

**GAMBARAN PELAKSANAAN PENDOKUMENTASIAN PENGAJIAN  
KEPERAWATAN PADA INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR.  
W. Z. JOHANNES KUPANG( STUDI DOKUMENTASI )**



**OLEH  
MARNI P. MONI  
NS. YOANI MARIA VIANNEY BITA ATY.,S.KEP.,M.KEP**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN**

**2015**

## ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kupang  
Jurusan Keperawatan  
karya Tulis Ilmiah, Juli 2015

Marni Paskalina Moni

Gambaran pelaksanaan pendokumentasian pengkajian keperawatan pada instalasi gawat darurat RSUD prof. Dr. W. Z. Johannes kupang  
xii + 37 halaman + 2 tabel + 6 lampiran

Pendokumentasian proses asuhan keperawatan merupakan suatu proses yang harus dilaksanakan oleh perawat pelaksana sebagai bagian dari standar kerja yang telah di tetapkan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pendokumentasian pengkajian primer dan sekunder di Instalasi Gawat Darurat RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan deskriptif, sampel yang digunakan yaitu 40 dokumentasi Keperwatan adalah data primer dan sekunder tentang hal pengkajian keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang

Hasil penelitian ini di dapatkan pengkajian primer 62,5% adalah baik dan pengkajian sekunder di dapatkan cukup baik 42,5%. Penelitian ini menggambarkan pendokumentasian keperawatan berada pada kategori baik

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa perawat dalam melakukan pendokumentasian pengkajian keperawatan di ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang tentang pengkajian primer sudah baik tetapi pada pengkajian sekunder perawat masih belum melakukan pengkajian dengan lengkap,.

Keyword: *Pendokumentasian, pengkajian, IGD.*

Kepustakaan: 10 buah (1995-2014)

## DAFTAR ISI

	HALAMAN
Sampul Dalam.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Lembar Pernyataan.....	iv
Biodata.....	v
Abstrak.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Bab I Pendahuluan.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis.....	6
1.4.2.1 Bagi Rumah Sakit.....	6
1.4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	6
1.4.3 Bagi Peneliti.....	6
Bab II Tinjauan Pustaka.....	7
2.1 Konsep Dokumentasi.....	7
2.1.1. Pengertian.....	7
2.1.2 Tujuan Utama Dokumentasi.....	7
2.1.3 Manfaat Dokumentasi Keperawatan.....	8
2.1.4 Komponen Model Dokumentasi Keperawatan.....	10
2.1.5 Jenis-Jenis Pendokumentasian Proses Keperawatan.....	11
2.1.5.1 Dokumentasi Pengkajian Keperawatan.....	11
2.1.5.2 Dokumentasi Diagnosa Keperawatan.....	13
2.1.5.3 Dokumentasi Rencana Keperawatan.....	13
2.1.5.4 Dokumentasi Intervensi Keperawatan.....	14
2.1.5.5 Dokumentasi Evaluasi Keperawatan.....	14
2.2 Pendokumentasian Pengkajian Gawat Darurat.....	15
2.2.1 Pengkajian.....	15
2.2.2 Pendekatan pengkajian Yang Terorganisir.....	15
2.3 Kerangka Konsep.....	22
BAB III Metode Penelitian.....	23
3.1 Jenis Penelitian.....	23
3.2 Populasi Dan Sampel.....	23
3.2.1 Populasi.....	23

3.2.2	Sampel.....	23
3.3	Waktu Dan Tempat.....	24
3.4	Variabel penelitian.....	24
3.5	Definisi Operasional.....	25
3.6	Imstrumen Penelitian.....	25
3.7	Prosedur Penelitian.....	26
3.8	Cara pengolahan Dan Analisa data.....	26
3.9	Etika Dalam Penelitian.....	27
BAB IV Hasil Penelitin Dan Pembahasan.....		29
4.1	Hasil Penelitian.....	29
4.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian.....	29
4.1.2	Karakteristik Responden.....	29
4.1.3	Hasil Penelitian.....	30
4.1.3.1	Pendokumentasian Pengkajian Primer.....	30
4.1.3.2	Pendokumentasian Pengkajian Sekunder.....	31
4.2	Pembahasan.....	32
4.2.1	Pendokumentasian Pengkajian Primer.....	32
4.2.2	Pendokumentasian Pengkajian Sekunder.....	33
BAB V Penutup.....		35
5.1	Kesimpulan.....	35
5.2	Saran.....	35
5.2.1	Bagi Rumah Sakit.....	35
5.2.2	Bagi Perawat.....	35
5.2.3	Bagi Almamater.....	35
Daftar Pustaka.....		36

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	29
Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan .....	30
Tabel 4.3 Pendokumentasian Pengkajian Primer .....	30
Tabel 4.4 Pendokumentasian Pengkajian Sekunder .....	31

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Permohonan menjadi Responden.....	37
Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	38
Lampiran 3 : Lembar Chek List .....	39
Lampiran 4 : Pengolahan Data Secara Keseluruhan.....	42
Lampiran 5 : Surat ijin Penelitian.....	46
Lampiran 6 : Surat Selesai Penelitian .....	47

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar sehingga perawat harus memiliki pengetahuan yang baik tentang pendokumentasian asuhan keperawatan. Apabila kegiatan perawat tidak di dokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah di lakukan dengan benar. Pendokumentasian proses asuhan keperawatan merupakan suatu proses yang harus dilaksanakan oleh perawat pelaksana sebagai bagian dari standar kerja yang telah di tetapkan (Nursalam,2007). Kualitas pendokumentasian keperawatan dapat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan menuliskan proses asuhan keperawatan, yang di berikan kepada pasien, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi.

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang di laksanakan untuk mngumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien. Pengkajian adalah langkah awal dari tahapan prooses keperawatan. Dalam mengkaji, harus memperhatikan data dasar pasien. Informasi yang didapat dari klien (sumber data primer), data yang didapat dari orang lain (data sekunder), catatan kesehatan klien, informasi atau laporan laboratorium, tes diagnostik, keluarga dan orang terdekat, atau anggota tim kesehatan, merupakan pengkajian data dasar. Dokumentasi pengkajian di lakukan di setiap unit

pelayanan dalam suatu Rumah Sakit tak terkecuali pada Unit Gawat Darurat (UGD).

Keperawatan gawat darurat bersifat cepat dan perlu tindakan yang tepat, serta memerlukan pemikiran kritis tingkat tinggi. Perawat gawat darurat harus mengkaji pasien mereka dengan cepat dan merencanakan intervensi sambil berkolaborasi dengan dokter gawat darurat, berkonsultasi dengan spesialis, dokter umum, dan departemen penunjang. Lebih jauh lagi mereka harus mengimplementasikan rencana pengobatan, mengevaluasi efektifitas pengobatan, dan merevisi perencanaan dalam parameter waktu yang sangat sempit. Hal tersebut merupakan tantangan yang besar bagi perawat yang juga harus membuat catatan perawatan yang akurat melalui pendokumentasian.

Pendokumentasian yang di laksanakan di Unit Gawat Darurat yang utama yaitu melakukan pengkajian kardiovaskuler, respirasi dan tanda-tanda vital. Pengkajian tersebut merupakan pengkajian utama di lakukan dalam waktu 30 detik dan termasuk pengkajian jalan napas, pernapasan dan sirkulasi. Setelah itu di lakukan pengkajian umum seperti tingkat kesadaran, kualitas bicara, pikiran, tampilan umum ( pakaian, hygiene, warna kulit, ekspresi wajah, postur aktivitas motorik, bau kulit atau bau napas), dan tingkat distress. Satu aspek yang sangat penting dari pengkajian adalah pembentukan hubungan terapeutik.

Pengkajian pasien di Unit gawat darurat harus di laksanakan tepat waktu dan penetapan bukti tertulis pengkajian keperawatan sejalan dengan perkembangan pasien melewati proses evaluasi. Jadi hal ini berarti bahwa perawat harus melakukan pengkajian fisik lengkap pada setiap pasien.

Prioritas pengkajian lainnya pada ABCD: Airway (jalan napas), Breathing (pernapasan), Circulation (Sirkulasi), dan (Disability-neurologi) serta kerusakan neurologis harus didokumentasikan pada saat kedatangan sebagai data dasar dan mencerminkan konsistensi di semua pengkajian medis dan keperawatan.

Begitu pentingnya pengumpulan data atau informasi yang mendasar pada kasus gawat darurat. Maka setiap perawat gawat darurat harus berkompeten dalam melakukan pengkajian gawat darurat. Keberhasilan pertolongan terhadap penderita gawat darurat sangat tergantung dari kecepatan dan ketepatan dalam melakukan pengkajian awal yang akan menentukan bentuk pertolongan yang akan di berikan kepada pasien. Semakin cepat pasien di temukan maka semakin cepat pula dapat dilakukan pengkajian awal sehingga pasien tersebut dapat segera mendapat pertolongan dan terhindar dari kecacatan dan kematian.

Angka pendokumentasian di Ruang UGD pada bulan Januari-April tahun 2014 berjumlah 650 pendokumentasian yang telah di lakukan perawat di ruangan UGD. Dokumentasi ini mencatat aktivitas triage dan evaluasi awal, melengkapi dan mencatat survey primer dan sekunder, merumuskan dan mencatat diagnosa keperawatan., dan menyertakan informasi yang di perlukan dalam situasi risiko tinggi. ( sumber Data Primer 2014 )

Masalah yang di temukan di Indonesia dalam hal pendokumentasian adalah perawat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah beban kerja. Beban kerja berkaitan erat dengan produktifitas tenaga kesehatan, dimana 53,2% waktu yang benar-benar produktif yang digunakan pelayanan kesehatan

langsung dan sisanya 39,9% digunakan untuk kegiatan penunjang (Ilyas, 2004). Hal ini menunjukkan bahwa dengan waktu yang sedikit perawat dituntut untuk melakukan proses keperawatan yang terperinci dan akurat kepada setiap pasien yang datang ke Rumah Sakit terutama pada Ruang IGD. (Ilyas, 2004).

Berdasarkan hasil pengamatan yang telah peneliti lakukan kepada 8 orang perawat yang dinas pagi pada Ruangan Unit Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang beberapa waktu lalu menunjukkan bahwa (40%) perawat tidak melakukan pengkajian baik pengkajian primer maupun sekunder kepada pasien yang datang secara terperinci dan teliti. Hal ini terlihat dari proses pengkajian yang dilakukan yaitu perawat tidak melakukan pengkajian secara langsung melainkan hanya melalui pengamatan saja bahkan mengikuti pengkajian yang telah dokter lakukan tanpa melakukan pengkajian keperawatan lebih lanjut. Hasil pengkajian juga tidak langsung didokumentasikan dalam status pasien, melainkan ditulis pada saat semua tindakan telah selesai dilakukan. Seperti yang kita ketahui bahwa pendokumentasian pengkajian merupakan acuan dasar dalam menentukan tindakan apa yang akan kita lakukan untuk menolong ataupun mengobati keluhan pasien, akan tetapi jikalau pendokumentasian pengkajian tidak dilakukan, bagaimana perawat tersebut dapat menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan serta tindakan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya.

Hal ini kemungkinan terjadi karena banyak faktor yang menyebabkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD sangat rendah, salah satunya beban kerja perawat yang banyak di fokuskan pada kebutuhan pasien yang lebih diutamakan sehingga perawat belum sempat melakukan

pendokumentasian secara lengkap. Menjadi sangat penting bagi Kepala Ruangan untuk melakukan supervise kepada perawat dalam melakukan pendokumentasian pengkajian keparawatan.

Melihat masalah di atas, maka perlu untuk dilakukan penelitian mengenai **Gambaran Pelaksanaan Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.**

## **2.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka yang menjadi pokok permasalahan dalam penelitian ini adalah, ” **Bagaimana Gambaran Pelaksanaan Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang ?**”

## **2.3 Tujuan Penelitian**

### **2.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran pelaksanaan pendokumentasian pengkajian asuhan keperawatan di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

### **2.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pendokumentasian pengkajian primer di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang, meliputi:  
( Airway, Breathing, Circulation, Disability )

2. Mengidentifikasi pengkajian sekunder di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang, meliputi:( Tanda-tanda Vital, Pemeriksaan fisik, Riwayat penyakit ).

## **2.4 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik secara teoritis maupun praktis

### **2.4.1 Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan bagi disiplin ilmu keperawatan khususnya tentang pendokumentasian pengkajian kegawatdaruratan.

### **2.4.2 Praktis**

#### **2.4.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Memberikan masukan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan melalui upaya peningkatan peran perawat tentang pendokumentasian proses keperawatan.

#### **2.4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil ini dapat menambah literature ilmu pengetahuan tentang pendokumentasian proses keperawatan pada institusi pendidikan.

#### **2.4.2.3 Bagi Peneliti**

Penelitian ini merupakan sarana dalam mengaplikasikan ilmu yang di peroleh berkaitan dengan proses riset keperawatan dan pendokumentasian keperawatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dokumentasi**

##### **2.1.1 Pengertian**

Dokumentasi keperawatan adalah kegiatan pencatatan, pelaporan, dan pemeliharaan yang berkaitan dengan pengelolaan klien guna mempertahankan sejumlah fakta, dari suatu kejadian dalam suatu waktu. Dokumentasi sendiri mempunyai makna yang penting dilihat dari berbagai aspek antara lain: Hukum, jaminan, mutu, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, dan akreditasi (Nursalam,2001: 1)

Dokumentasi adalah salah satu aspek terpenting dari peran pemberi perawatan kesehatan di area pelayanan kesehatan. Dokumentasi memiliki beberapa tujuan dalam jaringan yang rumit antara pasien, fasilitas, pelayanan, pemberi perawatan dan pembayaran. Dokumentasi adalah bukti bahwa tanggung jawab hukum dan etik perawat terhadap pasien sudah di penuhi dan bahwa pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu (Patricia,2004:1)

##### **2.1.2 Tujuan Utama Dokumentasi**

Menurut Nursalam (2001), tujuan utama dari pendokumentasian adalah sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi status kesehatan klien yaitu, termasuk mencatat kebutuhan-kebutuhan yang ada pada klien, merencanakan kemudian melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan.

- 2) Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etik. Hal ini juga menyediakan bukti kualitas asuhan keperawatan, bukti legal dokumentasi sebagai pertanggung jawaban pada klien, informasi terhadap perlindungan individu, bukti aplikasi standar praktik keperawatan, sumber informasi statistic untuk standar riset keperawatan, pengurangan biaya informasi, sumber informasi untuk data yang di masukan komunikasi konsep resiko tindakan keperawatan, informasi untuk siswa, maupun mahasiswa, persepsi hak klien, dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggung jawab etik serta memertahankan kerahasiaan informasi klien, suatu data keuangan yang sesuai data perencanaan kesehatan pada masa yang akan datang.

#### **4.1.3 Manfaat Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting bila di lihat dari barbagai aspek:

##### **1. Hukum**

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi dasar dank lien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi di perluka sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut digunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-dat harus di identifikasi secara lengkap, jelas objektif, dan di tanda-tangani oelh tenaga kesehatan(Perawat), tanggal

dan perlu di hindari adanya penulisan yang dapat menyebabkan interpretasi yang salah.

## **2. Jaminan Mutu**

Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Dan untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan di monitor melalui catatan akurat. Hal ini akan membantu mutu pelayanan keperawatan.

## **3. Komunikasi**

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat “perekam”, terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau tenaga kesehatan lainnya akan bisa melihat catatan yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

## **4. Pendidikan**

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat di pergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi keperawatan.

## **5. Penelitian**

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan bahan riset dan pengembangan profesi keperawatan.

## 6. Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat di lihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien. Dengan demikian akan dapat di ambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang di berikan guna membina dan mengembangkan lebih lanjut. Hal ini selain bermanfaat sebagai peningkatan mutu sendiri, juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi. (Nursalam, 2001:83-84).

### 4.1.4 Komponen Model Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan konsep pendokumentasian meliputi ketrampilan berkomunikasi, ketrampilan mendokumentasikan proses keperawatan, dan ketrampilan standar. Perawat perlu memberikan prioritas terhadap ketrampilan tersebut. Efektifitas dan efisiensi sangat bermanfaat dalam mengumpulkan informasi yang relevan dan akan meningkatkan kualitas pencatatan keperawatan.

1. **Komunikasi;** Perawat melihat pencatatan kesehatan, perawat memberi dan menerima pendapat dan pemikiran. Untuk lebih efektif penyaluran ide tersebut, perawat memerlukan ketrampilan dalam menulis. Dalam kenyataannya, dengan semakin kompleksnya pelayanan keperawatan dan peningkatan kualitas keperawatan, perawat tidak hanya di tuntuk untuk meningkatkan mutu pelayanan, tetapi dituntut untuk mendokumentasikan secara benar. Ketrampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengomunikasikan kepada tenaga kesehatan lainnya dan

menjelaskan apa yang sudah, sedang, dan yang akan di kerjakan oleh perawat.

**2. *Dokumentasi Proses Keperawatan;*** Perawat memerlukan ketrampilan dalam mencatat proses keperawatan. Pencatatan proses keperawatan merupakan metode yang tepat untuk pengambilan keputusan yang sistematis. Dokumentasi peroses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan. Perawat kemudian mengobservasi dan mengevaluasi respon klien terhadap tindakan yang telah di berikan dan mengomunikasikan informasi tersebut kepada tenaga kesehatan lainnya.

**3. *Standar Dokumentasi;*** Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk memperkuat proses pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Faktaa tentang kemampuan perawat dalam pendokumentaasian di tunjukkan pada ketrampilan menuliskan sesuai standart dokumentasi yang konsisten, pola yang efektif, lengkap, dan akurat.(Tappen dalam Nursalam 2007).

#### **4.1.5 Jenis-Jenis Pendokumentasian Proses Keperawatan**

##### **4.1.5.1 Dokumentasi Pengkajian keperawatan**

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang di laksanakan untuk mengumpulkan data dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Standar dokumentasi pengkajian bersifat sistematis, komprehensif, akurat,

terus – menerus dan berkelanjutan, sehingga didapatkan berbagai masalah pasien yang lengkap dari hasil pengkajian.

Tujuan Dokumentasi pengkajian adalah:

1. Untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan respon pasien terhadap masalah yang dapat mempengaruhi perawatan.
2. Untuk konsolidasi dan organisasi informasi yang didapat dari berbagai sumber tentang masalah kesehatan pasien sehingga dapat dianalisis dan diidentifikasi.
3. Untuk dapat di jadikan sebagai rujukan untuk ukuran dan perubahan kondisi pasien.
4. Untuk mengidentifikasi berbagai macam karakteristik serta kondisi pasien dan respons yang akan mempengaruhi perencanaan perawatan
5. Untuk menyediakan data yang cukup pada kebenaran hasil observasi terhadap respons pasien
6. Untuk menyediakan dasar pemikiran pada rencana keperawatan

Untuk mencapai tujuan ini, maka perawat menggunakan semua informasi yang ada tentang pasien yang di kumpulkan dari interview pasien, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, tes laboratorium dan tes diagnostik lainnya. Pengkajian harus lengkap dan seakurat mungkin.

#### **4.1.5.2 Dokumentasi Diagnosa Keperawatan**

Dokumentasi diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial. Perumusan diagnosa keperawatan adalah bagaimana diagnosa keperawatan digunakan dalam proses pemecahan masalah. Dengan menentukan atau menyelidiki penyebab masalah, akan dapat di jumpai faktor yang menjadi penyebabnya. Dengan menggambarkan tanda dan gejala, akan memperkuat masalah yang ada.

Tujuan pencatatan diagnosa keperawatan adalah:

1. Menyampaikan masalah pasien dalam istilah – istilah yang dapat di mengerti untuk semua perawat
2. Mengenali masalah – masalah pasien yang utama pada pengkajian data
3. Mengenali perkembangan tindakan keperawatan

#### **4.1.5.3 Dokumentasi Rencana Keperawatan**

Dokumentasi rencana keperawatan adalah catatan tentang penyusunan rencana tindakan yang akan di lakukan. Hal ini di lakukan untuk menanggulangi masalah dengan dengan cara mencegah, mengurangi, dan menghilangkan masalah. Selain itu, untuk memberikan kesempatan pada perawat, klien, keluarga, serta orang terdekat dalam merumuskan rencana tindakan. Perawat menggunakan proses pemecahan masalah untuk memprioritaskan masalah klien dan mendapatkan informasi keperawatan dan pengaturan permasalahan tiap – tiap klien dan pelaksanaan keperawatan untuk mengobati keadaan klien.

Tujuan dokumentasi rencana keperawatan adalah:

1. Konsolidasi dan organisasi informasi pasien sebagai sumber dokumentasi
2. Sebagai alat dokumentasi perawat dan klien
3. Sebagai alat komunikasi antar - anggota tim kesehatan
4. Langkah dari proses keperawatan ( pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi ) yang merupakan rangkaian yang tidak dapat di pisahkan.

#### **4.1.5.4 Dokumentasi Intervensi Keperawatan**

Dokumentasi intervensi keperawatan adalah catatan tentang tindakan yang di berikan oleh perawat. dokumentasi intervensi keperawatan melaksanakan rencana perawatan, pemenuhan kriteria hasil dari tindakan keperawatan mandiri, dan tindakan kolaboratif.

Tujuan dokumentasi intervensi keperawatan yaitu sebagai pengantar untuk mengatur tindakan keperawatan berdasarkan respon pasien terhadap masalah kesehatannya, dengan sasaran mencegah, menghilangkan atau meminimalkan penyebab yang mempengaruhi status kesehatan dan mencegah masalah baru yang timbu.

#### **4.1.5.5 Dokumentasi Evaluasi Keperawatan**

Dokumentasi evaluasi keperawatan adalah catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang di capai.

Tujuan dokumentasi evaluasi keperawatan adalah:

1. Untuk menilai keefektifan perawatan

2. Memberi informasi yang bermanfaat untuk memutuskan apakah mengawali, melanjutkan, memodifikasi atau menghentikan tindakan keperawatan.
3. Memberi bukti revisi untuk perencanaan perawatan yang berdasarkan pada catatan penilaian ulang.

## **4.2 Pendokumentasian Pengkajian Gawat Darurat**

### **4.2.1 Pengkajian**

Menurut Standar Praktik ENA Yang berkaitan dengan pengkajian,” Perawat Gawat Darurat harus melakukan pengkajian yang akurat dan kontinu terhadap masalah fisik dan psikososial pasien di UGD”(ENA,1995b).

Instalasi gawat darurat harus selalu dalam keadaan siap siaga. Individu dari berbagai usia dengan masalah pada satu atau semua system tubuh dapat datang kapan saja ke UGD. Perawat gawat darurau harus siap mengenali adanya abnormalitas pada system yang berpartisipasi dalam penatalaksanaan medis yang tepat, baik untuk pengobatan dan pembedahan umum, maupun pediatric, remaja, dan geiatri. Kondisi khusus juga dapat terjadi, seperti gagal ginjal, trauma, maksilofasial, dermatologi ( misal, luka bakar ) dan jenis kasus lainnya. Tidak ada batasan terhadap pasien yang datang ke UGD. Oleh karena itu tidak ada alasan bagi perawat yang tidak dapat mengkaji pasiennya dengan tepat.

### **4.2.2 Pendekatan Pengkajian yang terorganisir**

Mengikuti pengkajian yang terorganisasi merupakan hal yang sangat penting, tetapi yang paling penting adalah gagasan bahwa setiap perawat

harus membuat dan menggunakan secara konsisten. Area pengkajian pertama harus selalu pengkajian sisten kardiovaskuler dan respirasi termasuk tanda vital. Pengkajian tersebut merupakan pengkajian utama yang dimandatkan pada semua pasien, tanpa memedulikan keeluhanya. Pemeriksaan ini hanya membutuhkan waktu 30 detik, dan sudah termasuk pengkajian jalan napas, pernapasan dan sirkulasi. Tanda vital merupakan indikator yang signifikan dari kondisi saat ini dan kondisi berikutnya. Pemeriksaan umum dapat dilakukan secara bersamaan dengan pemeriksaan utama, meluas ke area seperti tingkat kesadaran, kualitas bicara, organisasi pikiran, tampilan umum, dan tingkat distress. Satu aspek yang sangat penting dari pengkajian adalah pembentukan hubungan terapeutik.

Adapun pengkajian utama yang lain adalah meliputi pengkajian A, B, C, dan D, yaitu :

### **1. Pengkajian Airway**

Tindakan pertama kali yang harus dilakukan adalah memeriksa responsivitas pasien dengan mengajak pasien berbicara untuk memastikan ada atau tidaknya sumbatan jalan nafas. Seorang pasien yang dapat berbicara dengan jelas maka jalan nafas pasien terbuka (Thygerson, 2011). Pasien yang tidak sadar mungkin memerlukan bantuan *airway* dan ventilasi. Tulang belakang leher harus dilindungi selama intubasi endotrakeal jika dicurigai terjadi cedera pada kepala, leher atau dada. Obstruksi jalan nafas paling sering disebabkan oleh obstruksi lidah pada kondisi pasien tidak sadar (Wilkinson & Skinner, 2000).

Yang perlu diperhatikan dalam pengkajian *airway* pada pasien antara lain :

- 1 Kaji kepatenan jalan nafas pasien. Apakah pasien dapat berbicara atau bernafas dengan bebas?
- 2 Tanda-tanda terjadinya obstruksi jalan nafas pada pasien antara lain:
  - 1) *Adanya snoring* atau *gurgling*
  - 2) Stridor atau suara napas tidak normal
  - 3) Agitasi (hipoksia)
  - 4) Penggunaan otot bantu pernafasan / *paradoxical chest movements*
  - 5) Sianosis
- 3 *Look* dan *listen* bukti adanya masalah pada saluran napas bagian atas dan potensial penyebab obstruksi :
  - 1) Muntahan
  - 2) Perdarahan
  - 3) Gigi lepas atau hilang
  - 4) Gigi palsu
  - 5) Trauma wajah
- 4 Jika terjadi obstruksi jalan nafas, maka pastikan jalan nafas pasien terbuka.
- 5 Lindungi tulang belakang dari gerakan yang tidak perlu pada pasien yang berisiko untuk mengalami cedera tulang belakang.
- 6 Gunakan berbagai alat bantu untuk mempatenkan jalan nafas pasien sesuai indikasi :
  - 1) *Chin lift/jaw thrust*
  - 2) Lakukan suction (jika tersedia)

- 3) *Oropharyngeal airway/nasopharyngeal airway, Laryngeal Mask Airway*
- 4) Lakukan intubasi.

## 2. Pengkajian *Breathing* (Pernafasan)

Pengkajian pada pernafasan dilakukan untuk menilai kepatenan jalan nafas dan keadekuatan pernafasan pada pasien. Jika pernafasan pada pasien tidak memadai, maka langkah-langkah yang harus dipertimbangkan adalah: dekompresi dan drainase tension pneumothorax/haemothorax, *closure of open chest injury* dan ventilasi buatan (Wilkinson & Skinner, 2000).

Yang perlu diperhatikan dalam pengkajian *breathing* pada pasien antara lain :

- 1 *Look, listen* dan *feel*; lakukan penilaian terhadap ventilasi dan oksigenasi pasien.
  - 1) Inspeksi dari tingkat pernapasan sangat penting. Apakah ada tanda-tanda sebagai berikut : cyanosis, *penetrating injury, flail chest, sucking chest wounds*, dan penggunaan otot bantu pernafasan.
  - 2) Palpasi untuk adanya : pergeseran trakea, fraktur ruling iga, *subcutaneous emphysema*, perkusi berguna untuk diagnosis *haemothorax* dan *pneumotoraks*.
  - 3) Auskultasi untuk adanya : suara abnormal pada dada.
- 2 Buka baju pasien dan observasi pergerakan dinding dada pasien jika perlu.

- 3 Tentukan laju dan tingkat kedalaman nafas pasien; kaji lebih lanjut mengenai karakter dan kualitas pernafasan pasien.
- 4 Penilaian kembali status mental pasien.
- 5 Dapatkan bacaan *pulse oksimetri* jika diperlukan
- 6 Pemberian intervensi untuk ventilasi yang tidak adekuat dan / atau oksigenasi:
  - 1) Pemberian terapi oksigen
  - 2) Bag-Valve Masker
  - 3) Intubasi (endotrakeal atau *nasal* dengan konfirmasi penempatan yang benar), jika diindikasikan
  - 4) Catatan: defibrilasi tidak boleh ditunda untuk *advanced airway procedures*
- 7 Kaji adanya masalah pernapasan yang mengancam jiwa lainnya dan berikan terapi sesuai kebutuhan.

### 3. Pengkajian *Circulation*

Shock didefinisikan sebagai tidak adekuatnya perfusi organ dan oksigenasi jaringan. Hipovolemia adalah penyebab syok paling umum pada trauma. Diagnosis shock didasarkan pada temuan klinis: hipotensi, takikardia, takipnea, hipotermia, pucat, ekstremitas dingin, penurunan *capillary refill*, dan penurunan produksi urin. Oleh karena itu, dengan adanya tanda-tanda hipotensi merupakan salah satu alasan yang cukup aman untuk mengasumsikan telah terjadi perdarahan dan langsung mengarahkan tim untuk melakukan upaya menghentikan pendarahan. Penyebab lain yang mungkin

mempunyai perhatian segera adalah: *tension pneumothorax*, *cardiac tamponade*, *cardiac*, *spinal shock* dan *anaphylaxis*. Semua perdarahan eksternal yang nyata harus diidentifikasi melalui paparan pada pasien secara memadai dan dikelola dengan baik (Wilkinson & Skinner, 2000).

Langkah-langkah dalam pengkajian terhadap status sirkulasi pasien, antara lain :

- 1 Cek nadi dan mulai lakukan CPR jika diperlukan.
- 2 CPR harus terus dilakukan sampai defibrilasi siap untuk digunakan.
- 3 Kontrol perdarahan yang dapat mengancam kehidupan dengan pemberian penekanan secara langsung.
- 4 Palpasi nadi radial jika diperlukan:
  - 1) Menentukan ada atau tidaknya
  - 2) Menilai kualitas secara umum (kuat/lemah)
  - 3) Identifikasi *rate* (lambat, normal, atau cepat)
  - 4) *Regularity*
- 5 Kaji kulit untuk melihat adanya tanda-tanda hipoperfusi atau hipoksia (*capillary refill*).
- 6 Lakukan treatment terhadap hipoperfusi

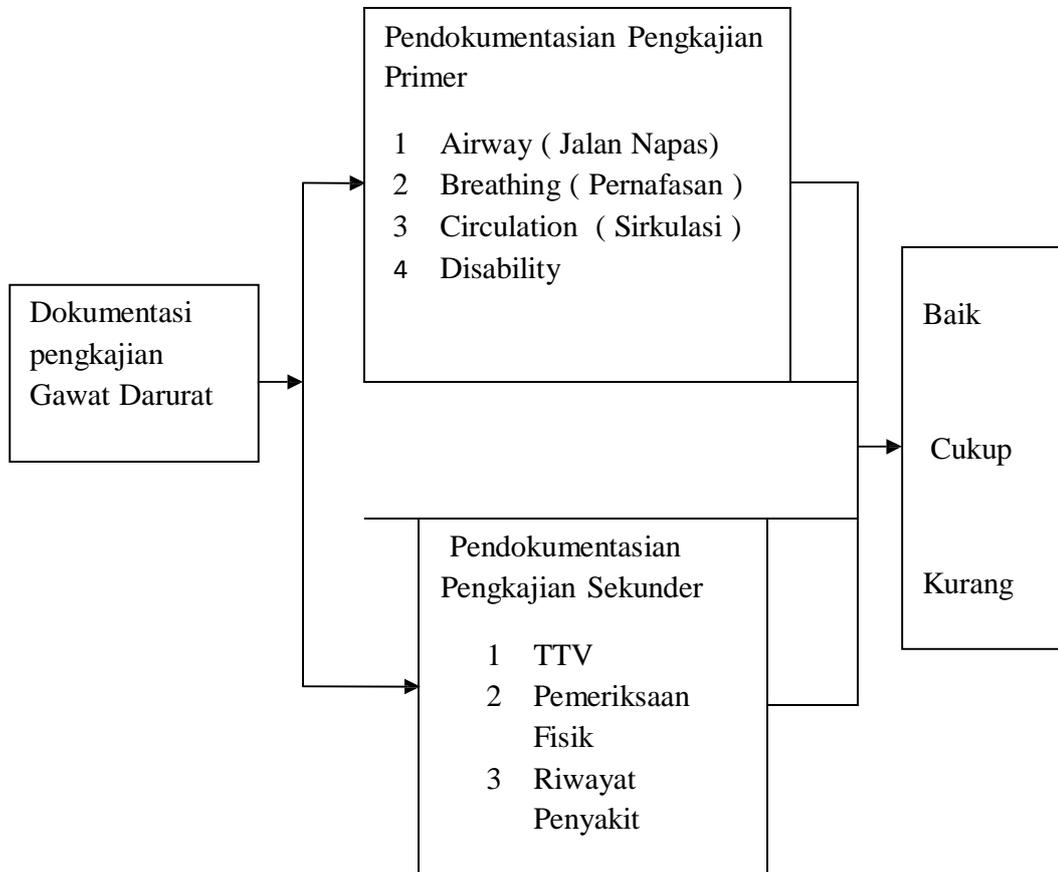
#### **4. Pengkajian *Level of Consciousness* dan *Disabilities***

Pada *primary survey*, *disability* dikaji dengan menggunakan skala AVPU :

- 1 A - *alert*, yaitu merespon suara dengan tepat, misalnya mematuhi perintah yang diberikan;

- 2 V - *vocalises*, mungkin tidak sesuai atau mengeluarkan suara yang tidak bisa dimengerti;
- 3 P - *responds to pain only* (harus dinilai semua keempat tungkai jika ekstremitas awal yang digunakan untuk mengkaji gagal untuk merespon);
- 4 U - *unresponsive to pain*, jika pasien tidak merespon baik stimulus nyeri maupun stimulus verbal.

### 4.3 KERANGKA KONSEP



Keterangan :



: Variable yang diteliti

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuantitatif dengan rancangan deskriptif dengan metode survey untuk menilai sejauh mana penerapan dokumentasi pengkajian keperawatan yang dilakukan perawat di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang.

#### **3.2 Populasi Dan Sampel**

##### **3.2.1 Populasi**

Populasi merupakan keseluruhan dari salah satu variable yang menyangkut masalah yang akan diteliti, variabel tersebut bisa berupa orang, kejadian, perilaku atau sesuatu lain yang akan dilakukan penelitian (Nursalam, 2001). Populasi adalah Keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoadmodjo, 2012). Populasi adalah subjek (misalnya: manusia, klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2013).

Adapun populasi dalam penelitian ini adalah hasil Dokumentasi yang berjumlah 40 dokumentasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof Dr. W.Z Johannes Kupang yang berjumlah 40 Orang .

##### **3.2.2 Sampel**

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih dari sampling tertentu, untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam, 2001).

Besar sampel yang di gunakan dalam penelitian ini adalah total populasi 40 Dokumentasi keperawatan yang dilakukan perawat di Instalasi Gawat Darurat. Ada pun kriteria inklusi dan eksklusinya sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003)

kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

1. Catatan yang baru di isi oleh perawat setelah melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang di isi oleh perawat saja
2. Pasien yang di observasi di Instalasi Gawat Darurat yang sudah berada kurang lebih satu jam atau lebih.

2. Kriteria ekskulif

Menurut Narusalam (2003) kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi karena

1. Dokumentasi pengkajian yang kosong
2. Dokumentasi pengkajian yang tidak gawat darurat

### **3.3 Waktu Dan Tempat**

Penelitian ini akan dilaksanakan di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang pada bulan Maret 2015-April 2015

### **3.4 Variabel Penelitian**

Variabel adalah Karakteristik yang akan di ukur atau karakteristik yang akan di teliti (Florentianus, 2014). Variabel penelitian dalam penelitian ini

merupakan variabel tunggal yaitu proses pendokumentasian pengkajian keperawatan di IGD RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

### 3.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Skala
Pendokumentasian pengkajian Primer	Pencatatan tentang hal penting pasien yang meliputi pengkajian airway, breathing, circulation, disability, dan exposure yang di lakukan di ruangan UGD	Kuesioner	Ordinal	Baik: 70-100%  Cukup: 60-70%  Kurang: 10- 50%
Pendokumentasian Pengkajian Sekunder	Pencatatan tentang data tambahan pasien di IGD yang meliputi Pemeriksaan TTV, Pemeriksaan fisik, dan Riwayat Kesehatan.	Kuisisioner	Ordinal	Baik: 70-100%  Cukup: 60-70%  Kurang: 10-50%

### 3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang di gunakan untuk mengukur variable, artinya instrument harus sesuai dengan variable yang akan dibuat (Florentianus, 2014).

Instrumen yang di gunakan dalam penelitian ini adalah lembaran check list yang berisi pertanyaan tentang pendokumetasian pengkajian keperawatan baik

primer maupun sekunder di Ruang IGD RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Jawaban untuk setiap pertanyaan yang lengkap diberi skor 3, kurang lengkap 2 dan tidak lengkap diberi skor 1. Jumlah pertanyaan primer adalah 21 pertanyaan dengan skor tertinggi pendokumentasian primer adalah 63 dan terendah 21, lalu jawaban ini di kategorikan menjadi baik jika mendapatkan skor 70-100%, cukup 60-70%, dan kurang 10-50% sedangkan untuk pengkajian sekunder dengan jumlah pertanyaan 12 dan total skor tertinggi 36 dan yang terendah 12, lalu jawaban ini di kategorikan menjadi baik jika mendapatkan skor 70-100%, cukup 60-70%, dan kurang 10-50%.

### **3.7 Prosedur Penelitian**

Prosedur-prosedur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1 Prosedur penelitian ini diawali dengan mengajukan surat pengantar ke RSUD. Prof.W.Z. Yohanes Kupang untuk mendapat persetujuan izin dalam meneliti.
- 2 Proses penelitian di lakukan secara rinci.
- 3 Penelitian ini di lakukan dengan Studi Dokumentasi, Mengambil dokumentasi keperawatan yang telah di isi oleh perawat.
- 4 Setelah dilakukan pengumpulan data, selanjutnya data akan diolah dan dianalisa.

### **3.8 Cara Pengolahan Dan Analisa Data**

Analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang mengungkap fenomena. Data mentah yang didapat, tidak dapat menggambarkan informasi

yang diinginkan untuk menjawab masalah penelitian (Nursalam, 2008). Dalam melakukan analisa data, terlebih dahulu harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam statistik informasi yang diperoleh dipergunakan untuk proses pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis. Dalam pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

1. Editing

Upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

2. Coding

Merupakan kegiatan pemberian kode pada jawaban angka, hal ini dimaksud agar lebih mudah dalam melakukan tabulasi dan analisa data.

3. Tabulating

Memasukan data kedalam tabel dan mengatur semua angka sehingga dapat dihitung sebagai kategori (Nasir, 2003).

4. Uji statistic

Dalam penelitian ini menggunakan uji spearman Rank uji ini digunakan untuk mengukur tingkat atau eratnya hubungan antara dua variabel yang berskala ordinal (Hidayat, 2009).

### 3.9 Etika Dalam Penelitian

Dalam penelitian ini , etika penelitian menunjuk pada prinsip – prinsip etis yang di terapkan dalam kegiatan penelitian. Dalam melaksanakan penelitian ada empat prinsip yang harus di pegang teguh ( Milton, 1999 ) yakni,

1. Menghargai harkat dan martabat manusia

Peneliti harus menghormati harkat dan martabat subjek penelitian, dan peneliti harus menyiapkan formulir persetujuan subjek ( *inform consent* )

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan sebjek penelitian

Peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek. Peneliti sebaiknya cukup menggunakan *coding* sebagai pengganti indentitas responden.

3. Keadilan dan keterbukaan

Lingkungan penelitian perlu di kondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan dengan menjelaskan prosedur penelitian. Dan prinsip keadilan ini menjamin semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan gender, agama, etnis dan sebagainya.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil Penelitian

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 09 Maret 2015-09 April 2015 di Ruang IGD RSUD.Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang. RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang merupakan Rumah Sakit tipe B dan merupakan Rumah Sakit rujukan dari seluruh Rumah Sakit pemerintah dan swasta maupun puskesmas di seluruh kabupaten maupun kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Jumlah perawat di ruangan instalasi gawat darurat sebanyak 40 orang dengan tingkat pendidikan antara lain : SPK (3 orang), D1 (1 orang), D3(28 orang), D4(4 orang), S1 Keperawatan (1 orang), S1 FKM (3 orang).

##### 4.1.2 Karakteristik Responden

Berdasarkan data yang diperoleh pada pengisian lembar check list dari 40 responden, pada daftar biografi didapatkan karakteristik responden dilihat dari usia dan tingkat pendidikan.

**Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia**

No	Umur	Jumlah	Persentase
1	20-30 tahun	8	20
2	31-40 tahun	19	47,5
3	41-50tahun	12	30
4	>51 tahun	1	2,5
Jumlah		40	100%

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan usia diperoleh jumlah responden yang terbanyak berusia 31-40 tahun dengan presentase 47,5%.

**Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase
1	SPK	3	7,5
2	D I	1	2,5
3	D III	28	70
4	D IV	4	10
5	S I Kep	1	2,5
6	S I FKM	3	7,5
Jumlah		40	100%

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak adalah DIII Keperawatan dengan presentase 70%.

#### 4.1.3 Hasil Penelitian

##### 4.1.3.1 Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan Primer di Ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 09 Maret-09 April

**Tabel 4.3 Pendokumentasian Pengkajian Primer: *Airway, Breathing, Circulation* dan *Diability***

No	Pendokumentasian Penokaiian	Kategori					
		Baik		Cukup		Kurang	
		$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
1.	<b>Airway :</b>	15	<b>37.5</b>	10	<b>25</b>	15	<b>37.5</b>
2.	<b>Breathing :</b>	10	<b>25</b>	16	<b>40</b>	14	<b>35</b>
3.	<b>Circulation :</b>	25	<b>62.5</b>	12	<b>30</b>	3	<b>7.5</b>
4.	<b>Disability :</b>	19	<b>47.5</b>	17	<b>42.5</b>	4	<b>10</b>

*Data Primer (2015)*

Hasil penelitian di dapat pada pendokumentasian pengkajian primer yang dilakukan perawat pada ruangan IGD RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang sebagian besar pengkajian *Circulation* masuk dalam kategori baik sebanyak 62.5% dalam pendokumentasinya. Selanjutnya dapat dilihat pada tabel 4.3

**4.1.3.2 Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan Sekunder di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 09 Maret-09 April**

**Tabel 4.4 Pendokumentasian Pengkajian Sekunder : Tanda-tanda Vital, Pemeriksaan fisik dan pengkajian riwayat penyakit**

No	Pendokumentasian Pengkajian	Kategori					
		Baik		Cukup		Kurang	
		$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
1.	<b>Vital sign :</b>	21	<b>52.5</b>	16	<b>40</b>	3	<b>7.5</b>
2.	<b>Pemeriksaan fisik :</b>	7	<b>17.5</b>	13	<b>32.5</b>	20	<b>50</b>
3.	<b>Riwayat Penyakit :</b>	9	<b>22.5</b>	12	<b>30</b>	19	<b>47.5</b>

*Data Primer (2015)*

Hasil penelitian di dapat bahwa dari pendokumentasian pengkajian sekunder yang dilakukan perawat pada ruangan IGD RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang sebagian besar pengkajian mengenai *Vital Sign* masuk dalam kategori baik sebanyak 52.5% dalam pendokumentasiannya. Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.4.

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Pendokumentasian Pengkajian Primer

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan, pelaksanaan pendokumentasian pengkajian primer pada ruang IGD RSUD Prof Dr. W.Z Johannes Kupang sebagian besar pengkajian *Circulation* masuk dalam kategori baik dalam pendokumentasiannya

Pendokumentasian yang di laksanakan di Unit Gawat Darurat yang utama yaitu melakukan pengkajian kardiovaskuler, respirasi dan tanda-tanda vital. Pengkajian tersebut merupakan pengkajian utama di lakukan dalam waktu 30 detik dan termasuk pengkajian jalan napas, pernapasan dan sirkulasi. Setelah itu di lakukan pengkajian umum seperti tingkat kesadaran, kualitas bicara, pikiran, tampilan umum ( pakaian, hygiene, warna kulit, ekspresi wajah, postur aktivitas motorik, bau kulit atau bau napas), dan tingkat distress. Satu aspek yang sangat penting dari pengkajian adalah pembentukan hubungan terapeutik.

Hal ini terjadi karena mayoritas perawat di instalasi gawat darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang berpendapat bahwa dalam menagangani pasien gawat darurat yang terpenting adalah pengkajian terkait circulation, airway dan breahnting. Agar tidak terjadi kesalahan dalam penanganan pasien gawat darurat. sedangkan untuk pengajian lainnya dapat dilakukan setelah masalah utama pasien berkurang atau teratasi. Pendokumentasian hasil pengkajian yang baik tentunya sangat bergantung pada proses pengkajian yang perawat lakukan. Apabila

perawat tidak melakukan pengkajian dengan baik dan tepat, tentunya hasil yang didokumentasikan juga tidak baik.

Menurut Emergency Nursing Association(1995b), ada beberapa hal yang menyebabkan kurangnya pelaksanaan pendokumentasian secara akurat antara lain tingkat pendidikan dan pengetahuan serta beban kerja yang di pegang oleh perawat.

#### **4.2.2 Pendokumentasian pengkajian sekunder**

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan, pelaksanaan pendokumentasian pengkajian sekunder pada ruang IGD RSUD Prof Dr. W.Z Johannes Kupang sebagian besar pengkajian mengenai *Vital Sign* masuk dalam kategori baik dalam pendokumentasiannya.

Pendokumentasian pengkajian sekunder merupakan pendokumentasian pengkajian yang di lakukan setelah masalah Airway, Brething, Circulation, dan Disability dapat di atasi. Pengkajian sekunder terdiri dari pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan riwayat penyakit. Pengkajian *Vital Sign* merupakan pengukuran fungsi tubuh dan tanda klinis yang paling mendasar dan berguna untuk membantu menegakkan diagnosis suatu penyakit. Pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan dari suatu system atau suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat, meraba, mengetuk dan mendengar. Riwayat penyakit merupakan perjalanan awal mengapa seseorang terkena penyakit atau sakit yang di alami, disini perlu adanya ketelitian agar perawat atau dokter dapat mendiagnosis penyakit seorang pasien secara akurat. Riwayat

penyakit seorang pasien perlu dikaji secara cermat untuk menentukan terapi yang akan didapat oleh pasien.

Hal ini terjadi karena tindakan pemeriksaan tanda-tanda vital sudah menjadi tindakan wajib dalam penanganan pasien gawat darurat untuk memonitor perkembangan masalah kesehatan pasien sedangkan untuk pengkajian pemeriksaan fisik dan riwayat penyakit dilakukan seperlunya disesuaikan dengan penyakit pasien.

Hasil ini didukung oleh Ilyas, 2004 masalah yang di temukan di Indonesia dalam hal pendokumentasian adalah perawat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah beban kerja. Beban kerja berkaitan erat dengan produktifitas tenaga kesehatan, dimana 53,2% waktu yang benar-benar produktif yang digunakan pelayanan kesehatan langsung dan sisanya 39,9% digunakan untuk kegiatan penunjang. Besarnya beban kerja perawat menyebabkan kebanyakan perawat akan melakukan pengkajian jika menurut mereka itu diperlukan. Banyak perawat tidak melakukan pengkajian sekunder dengan lengkap disaat pasien tersebut bukanlah pasien yang gawat.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di instalasi gawat darurat RSUD W. Z. Johannes Kupang oleh peneliti, hampir semua pendokumentasian pengkajian masuk dalam kategori baik dengan rincian sebagai berikut :

1. Sebagian besar hasil pendokumentasian pengkajian primer masuk kategori baik
2. Sebagian besar hasil pendokumentasian pengkajian sekunder masuk kategori kurang

#### **5.2 Saran**

##### **5.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan untuk memperbaiki mutu pelayanan kesehatan di ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes khususnya dalam melakukan pendokumentasian pengkajian keperawatan.

##### **5.2.2 Bagi Perawat**

Perawat perlu meningkatkan pengetahuan dan pengalaman yang ada dalam pelaksanaan pendokumentasian pengkajian keperawatan.

##### **5.2.3 Bagi Almamater**

Sebagai bahan informasi atau bahan perbandingan bagi mereka yang berminat melakukan penelitian selanjutnya dan penelitian ini dapat dijadikan media untuk mengembangkan dan menerapkan ilmu pengetahuan yang diperoleh khususnya dalam bidang keperawatan.

## Daftar Pustaka

- Aziz Alimul Hidayat, 2002. *Dokumentasi Proses Keperawatan*, cetakan Jakarta EGC
- Data Primer 2014
- Nasrul Efendy. *Pengantar Proses Keperawatan*. Jakarta EGC 1995
- Lyer, P.W., Camp, N.H. (2005). *Dokumentasi Keperawatan, Suatu Pendekatan Proses Keperawatan, Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Nursalam 2008. *Proses dan Dokumentasi keperawatan konsep dan praktik. Edisi 2* Jakarta Salemba Medika
- Nursalam 2001. *Metodologi Riset keperawatan* Cv Sagung Seto. Jakarta
- Notoadmojo 2005 *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta; Jakarta
- Thygerson, Alton. (2006). *First aid 5<sup>th</sup> edition*. Alih bahasa dr. Huriawati Hartantnto. Ed. Rina Astikawati. Jakarta : PT. Gelora Aksara Pratama.
- Wilkinson, Douglas. A., Skinner, Marcus. W. (2000). *Primary trauma care standard edition*. Oxford : *Primary Trauma Care Foundation*. ISBN 0-95-39411-0-8.
- <http://ZairifBlog>. Blogspot. Com/2011/01/ *Konsep-Konsep dasar Gawat*. Html
- <http://abique>. Blogspot. Com/2009/10. *Konsep Dasar keperawatan Gawat Darurat*

