN *END OF LIFE*
DI INSTALASI GAWAT DARURAT**

KARYA TULIS/ MAKALAH



**OLEH:
Puti Sarah Sagurawati, S.Kep., Ners.
NIP. 198208032010122001**

**BIDANG KEPERAWATAN
RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
2022**

KATA PENGANTAR

Ucapan syukur *alhamdulillah* penyusun panjatkan kepada Allah SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya penyusun dapat menyelesaikan makalah ini dengan baik dan tepat waktu. Makalah ini diberi judul “Peran dan Fungsi Perawat dalam Memberikan Pelayanan Keperawatan Paliatif pada Pasien *End Of Life* di Instalasi Gawat Darurat ”.

Makalah ini memiliki tujuan untuk memberikan ilmu pengetahuan dan wawasan bagi penyusun khususnya dan bagi para pembaca. Materi dalam makalah ini cukup penting karena berkaitan dengan salah satu peran perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan sehari-hari di lingkungan rumah sakit khususnya di lingkungan Instalasi Gawat Darurat.

Penyusun juga mengucapkan terima kasih kepada Ibu Fitri Rahayu Yogaprawati, S.Kep., Ners., selaku Pembimbing; Bapak Maryono, S.Kep., Ners., selaku Kepala Ruangan IGD RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung; dan Ibu N. Deati Kurniawati, M.Kep, selaku Pengawas Keperawatan. Tidak lupa bagi keluarga dan teman-teman lain yang telah membantu menulis makalah ini, penyusun sampaikan terima kasih.

Terakhir, penyusun sadar bahwa makalah ini masih perlu untuk disempurnakan. Maka dari itu penyusun sangat terbuka pada kritik dan saran yang bisa meningkatkan kemampuan penyusun, agar pada tugas berikutnya bisa menyusun makalah/karya tulis dengan lebih baik lagi. Semoga makalah ini bermanfaat bagi kita semua.

Bandung, 30 November 2022

Penyusun

Puti Sarah Sagurawati, S.Kep., Ners.

NIP. 198208032010122001

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang Masalah	1
2. Batasan Masalah	2
3. Rumusan Masalah	3
4. Tujuan Karya Tulis/Makalah	3
5. Manfaat Karya Tulis/Makalah	3
BAB II PEMBAHASAN	5
1. Definisi Perawat	5
2. Peran dan Fungsi Perawat	6
3. Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat	11
4. Perawatan Paliatif	14
5. Perawatan Paliatif Pada Pasien <i>End Of Life</i> Di Instalasi Gawat Darurat	22
BAB III PENUTUP	27
1. Simpulan	27
2. Saran	27
DAFTAR PUSTAKA	29

BAB I

PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG

Perawat memiliki peranan yang sangat penting dalam setiap Sistem Pelayanan Kesehatan, terutama di lingkup Fasilitas Pelayanan Kesehatan, perawat merupakan ujung tombak dalam pemberi pelayanan kesehatan pasien (klien). Di lingkungan Rumah Sakit, perawat ditempatkan di berbagai macam area pelayanan kesehatan, salah satunya di Instalasi Gawat Darurat.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu pintu masuk klien yang membutuhkan pelayanan kesehatan segera. Kategori klien yang dilayani di IGD sangatlah beragam, baik dari segi level kegawatannya, usia, jenis kelamin, kasus-kasus yang ditangani pun mencakup hampir semua cabang ilmu kedokteran.

IGD adalah salah satu bagian di dalam sebuah rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Di IGD terdapat dokter dari berbagai spesialisasi bersama sejumlah perawat dan dokter jaga. Instalasi Gawat Darurat berfungsi memberikan pelayanan medis yang sifatnya gawat dan darurat selama 24 jam sehari, 7 hari seminggu. Pasien dengan penyakit akut yang masuk ke IGD dapat dikategorikan menjadi kasus Gawat dan Darurat, Gawat tapi Tidak Darurat, Darurat tapi Tidak Gawat, serta Tidak Gawat dan Tidak Darurat. Gawat adalah keadaan yang berkenaan dengan suatu penyakit atau kondisi lainnya yang mengancam jiwa, sedangkan darurat adalah keadaan yang terjadi tiba-tiba dan tidak diperkirakan sebelumnya, suatu kecelakaan, kebutuhan yang segera atau mendesak.

Dalam pelayanannya, Instalasi Gawat Darurat memiliki sistem triase untuk menentukan apakah pasien yang datang meminta pelayanan termasuk ke dalam kategori Gawat Darurat, Gawat Tidak Darurat, Darurat Tidak Gawat ataupun Tidak Gawat dan Tidak Darurat. Sehingga dalam pelayanannya akan diprioritaskan sesuai tingkat kegawatdaruratannya sesuai hasil penilaian awal di Triase.

Pasien yang datang dengan kategori Gawat Tidak Darurat seringkali merupakan pasien dengan penyakit terminal atau disebut juga pasien paliatif.

Pasien paliatif merupakan pasien dengan diagnosa penyakit yang mengancam nyawa (*life threatening illness*) seperti kanker, PPOK lanjutan, Stroke (dengan penurunan fungsional $\geq 50\%$), penyakit ginjal kronis, penyakit jantung berat, HIV/AIDS (*SPO Perawatan Paliatif di Ruang Rawat Inap, Arsip RSHS, 2017*).

Kemudian banyak kondisi lain yang juga memerlukan perawatan paliatif, termasuk diabetes, penyakit hati kronis, multiple sclerosis, penyakit Parkinson, rheumatoid arthritis, penyakit neurologis, demensia, Alzheimer, anomali kongenital, dan tuberkulosis yang resistan terhadap obat.

Dalam penanganan pasien-pasien paliatif tersebut, para dokter dan perawat IGD juga seringkali mengalami kesulitan dalam memberikan pelayanan *End of Life* yang optimal pada pasien paliatif, karena pada situasi dimana kunjungan pasien IGD meningkat, pendampingan pada pasien *end of life* menjadi bukan prioritas, mereka masih harus memprioritaskan pasien dengan kondisi *emergency*, yang memiliki harapan hidup yang lebih tinggi. Apalagi ditambah dengan keterbatasan Sumber Daya Manusia serta lingkungan dan sarana, tentu saja ini mengakibatkan sebuah dilema etik dan moral bagi perawat IGD terhadap peran dan fungsinya dalam memberikan asuhan keperawatan Paliatif.

Perawat IGD menghadapi berbagai macam konflik ataupun dilema yang berkaitan dengan masalah isu, etik maupun moral sebagai pemberi pelayanan kesehatan, tapi di lain pihak, ada keharusan untuk memprioritaskan pelayanan terhadap pasien yang masih memiliki harapan hidup yang tinggi secara penilaian medis.

Dalam hal ini, penyusun tertarik untuk membahas tentang sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan Paliatif pada Pasien *End of Life* di Instalasi Gawat Darurat.

2. BATASAN MASALAH

Agar pembahasan tidak terlalu luas, penyusun perlu membatasi pembahasan dalam makalah ini. Pembahasan yang penyusun terapkan yaitu hanya membahas "Peran dan Fungsi Perawat Dalam Memberikan Pelayanan Keperawatan Paliatif pada Pasien *End of Life* Di Instalasi Gawat Darurat."

3. RUMUSAN MASALAH

Adapun rumusan masalah yang akan penyusun terapkan yaitu:

1. Apakah definisi perawat?
2. Apa saja macam-macam peran dan fungsi perawat?
3. Bagaimanakah pelayanan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat?
4. Apa yang dimaksud dengan keperawatan Paliatif dan *End of Life*?
5. Bagaimana Perawatan Paliatif pada Pasien *End of Life* di Instalasi Gawat Darurat?

4. TUJUAN KARYA TULIS/ MAKALAH

1. Menjelaskan tentang definisi perawat.
2. Menjelaskan macam-macam peran dan fungsi perawat.
3. Memaparkan bagaimana pelayanan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat.
4. Menjelaskan tentang keperawatan Paliatif dan *End of Life*.
5. Memaparkan tentang Perawatan Paliatif pada Pasien *End of Life* Di Instalasi Gawat Darurat.

5. MANFAAT KARYA TULIS/ MAKALAH

Adapun manfaat dalam pembuatan makalah ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi Penulis

Makalah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memenuhi angka kredit dalam kenaikan pangkat/ golongan perawat. Selain itu, makalah ini menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman dalam membuat karya tulis/ makalah, sehingga menumbuhkan minat untuk melakukan penelitian.

2. Bagi Pembaca

Makalah ini dimaksudkan untuk menambah pengetahuan dan pemahaman tentang peran perawat dalam memberikan Perawatan Paliatif di Instalasi Gawat Darurat. Para pembaca yang dominan merupakan perawat dapat lebih memahami perannya dalam menghadapi pasien Paliatif, khususnya di lingkup pelayanan Instalasi Gawat Darurat.

3. Bagi Manajemen Rumah Sakit

Memberikan sumbangan pemikiran bagi pihak Manajemen Rumah Sakit sehingga dapat mengembangkan pelayanan Perawatan Paliatif di Rumah Sakit

khususnya di Instalasi Gawat Darurat, beserta pembuatan Standar Prosedur Operasional yang diperlukan.

BAB II

PEMBAHASAN

1. DEFINISI PERAWAT

Perawat merupakan profesi yang memiliki peranan penting dalam Sistem Pelayanan Kesehatan, sehingga sebagai bentuk pengakuan hukum akan profesi Perawat, maka pemerintah telah menurunkan berbagai macam Undang- Undang mengenai profesi Perawat dan lingkup kewenangannya, diantaranya tertuang pada:

- Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang (UU) Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis.
- Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang (UU) Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
- Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara Nomor 35 Tahun 2019 tentang Jabatan Fungsional Perawat.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2022 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perawat.

Menurut Undang Undang Republik Indonesia No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, menjelaskan perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Kemudian tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Dan dijelaskan pula bahwa Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan

kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Yang dimaksud dengan Klien adalah perseorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang menggunakan jasa Pelayanan Keperawatan.

Kemudian, Keperawatan merupakan suatu hubungan interpersonal antara individu yang sakit atau yang membutuhkan pelayanan kesehatan dengan perawat untuk mengenali dan merespon kebutuhan klien yang membutuhkan. Sedangkan menurut Ellis dan Hartley (dalam Gaffar, 2001) perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dan melindungi seseorang karena sakit, cedera dan proses penuaan. Aktivitas ini dilakukan dengan berbagai cara untuk mengembalikan kemandirian pasien secepat mungkin. Seorang perawat dikatakan profesional jika memiliki ilmu pengetahuan, keterampilan, dan kiat keperawatan profesional serta memiliki sikap profesional sesuai kode etik profesi.

Sedangkan berdasarkan hasil Lokakarya Keperawatan Nasional Tahun 1983, definisi Keperawatan adalah suatu bentuk layanan kesehatan profesional yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan berbasis ilmu dan kiat keperawatan, yang berbentuk bio-psiko-sosio-spiritual komprehensif yang ditujukan bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit, yang mencakup keseluruhan proses kehidupan manusia.

Berdasarkan pengertian di atas, penyusun mengambil kesimpulan bahwa perawat adalah seseorang yang lulus pendidikan tinggi keperawatan yang berperan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat baik dalam keadaan sakit atau sehat, berdasarkan ilmu pengetahuan, keterampilan dan kiat keperawatan profesional, yang kompetensi dan kewenangannya diakui dan dilindungi oleh undang-undang.

2. PERAN DAN FUNGSI PERAWAT

Peran perawat adalah merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kependudukan dalam sistem, dimana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan (Hidayat, 2007).

Perawat memiliki berbagai macam peran, yang antara lain sebagai:

1. Pemberi Asuhan Keperawatan

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan klien secara holistic, meliputi upaya untuk mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial.

Dalam perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat memberikan perawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat dan sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya.

2. Pelindung dan Advokat Klien

Sebagai pelindung, perawat membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan serta melindungi klien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan diagnostik atau pengobatan.

- Contoh dari peran perawat sebagai pelindung adalah memastikan bahwa klien tidak memiliki alergi terhadap obat dan memberikan imunisasi melawan penyakit di komunitas.

Sedangkan peran perawat sebagai advokat, perawat melindungi hak klien sebagai manusia dan secara hukum, serta membantu klien dalam menyatakan hak-haknya bila dibutuhkan.

- Contoh peran perawat sebagai advokat, perawat memberikan informasi tambahan bagi klien yang sedang berusaha untuk memutuskan tindakan yang terbaik baginya. Selain itu, perawat juga melindungi hak-hak klien melalui cara-cara yang umum dengan menolak aturan atau tindakan yang mungkin membahayakan kesehatan klien atau menentang hak-hak klien.

Peran ini juga dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas

privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.[A.Aziz Alimul hidayat,2007].

Sebagai contoh, perawat memberikan informasi tambahan bagi klien yang sedang berusaha untuk memutuskan tindakan yang terbaik baginya (Potter & Perry, 2005).

3. Manager Kasus

Dalam perannya sebagai manager kasus, perawat mengkoordinasi aktivitas anggota tim kesehatan lainnya, misalnya ahli gizi dan ahli terapi fisik, ketika mengatur kelompok yang memberikan perawatan pada klien.

Berkembangnya model praktik memberikan perawat kesempatan untuk membuat pilihan jalur karier yang ingin ditempuhnya. Dengan berbagai tempat kerja, perawat dapat memilih antara peran sebagai manajer asuhan keperawatan atau sebagai perawat asosiat yang melaksanakan keputusan manajer (Manthey, 1990). Sebagai manajer, perawat mengkoordinasikan dan mendelegasikan tanggung jawab asuhan dan mengawasi tenaga kesehatan lainnya.

4. Rehabilitator

Rehabilitasi adalah proses dimana individu kembali ke tingkat fungsi maksimal setelah sakit, kecelakaan, atau kejadian yang menimbulkan ketidakberdayaan lainnya. Seringkali klien mengalami gangguan fisik dan emosi yang mengubah kehidupan mereka.

Disini, perawat berperan sebagai rehabilitator dengan membantu klien beradaptasi semaksimal mungkin dengan keadaan tersebut. (Potter & Perry, 2005).

5. Komunikator

Keperawatan mencakup komunikasi dengan klien dan keluarga, antar sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya, sumber informasi dan komunitas. Dalam memberikan perawatan yang efektif dan membuat keputusan dengan klien dan keluarga tidak mungkin dilakukan tanpa komunikasi yang jelas.

Kualitas komunikasi merupakan faktor yang menentukan dalam memenuhi kebutuhan individu, keluarga dan komunitas. (Potter & Perry, 2005).

6. Kolaborator

Peran perawat disini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk

diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya seperti pemberian obat dan tindakan kolaboratif lainnya.

7. Edukator

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.[A.Aziz Alimul,2007]

8. Pembaharu

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

9. Pemberi Kenyamanan

Perawat merawat klien sebagai manusia secara utuh baik fisik maupun mental. Perawat memberi kenyamanan dengan membantu klien untuk mencapai tujuan yang terpenting bukan memenuhi ketergantungan emosi dan fisiknya. Asuhan keperawatan harus ditujukan kepada manusia secara utuh bukan hanya secara fisiknya saja, maka memberikan kenyamanan dan dukungan emosi seringkali memberikan kekuatan bagi pasien untuk meningkatkan kesembuhannya.

10. Role Model

Perawat harus dapat menjadi panutan dan dapat memberi contoh bagi kliennya. Baik dalam berperilaku, sikap maupun penampilan secara fisik. Perawat sebagai role model diharapkan dapat menjadi seorang panutan dalam berperilaku hidup atau menerapkan gaya hidup yang sehat.

11. Peneliti

Perawat merupakan bagian dari dunia kesehatan yang memiliki hak untuk melakukan penelitian yang berhubungan dengan bidangnya. Menurut Siegelar (2000) bahwa sebagai peneliti di bidang keperawatan, perawat diharapkan mampu mengidentifikasi masalah penelitian, menerapkan prinsip dan metode penelitian serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan atau pelayanan dan pendidikan keperawatan.

Dan juga sebagaimana yang tercantum dalam Konsorsium Ilmu Keperawatan (1989), ada tujuh peran penting perawat yang perlu diketahui yakni sebagai berikut.

1. Sebagai pemberi asuhan keperawatan, dimana perawat dalam hal ini berperan dalam menyesuaikan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan tetap memperhatikan kebutuhan dasar manusia.

2. Sebagai advokat pasien, di mana perawat dalam hal ini akan membantu proses komunikasi dan pemberian informasi yang layak di antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Perawat juga akan membantu pasien dan keluarga mendapatkan hak-haknya.

3. Sebagai edukator, di mana perawat dalam hal ini akan memberikan pengetahuan mengenai kesehatan, gejala, hingga tindakan yang perlu diambil untuk menambah perilaku hidup sehat pada pasien.

4. Sebagai koordinator, di mana perawat akan mengoordinasikan pelayanan kesehatan yang terbaik untuk pasien.

5. Sebagai kolaborator, di mana perawat akan dapat mengkolaborasi berbagai tindakan yang perlu diambil untuk dapat memberikan pelayanan terbaik pada pasien, dengan para tenaga kesehatan lainnya.

6. Sebagai konsultan, di mana perawat dalam hal ini akan memberikan penjelasan terbaik mengenai berbagai informasi yang berkaitan dengan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

7. Sebagai pembaharu, yang akan melakukan perencanaan, kolaborasi, serta perubahan yang sistematis demi mencapai tujuan pemberian pelayanan keperawatan yang terbaik untuk pasien.

Fungsi Perawat dalam melakukan pengkajian pada individu sehat maupun sakit di mana segala aktivitas yang dilakukan berguna untuk pemulihan kesehatan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki. Aktivitas ini dilakukan dengan berbagai cara untuk mengembalikan kemandirian pasien secepat mungkin dalam bentuk proses keperawatan yang terdiri dari tahap pengkajian, identifikasi masalah (diagnosa keperawatan), perencanaan, implementasi dan evaluasi (Aisiah, 2004). Fungsi perawat dapat dijelaskan sebagai berikut ini:

a. Fungsi Independen

Dalam hal ini perawat memiliki hak independen dalam mengambil keputusan dan melakukan tindakan yang terbaik yang didasarkan dari ilmu keperawatan. Tindakan independen yang diambil ini haruslah berdasarkan pada ilmu keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Selain itu,

keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh perawat akan menjadi tanggung jawab penuh perawat tanpa melibatkan pihak lain.

b. Fungsi Dependen

Fungsi perawat yang selanjutnya yaitu fungsi dependen yang membuat perawat dapat menjalankan perintah dari dokter seperti pemasangan infus, pemberian obat, pengambilan sampel darah, penyuntikan dan sebagainya. Berbeda dari fungsi sebelumnya yang menjadi tanggung jawab penuh perawat, maka dalam fungsi ini yang bertanggung jawab secara penuh adalah dokter.

c. Fungsi Interdependen

Fungsi perawatan yang terakhir yaitu fungsi interdependen. Dalam fungsi ini, perawat dapat melakukan kerja sama dengan berbagai pihak lain yang terlibat dalam usaha memberikan pelayanan kesehatan terbaik, seperti dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan para ahli untuk memberikan tindakan keperawatan terhadap pasien. Sebagai contoh, dalam menangani pasien yang menderita diabetes, perawat akan bekerja sama dengan ahli gizi dalam menentukan kebutuhan asupan makanan sang pasien.

Dapat disimpulkan bahwa perawat memiliki banyak peran dan fungsi yang penting dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan klien/pasien, berdasarkan berbagai macam peranannya dan fungsinya, perawat menjadi sosok yang diharapkan mampu mengakomodir segala kebutuhan klien dan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan kesehatannya melalui berbagai aspek.

3. PELAYANAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Pelayanan Kegawatdaruratan diatur penyelenggaraannya dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.

“Pelayanan Kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pasien Gawat Darurat yang selanjutnya disebut Pasien adalah orang yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera. (Pasal 1, Permenkes No 47, 2018).”

“Pelayanan Kegawatdaruratan harus memenuhi kriteria kegawatdaruratan. Kriteria kegawatdaruratan meliputi : a. mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan; b. adanya gangguan pada jalan

nafas, pernafasan, dan sirkulasi; c. adanya penurunan kesadaran; d. adanya gangguan hemodinamik; dan/atau e. memerlukan tindakan segera.” (Pasal 3, Permenkes No 47, 2018)

“Pelayanan Kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dilakukan di: a. ruang pelayanan Gawat Darurat atau ruang tindakan untuk Puskesmas, Klinik, dan tempat praktik mandiri Dokter, Dokter Gigi, serta tenaga kesehatan; dan b. Instalasi Gawat Darurat (IGD) untuk Rumah Sakit.” (Pasal 9, Permenkes No 47, 2018).

Kemudian dalam Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan dijelaskan bahwa:

“Pelayanan Kegawatdaruratan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan di: 1. Ruangan Gawat Darurat atau ruang tindakan untuk Puskesmas, Klinik, atau tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan lain; dan 2. Instalasi Gawat Darurat untuk Rumah Sakit. Tempat Pelayanan Kegawatdaruratan tersebut berperan sebagai gerbang utama jalan masuknya Pasien.

Kemampuan suatu Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara keseluruhan dalam hal kualitas dan kesiapan sebagai tempat pelayanan maupun sebagai pusat rujukan penderita dari prafasilitas pelayanan kesehatan tercermin dari kemampuan tempat Pelayanan Kegawatdaruratan. Pasien dari tempat Pelayanan Kegawatdaruratan tersebut dapat dikirim ke ruang lain, misalnya ke ruang rawat inap di Puskesmas atau Klinik, unit perawatan intensif, ruang bedah sentral, ataupun ruang perawatan di Rumah Sakit, untuk mendapatkan penanganan selanjutnya. Jika dibutuhkan, penderita dapat dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain (penanganan kegawatdaruratan antarfasilitas pelayanan kesehatan)

.Penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dikategorikan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan. Untuk pelayanan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan rumah sakit, kategori pelayanan kegawatdaruratan terdiri atas level I, level II, level III, dan level IV.

Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memiliki Pelayanan Kegawatdaruratan yang minimal mempunyai kemampuan:

1. Pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu untuk Rumah Sakit.
2. Memberikan pelayanan Kegawatdaruratan sesuai jam operasional untuk Puskesmas, Klinik, dan tempat praktik mandiri Dokter, Dokter Gigi, dan tenaga kesehatan.
3. Menangani Pasien segera mungkin setelah sampai di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
4. Memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan.
5. Proses triase untuk dipilah berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya, sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh profesi kedokteran dan/atau pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

6. Membuat alur masuk Pasien dengan penyakit infeksius khusus atau yang terkontaminasi bahan berbahaya sebaiknya berbeda dengan alur masuk Pasien lain. Jika fasilitas ruang isolasi khusus dan dekontaminasi tidak tersedia, Pasien harus segera dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain yang memiliki fasilitas ruang isolasi khusus.

Keberhasilan penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan. Bisa diilustrasikan dengan Pasien yang terus mengalami perdarahan dan tidak dihentikan selama periode prafasilitas pelayanan kesehatan, maka akan sampai ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam kondisi gagal ginjal. Begitu cedera terjadi maka berlakulah apa yang disebut waktu emas (*The Golden periode*).

Satu jam pertama juga sangat menentukan sehingga dikenal istilah *The Golden Hour*. Setiap detik sangat berharga bagi kelangsungan hidup penderita. Semakin panjang waktu terbuang tanpa bantuan pertolongan yang memadai, semakin kecil harapan hidup Pasien.”

“Penanganan Kegawatdaruratan Intrafasilitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Rumah Sakit dapat berfungsi sebagai tempat pelayanan akhir dalam penanganan Pasien sesuai dengan kemampuannya. Oleh karena itu sarana, prasarana, dan sumber daya Instalasi Gawat Darurat (IGD) harus memadai, sehingga mampu menanggulangi Pasien (*“to save life and limb”*).

IGD adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi Pasien yang datang langsung ke Rumah Sakit)/lanjutan (bagi Pasien rujukan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain ataupun dari PSC 119), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya.

IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur Pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana.

Secara garis besar kegiatan di IGD Rumah Sakit dan menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari:

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan Pasien.
- b. Menerima Pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/definitif dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.
- c. Merujuk kasus-kasus Gawat Darurat apabila Rumah Sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan/definitif.

IGD Rumah Sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di dalam Rumah Sakit. Kriteria umum IGD Rumah Sakit:

- a. Dokter/Dokter Gigi sebagai Kepala IGD Rumah Sakit disesuaikan dengan kategori penanganan.
- b. Dokter/Dokter Gigi penanggungjawab Pelayanan Kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur Rumah Sakit.
- c. Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan.
- d. Semua Dokter, Dokter Gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga nonkesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*).

e. Memiliki program penanggulangan Pasien massal, bencana (*Disaster Plan*) terhadap kejadian di dalam Rumah Sakit maupun di luar Rumah Sakit.

f. Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di IGD Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan. “

Kemudian dalam Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan juga dijelaskan bahwa:

“Perawat yang bekerja di unit Pelayanan Kegawatdaruratan adalah perawat yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan yang diperoleh melalui pelatihan kegawatdaruratan terstandar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.”

Keperawatan gawat darurat adalah rangkaian kegiatan praktik keperawatan kegawatdaruratan yang diberikan oleh perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan di ruang gawat darurat (UU RI NO 44 tentang RS). Keperawatan Gawat Darurat (*Emergency Nursing*) merupakan pelayanan keperawatan yang komprehensif diberikan kepada pasien dengan cedera akut atau sakit yang mengancam kehidupan. Sebagai seorang spesialis, perawat gawat darurat menghubungkan pengetahuan dan keterampilan untuk menangani respon pasien pada resusitasi, syok, trauma, ketidakstabilan multisistem, keracunan dan kegawatan yang mengancam jiwa lainnya. (Krisanty Paula, 2009)

Dari semua paparan diatas, dapat disimpulkan bahwa perawat yang memberikan pelayanan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat haruslah memiliki kompetensi kegawatdaruratan yang diperoleh melalui pelatihan kegawatdaruratan terstandar, dan dapat memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif kepada klien/pasien dengan cedera akut atau sakit yang mengancam kehidupan. Dan kemudian perawat Gawat Darurat juga tetap menjalankan peran-peran nya sebagai perawat terhadap klien/pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat.

4. PERAWATAN PALIATIF

Perawatan paliatif merupakan jenis perawatan yang diberikan dengan tujuan untuk mengurangi penderitaan pada pasien yang memiliki penyakit serius, kompleks, dan mematikan. Perawatan ini berfokus pada penderita untuk menjalani hidup senyaman mungkin saat menderita penyakit.

Perawatan paliatif bisa diberikan kepada semua usia, semua jenis stadium penyakit, dan biasanya disertai dengan pengobatan kuratif. Perawatan paliatif sendiri terdiri dari pengkajian, diagnosis, dan pengobatan respons pasien terhadap penyakit yang diderita.

Perawatan ini melibatkan pembentukan hubungan kepedulian yang dinamis dengan pasien, keluarga, serta perawat untuk mengurangi penderitaan pasien.

Paliatif berasal dari kata latin, *palliare* yang berarti "mengenakan mantel". Kata ini dipilih karena sesuai dengan prinsip dari perawatan paliatif untuk memberikan kenyamanan serta perlindungan ekstra dari berbagai gangguan kesehatan.

Menurut *World Health Organization*, perawatan paliatif adalah pendekatan dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarganya yang sedang menghadapi masalah terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa.

Perawatan tersebut termasuk mencegah dan mengurangi gejala dengan melibatkan identifikasi dini, pengobatan rasa sakit, dan masalah lainnya, seperti fisik, psikososial, dan spiritual.

Kualitas hidup pasien yang dimaksud adalah kondisi pasien yang sesuai dengan budaya dan sistem nilai yang dianutnya, termasuk tujuan hidup, harapan, dan niat untuk hidup.

Pada awalnya, perawatan paliatif adalah pendekatan khusus untuk penyakit tertentu saja, tetapi kini, perawatan paliatif sudah berfokus dalam mengurangi dan mengatasi berbagai penyakit sejak awal.

Perawatan paliatif tidak bertujuan untuk menyembuhkan penyakit, tetapi jenis perawatan ini sering dilaksanakan dengan pengobatan medis khusus untuk menangani penyakit yang diderita pasien.

Tentunya ketika hendak meringankan penderitaan pasien dengan penyakit mematikan, dibutuhkan hal-hal terkait masalah di luar gejala fisik. Terapi paliatif menggunakan pendekatan tim dokter untuk memberikan dukungan pada pasien dan keluarga. Ini termasuk menangani kebutuhan praktis dan memberikan konseling duka cita. Selain itu, terapi ini juga menawarkan sistem pendukung untuk membantu pasien hidup seaktif mungkin sampai ajal menjemput.

Terapi paliatif ini secara terbuka telah diakui di bawah hak asasi manusia atas dasar kesehatan. Ini harus diberikan melalui layanan kesehatan yang berpusat pada pribadi dan terpadu yang memberikan perhatian khusus pada kebutuhan dan preferensi khusus setiap individu.

Perawatan paliatif diperlukan untuk berbagai penyakit. Mayoritas orang dewasa yang membutuhkan perawatan paliatif memiliki penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskuler (38,5%), kanker (34%), penyakit pernapasan kronis (10,3%), HIV/AIDS (5,7%) dan diabetes (4,6%). Banyak kondisi lain yang mungkin memerlukan perawatan paliatif, termasuk gagal ginjal, penyakit hati kronis, multiple sclerosis, penyakit Parkinson, rheumatoid arthritis, penyakit neurologis, demensia, Alzheimer, anomali kongenital, dan tuberkulosis yang resistan terhadap obat.

Tujuan utama dari perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup pasien, menghilangkan gejala dan keluhan yang mengganggu, menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual, dan mengusahakan pasien agar tetap nyaman hingga akhir hayatnya. Tujuan umum ini dilebur menjadi beberapa tujuan khusus, yakni:

- Menyediakan bantuan untuk mengurangi gejala dan keluhan yang dirasakan
- Mengedukasi terkait kondisi yang dialami
- Mengintegrasikan aspek-aspek psikologis dan spiritual pasien
- Menawarkan dukungan untuk membantu keluarga dalam menghadapi pasien bahkan setelah kematian

Perawatan paliatif terdiri dari beberapa jenis yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, di antaranya:

1. Penatalaksanaan Gejala

Perawatan paliatif terdiri dari perawatan yang diberikan untuk mengurangi gejala dan keluhan pasien, baik gejala fisik, mental, maupun emosional. Tim perawatan paliatif biasanya akan mengajari penanganan gejala yang timbul, sehingga pasien dapat merasa lebih baik.

Nyeri dan kesulitan bernapas adalah dua gejala yang paling sering dan serius dialami oleh pasien yang membutuhkan perawatan paliatif. Misalnya, 80% pasien dengan AIDS atau kanker, dan 67% pasien dengan penyakit kardiovaskuler atau penyakit paru obstruktif kronik akan mengalami nyeri sedang hingga berat di akhir hayatnya. Opioid sangat penting untuk mengelola rasa sakit.

Opioid juga dapat meringankan gejala fisik umum yang mengganggu termasuk sesak napas. Mengontrol gejala seperti itu pada tahap awal adalah kewajiban etis untuk meringankan penderitaan dan menghormati martabat seseorang.

Penatalaksanaan nyeri bertujuan untuk mengurangi gejala:

- Mual
- Tubuh lemas dan lelah
- Sembelit
- Rasa sakit dan nyeri
- Sulit tidur
- Kurang nafsu makan
- Sesak napas
- Stres

2. Pemberian Edukasi dan Advokasi

Perawatan paliatif dilakukan untuk membantu pasien dan keluarga memahami kondisi dan penyakit yang dimiliki, termasuk bagaimana kondisi tersebut memengaruhi kehidupan di masa yang akan datang.

Tim perawatan paliatif juga akan membantu pasien untuk mempertimbangkan pilihan perawatan yang tepat. Semakin banyak informasi yang diterima, semakin mudah pula pasien maupun keluarga memutuskan perawatan tepat untuk menangani kondisi yang dialami.

3. Mendukung Aspek Psikologis

Tim perawatan paliatif akan membantu pasien dalam memberikan dukungan psikologis, seperti membantu pasien dalam mengendalikan perasaan dan emosi negatif, dan meningkatkan perasaan positif selama menghadapi penyakit yang diderita.

Pasien juga akan dibantu dengan mempertahankan rasa nyaman, senang, dan bahagia selama menjalani pengobatan. Dengan terjaganya aspek psikologis pasien, hal ini dapat berdampak positif bagi kesehatan fisiknya.

4. Memberikan Dukungan secara Spiritualitas

Mengutip dari *Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus* oleh Christina M. Puchalski, spiritualitas adalah komponen dasar dari perawatan paliatif. Aspek ini berbicara

tentang aspek kemanusiaan yang dinamis dan intrinsik dan dikaitkan dengan peningkatan kualitas hidup pasien.

Keyakinan dan terapi spiritual dapat memengaruhi pandangan pasien terhadap rasa sakit dan kesusahan, serta kualitas hidup. Kebutuhan spiritual melibatkan rasa mencintai/dicintai, memaafkan, dan menguraikan makna hidup.

Keuntungan Perawatan Paliatif

Manfaat dan keuntungan dari perawatan paliatif adalah dapat meningkatkan kualitas penanganan penyakit yang diberikan, baik pada pasien maupun keluarga. Perawatan ini secara konsisten menunjukkan peningkatan kepuasan pasien dan keluarga dalam penanganan gejala fisik dan psikologis.

Dalam studi *The Feasibility and Benefit of a Brief Psychosocial Intervention in Addition to Early Palliative Care in Patients* oleh Thamires Monteiro do Carmo, dkk, perawatan paliatif terbukti dapat mengatasi depresi, memperpendek masa hospitalisasi, dan memiliki hubungan positif dengan tingkat bertahan hidup pasien. Dan penelitian terbaru, termasuk yang diterbitkan dalam *New England Journal of Medicine*, telah menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit serius yang menerima perawatan paliatif hidup lebih lama daripada mereka yang tidak menerima perawatan ini.

Perawatan paliatif juga tidak hanya meringankan beban pasien dalam menghadapi berbagai penderitaan, tetapi juga membantu keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Peningkatan kualitas hidup ini juga berarti bahwa pertemuan dengan sistem perawatan kesehatan tidak menimbulkan stres dan trauma bagi keluarga.

Untuk mendapatkan perawatan paliatif, seseorang bisa menghubungi fasilitas kesehatan terdekat yang menawarkan perawatan ini. Perawatan paliatif dapat dilakukan di rumah, klinik, panti jompo, hingga rumah sakit. Spesialis terapi paliatif meningkatkan kualitas hidup pasien yang kebutuhannya paling kompleks. Bekeja dalam kemitraan dengan dokter utama, tim perawatan paliatif menyediakan:

- Waktu yang digunakan untuk pertemuan keluarga intensif dan konseling pasien/keluarga.

- Komunikasi yang terampil tentang apa yang diharapkan di masa depan untuk memastikan bahwa perawatan sesuai dengan tujuan dan prioritas pasien dan keluarga.
- Manajemen ahli gejala fisik dan emosional yang kompleks.
- Koordinasi dan komunikasi rencana perawatan di antara semua penyedia dan di semua pengaturan.

Dari semua pemaparan di atas tentang Perawatan Paliatif, dapat disimpulkan bahwa pasien Paliatif adalah pasien yang memiliki penyakit serius, kompleks, dan mematikan, yang antara lain memiliki penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskuler, kanker, penyakit pernapasan kronis, HIV/AIDS, diabetes, gagal ginjal, penyakit hati kronis, multiple sclerosis, penyakit Parkinson, rheumatoid arthritis, penyakit neurologis, demensia, Alzheimer, anomali kongenital, dan tuberkulosis yang resistan terhadap obat.

Prinsip Perawatan Paliatif secara umum merupakan sebuah hal penting dan bagian yang tidak terpisahkan dari praktek klinis dengan mengikuti prinsip:

- a. Fokus perawatan terhadap kualitas hidup, termasuk kontrol gejala yang tepat.
- b. Pendekatan personal, termasuk pengalaman masa lalu dan kondisi sekarang.
- c. Peduli terhadap seseorang dengan penyakit lanjut termasuk keluarga atau orang terdekatnya.
- d. Peduli terhadap autonomy pasien dan pilihan untuk mendapat rencana perawatan lanjut, eksplorasi harapan dan keinginan pasien.
- e. Menerapkan komunikasi terbuka terhadap pasien atau keluarga kepada profesional kesehatan (Cohen and Deliens, 2012)

Peran dan Fungsi Perawat dalam menjalankan peran dan fungsi perawat dalam Perawatan Paliatif, perawat harus menghargai hak-hak pasien dalam menentukan pilihan, memberikan kenyamanan pasien dan pasien merasa bermartabat yang sudah tercermin didalam rencana asuhan keperawatan. Perawat memiliki tanggung jawab mendasar untuk mengontrol gejala dengan mengurangi penderitaan dan support yang efektif sesuai kebutuhan pasien. Peran perawat sebagai pemberi layanan palliative care harus didasarkan pada kompetensi perawat yang sesuai kode etik keperawatan (Combs, et al.,2014).

Hal-hal yang berkaitan dengan pasien harus dikomunikasikan oleh perawat kepada pasien dan keluarga yang merupakan standar asuhan keperawatan yang profesional. Menurut *American Nurse Association Scope And Standart Practice* dalam (Margaret, 2013), perawat yang terintegrasi harus mampu berkomunikasi dengan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya mengenai perawatan pasien dan ikut berperan serta dalam penyediaan perawatan tersebut dengan berkolaborasi dalam membuat rencana yang berfokus pada hasil dan keputusan yang berhubungan dengan perawatan dan pelayanan, mengindikasikan komunikasi dengan pasien, keluarga dan yang lainnya.

Berdasarkan *National Consensus Project For Quality Palliative Care* (NCP, 2013) pedoman praktek klinis untuk perawat paliatif dalam meningkatkan kualitas pelayanan paliatif terdiri dari 8 domain, diantaranya :

1. Struktur dan Proses Perawatan
2. Aspek fisik dalam perawatan
3. Aspek psikologi dan psikiatri dalam perawatan
4. Aspek sosial dalam perawatan
5. Aspek spiritual, agama, dan eksistensial dalam perawatan
6. Aspek budaya dalam perawatan
7. Perawatan *End of life*
8. Aspek legal dan etik dalam perawatan

Dalam hal ini, penyusun membatasi topik hanya pada domain perawatan *End Of Life. Care of The Patient at End of life* merupakan cara yang dilakukan untuk menggali lebih dalam tentang kesiapan menghadapi kematian dan duka cita setelah kematian bagi keluarga yang ditinggalkan (De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut: a. Perawat hospice dan perawat paliatif harus mampu mengenali tanda dan gejala kematian pasien, keluarga dan komunitas. ini harus dikomunikasikan dan didokumentasikan. b. Semua perawat harus mampu menjamin kenyamanan pada akhir kehidupan c. Semua perawat harus meninjau kembali ritual budaya, agama, dan adat dalam menghadapi kematian pasien. d. Semua perawat harus mampu memberikan dukungan pasca kematian pada keluarga yang ditinggalkan e. Semua perawat harus mampu merawat jenazah sesuai dengan budaya, adat dan agama pasien (Ferrell, 2015).

Perawatan *End of life*

1. Pengertian Perawatan *End of life* adalah merupakan perawatan yang membantu semua orang dengan penyakit lanjut, progresif, tidak dapat disembuhkan untuk dapat bertahan hidup sebaik mungkin sampai menghadapi kematian. Perawatan *end of life* diberikan ketika seseorang telah terdiagnosis menghadapi penyakit lanjut oleh profesional kesehatan (Sadler, 2015). Profesional kesehatan yang memberikan perawatan *end of life* harus memahami suatu tanda dan gejala fisik yang dialami oleh pasien. Pasien pada fase *end of life* cenderung lebih takut terhadap gejala kematian itu sendiri dibandingkan kematiannya. Pasien harus merasa nyaman secara fisik sebelum fikiran mereka berfokus tentang kondisi sosial, psikologis, dan spiritual (Perkins, 2016).

Perbedaan utama antara perawatan paliatif dan perawatan *end of life* (di akhir hayat) adalah bahwa perawatan *end of life* diperuntukkan bagi orang-orang yang didiagnosis mengidap penyakit mematikan yang memiliki sisa hidup enam bulan atau kurang, sedangkan perawatan paliatif diperuntukkan bagi orang-orang yang berada pada tahap penyakit serius apa pun, bahkan sedini hari diagnosis, dan oleh karena itu masih menjalani pengobatan kuratif.

2. Etika Dalam Perawatan *End of life*. Dalam proses pengambilan keputusan yang terkait dengan masalah *end of life*, terdapat beberapa prinsip etika yang harus ditekankan, pertama *Nonmaleficence* yaitu memastikan pasien terhindar dari bahaya baik itu fisik maupun emosional, kedua *beneficence* yaitu melakukan sesuatu yang baik terhadap pasien dan menguntungkan seperti mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian, memperlakukan pasien seperti manusia seutuhnya, dan terus berusaha meringankan beban pasien baik itu fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Ketiga *autonomy* yaitu pasien memiliki hak tentang pengambilan keputusan terkait perawatan dengan menggunakan inform konsen yang menekankan terhadap hak atas kerahasiaan, privasi, dan hak untuk menolak pengobatan (Qualls and Kasl-Godley, 2011; Zerwekh, 2006).

3. Teori Keperawatan *Peaceful End of life*. Teori keperawatan *peaceful end of life* Ruland & Moore (1998) dalam (Alligood, 2014) tidak terpisahkan dengan sistem keluarga (pasien dengan sakit terminal dan orang yang dianggap berarti dalam hidupnya) yang dirancang untuk mempromosikan hasil positif dari hal berikut :

- a. Terbebas Dari Nyeri.

Bebas dari rasa penderitaan atau gejala yang disebabkan oleh nyeri merupakan bagian penting dari banyak pengalaman end of life karena nyeri dianggap sensori yang tidak menyenangkan atau pengalaman emosional yang berhubungan dengan actual atau potensial kerusakan jaringan (Alligood, 2014).

b. Mendapat Kenyamanan.

Kenyamanan didefinisikan oleh teori kolkaba sebagai sebuah kelegaan dari ketidaknyamanan, keadaan mudah dan damai, dan apapun yang membuat hidup mudah atau menyenangkan (Alligood, 2014).

c. Bermartabat dan Merasa Terhormat

Setiap pasien yang mengalami sakit parah harus dihormati dan dihargai sebagai manusia. Konsep ini menggabungkan gagasan pribadi, setiap tindakan 40 didasarkan oleh prinsip etika dan otonomi pasien dan berhak atas perlindungan (Alligood, 2014).

d. Merasa Damai.

Damai merupakan sebuah perasaan yang tenang, harmonis, puas, bebas dari kegelisahan, kekhawatiran dan ketakutan. Sebuah pendekatan untuk merasa damai meliputi aspek fisik, sosial, psikologis, dan spiritual (Alligood, 2014).

e. Kedekatan Dengan Orang Yang Disayang.

Kedekatan adalah sebuah perasaan yang saling terhubung dengan orang lain yang peduli. Ini melibatkan kedekatan fisik atau emosional yang diungkapkan dengan hangat, intim, dan berhubungan (Alligood, 2014).

Perawatan pasien yang menjelang fase *End of Life* melibatkan berbagai disiplin yang meliputi pekerja sosial, ahli agama, perawat, dokter (dokter ahli atau dokter umum) yang berfokus pada perawatan yang holistik meliputi fisik, emosional, sosial, dan spiritual. (Hockenberry & Wilson, 2005).

5. PERAWATAN PALIATIF PADA PASIEN *END OF LIFE* DI INSTALASI GAWAT DARURAT

Instalasi Gawat Darurat (IGD) 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). Kondisi pasien yang datang ke IGD bervariasi dengan kondisi yang mengancam jiwa maupun yang menjelang ajal. Pasien dengan kondisi mengancam nyawa berfokus pada tindakan resusitasi, sedangkan pada pasien yang menjelang ajal lebih berfokus pada perawatan *End of Life (EOL)*. IGD menghadapi tantangan ketika menerima semakin banyak pasien yang telah memasuki masa akhir kehidupan yang memiliki penyakit serius dan mengancam jiwa, terutama ketika pandemik 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).

Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang menghadapi akhir kehidupan (pasien *End of life*), secara umum, sering tidak menerima perawatan yang mereka harapkan atau inginkan. Selain itu, terapi agresif yang ditujukan memperpanjang hidup dimulai di IGD 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 pandemik 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 kita 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 IGD 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 *End of Life* di IGD untuk sepenuhnya menghormati preferensi dan harapan pasien (Stone SC, 2011).

Menurut Beckstrand et al (2015) menyatakan bahwa perawat mengalami kesulitan dalam memberikan pelayanan *End of Life* yang baik pada pasien, khususnya pada pasien yang tidak mempunyai identitas. Perawat yang bertugas di IGD merasa pendampingan *end of life* pada pasien terlantar bukan merupakan prioritas, mereka masih memprioritaskan pasien dengan kondisi *emergency*.

Menurut Joko Tri Atmojo, dkk., 2021, telah 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 (*screening for palliative care needs in the emergency department*), 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. 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 Heart Failure biasa. (Gelfman LP, 2017).”

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 menyeleksi 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 infrastruktur. (Atmojo J.T, 2021).

Secara garis besar, maka peran dan fungsi perawat IGD dalam memberikan pelayanan keperawatan paliatif pada pasien *end of life* antara lain meliputi:

- a) Melakukan penilaian dasar terutama nyeri, *dyspnea* dan fungsinya dengan menggunakan pedoman yang konsisten pada pasien paliatif.
- b) Mampu menyeleksi dan menyaring pasien yang memasuki kriteria EOL (*end of life*) menggunakan beberapa instrumen, seperti SPEED (*screening for palliative care needs in the emergency department*) dan NEST (*Needs at the End-of-life Screening Tool*), sesuai dengan SPO yang dimiliki.
- c) Menilai status psikologis pasien dan keluarga seperti menilai depresi, kecemasan dan delirium menggunakan pedoman yang tepat.
- d) Melakukan pengkajian spiritual mencakup masalah agama, spiritual, dan eksistensial menggunakan pedoman instrumen yang terstruktur dan terintegrasi.
- e) Mendokumentasikan pedoman dan temuan dalam rencana asuhan keperawatan.
- f) Mengikuti jalur pengobatan berdasarkan bukti *evidence based nursing* untuk memberikan perawatan manajemen nyeri dan menilai ulang gejala yang ditimbulkan.
- g) Mempunyai keterampilan komunikasi dasar tentang penyakit lanjut, prinsip etika, kesedihan dan kehilangan keluarga, komunitas dan pemberi layanan.

- h) Melakukan kolaborasi perawatan paliatif dengan kerjasama tim dari multidisiplin ilmu.
- i) Meninjau kembali asuhan keperawatan yang telah diberikan dan semua dokumentasinya.
- j) Menjaga prinsip etik berdasarkan komite etik keperawatan.
- k) Mengerti hukum aspek Paliatif dan mencari pakar hukum jika diperlukan.
- l) Memfasilitasi pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan untuk melakukan/tidak melakukan DNR (*do not resuscitation*) dengan pilihan *withdrawing* ataupun *withholding*.
- m) Mempersiapkan duka cita bagi keluarga yang ditinggalkan.
- n) Merujuk pasien dan keluarga pada kondisi yang serius dengan menghadirkan rohaniawan jika diperlukan.
- o) Mengenali tanda dan gejala kematian pasien, keluarga dan komunitas, termasuk cara mengkomunikasikan dan mendokumentasikan.
- p) Menjamin kenyamanan pasien pada akhir kehidupan.
- q) Meninjau kembali ritual budaya, agama, dan adat dalam menghadapi kematian pasien.
- r) Mampu memberikan dukungan pasca kematian pada keluarga yang ditinggalkan.
- s) Mampu merawat jenazah sesuai dengan budaya, adat dan agama pasien (Ferrell, 2015).

BAB III

PENUTUP

1. SIMPULAN

Pasien Gawat Darurat adalah orang yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera. Setiap pasien memiliki hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

Peran dan fungsi perawat dalam Perawatan Paliatif yaitu perawat harus menghargai hak-hak pasien dan keluarga dalam menentukan pilihan, memberikan kenyamanan pada pasien dan keluarga, dan menjaga martabat pasien hingga akhir hayatnya. Perawat memiliki tanggung jawab mendasar untuk mengontrol gejala dengan mengurangi penderitaan dan dukungan yang efektif sesuai kebutuhan pasien dan keluarga. Perawatan paliatif terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronik.

Peran dan fungsi perawat dalam perawatan paliatif di Instalasi Gawat Darurat (IGD) sangatlah penting untuk membantu terwujudnya tujuan utama dari perawatan paliatif, yaitu mengantarkan pasien pada akhir kehidupan yang damai (*peaceful end of life*). Seringkali pasien paliatif ataupun *end of life* tertahan di IGD dikarenakan ketidakterediaan ruangan rawat inap, dan pada akhirnya pasien tersebut meninggal di IGD. Oleh karena itu, selain harus memiliki kompetensi keperawatan gawat darurat, maka perawat IGD juga harus memiliki kompetensi sebagai perawat paliatif yaitu dengan meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang berhubungan dengan perawatan paliatif. Sehingga perawat IGD dapat memberikan pelayanan keperawatan paliatif pada pasien *End of Life* di IGD.

2. SARAN

Perawat IGD terus berupaya meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam perawatan paliatif, dan menghayati salah satu perannya sebagai perawat paliatif.

Manajemen Rumah Sakit membuat SOP (Standar Operasional Prosedur) mengenai Perawatan Paliatif di Instalasi Gawat Darurat, dan menetapkan

berbagai macam instrumen untuk menyeleksi dan menyaring pasien yang memasuki kriteria EOL (*end of life*) menggunakan beberapa instrumen, seperti SPEED (*screening for palliative care needs in the emergency department*) dan NEST (*Needs at the End-of-life Screening Tool*).

Manajemen Rumah Sakit mengembangkan kompetensi tenaga keperawatan paliatif dengan menyediakan pendidikan dan pelatihan perawatan paliatif, khususnya untuk perawat Instalasi Gawat Darurat.

Manajemen Rumah Sakit mengembangkan infrastruktur rumah sakit dengan membuat ruangan khusus untuk pasien paliatif yang sedang menuju *end of life* (*sakaratul maut*) untuk memfasilitasi privasi dan kenyamanan pasien dan keluarga saat fase menjelang ajal dan memasuki tahap berduka.

Manajemen Rumah Sakit membuat tim paliatif yang terdiri dari dokter, perawat, psikolog dan konsultan agama yang dapat memberikan bimbingan pada saat akhir hayat pada pasien *end of life* dan keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Anissa, P. 2019. Isu End of Life di Keperawatan Kritis. https://www.academia.edu/39516723/Isu_End_of_life_di_Keperawatan_kritis. [diakses 2022 November 15]
- Atmojo, J.K., Hanifah, L., Handayani, R.T., Rejo, R., Setyorini, C., Widyaningrum, N.R., Maesaroh, S., Nurhayati, I., Lieskusumastuti, A.D., Ningrum, A.N., *et al.* 2021. Efek Perawatan Paliatif Di Unit Gawat Darurat Dan Rasionalitas Untuk Dikembangkan Di Masa Pandemi Covid-19. *Avicenna : Journal of Health Research*, **Vol 4 No 2**. Oktober 2021 (116 - 127) 123.
- Bidang Keperawatan, RSUP Dr. Hasan Sadikin. 2020. Pedoman Penyusunan Karya Tulis/Makalah Tenaga Keperawatan Dan Kebidanan. Bandung.
- Fauzi, N. 2022. Peran dan Fungsi Perawat sebagai Tenaga Kesehatan Profesional. <https://www.nerslicious.com/peran-fungsi-perawat/>. [diakses 2022 November 12]
- Muntoha, R. 2015. Hubungan Beban Kerja Dengan Perilaku Caring Perawat Di Ruang Perawatan Khusus RSUD Dr R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga [skripsi]. Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Natasya, N.I. 2022. Makalah: Pengertian - Ciri dan Contohnya. <https://haloedukasi.com/makalah>. [diakses 2022 November 02].
- Permatasari, G. 2022. Terapi Paliatif. <https://id.theasianparent.com/terapi-paliatif>. [diakses 2022 November 14].
- [Permen] Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. 2019
- [Permen] Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. 2018
- Santoso, B.B. 2019. Mengenal Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan Pediatric Intensive Care Unit (PICU) di Rumah Sakit. <https://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/mengenal-instalasi-gawat-darurat-igd-dan-pediatric-intensive-care-unit-picu-di-rumah-sakit>. [diakses 2020 November 10].
- Saputra, A. 2021. Mengenal Peran dan Fungsi Perawat Yang Perlu Diketahui. <https://aido.id/health-articles/mengenal-peran-dan-fungsi-perawat-yang-perlu-diketahui/detail#Peran%20Perawat>. [diakses 2022 November 12].
- [SK] Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung. SPO Perawatan Paliatif di Ruangan Rawat Inap No: HK.02.04/E013/563/I/2017 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif.

Suhamdani, H. 2018. Pengalaman Perawat Paliatif Anak Dalam Memberikan Perawatan End Of Life Di Rumah [tesis]. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

[UU] Undang-undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. 2014

Yosia, M. 2022. Perawatan Paliatif: Definisi, Tujuan, hingga Keuntungannya. <https://kumparan.com/>. [diakses 2022 November 14].