

PENGEMBANGAN FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT BERBASIS SDKI, SLKI, DAN SIKI

Nelly Hermala Dewi¹, Eti Suryati², Fertin Mulyanasari³,
Lisnawati Yupartini⁴
Universitas Sultan Ageng Tirtayasa^{1,2,3,4}
nelly.hd@untirta.ac.id¹

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengembangan format dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI, mutu pengembangan format, dan mutu dokumentasi pengembangan format tersebut di Ruang Gawat Darurat RSUD Dradjat Prawiranegara Serang Banten. Metode penelitian yaitu *research and development*. Hasil penelitian ini adalah ditetapkan diagnosis keperawatan yang sesuai dengan pengkajian primer, mutu pengembangan format dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat secara *functionally, efficiency, dan usability* baik. Mutu dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat meliputi kelengkapan, akurasi, relevansi, dan kebaruan baik. Simpulan, format dokumentasi asuhan keperawatan berbasis SDKI, SLKI, SIKI dapat digunakan di ruang gawat darurat untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

Kata Kunci : Dokumentasi Asuhan Keperawatan Gawat Darurat, SDKI, SLKI, SIKI

ABSTRACT

This study aims to determine the development of the emergency nursing care documentation format based on the IDHS, SLKI, and SIKI, the quality of the format development, and the quality of the documentation for the development of the design in the Emergency Room of Dradjat Prawiranegara Hospital Serang Banten. The research method is Research and Development. The result of this research is that the nursing diagnosis is determined according to the primary assessment. The quality of developing the emergency nursing care documentation format is functional, efficient, and usable. And the quality of emergency nursing care documentation includes completeness, accuracy, relevance, and good novelty. In conclusion, the format of nursing care documentation based on IDHS, SLKI, SIKI can be used in the emergency room to improve the quality of nursing care.

Keywords: Documentation of Emergency Nursing Care, IDHS, SLKI, SIKI

PENDAHULUAN

Pelayanan keperawatan gawat darurat sangat vital di rumah sakit, karena pelayanan tersebut bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan meminimalkan kecatatan yang terjadi pada pasien. Pelayanan gawat darurat meliputi tindakan medis yang diberikan pasien yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecatatan. Kondisi kegawatan dapat terjadi

dimana saja sehingga menjadikan perawat sebagai bagian dari tim kesehatan harus siap mengadakan asuhan gawat darurat. Asuhan keperawatan gawat darurat yang dilakukan di ruang gawat darurat harus dilakukan secara sistematis, cepat, tepat, dan akurat agar keadaan pasien selamat dan stabil, serta didukung oleh sarana dan prasarana dan sistem kerja efisien dan efektif, diantaranya dengan penggunaan dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat sebagai salah satu bentuk komunikasi perawat (PPNI, 2017; PPNI, 2019; PPNI, 2018; Vafaei et al., 2018).

Pelayanan kegawatdaruratan diberikan kepada pasien yang mengancam nyawa, membahayakan diri dan lingkungannya, meliputi sumbatan jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi, adanya penurunan kesadaran, adanya gangguan hemodinamik, dan adanya yang memerlukan tindakan segera (Permenkes No 47 Thn 2018 Tentang Pelayanan Kegawat Daruratan, 2018). Asuhan keperawatan gawat darurat yang harus dilaksanakan di ruang gawat darurat meliputi tiase, pengkajian secara primer dan sekunder. Pengkajian primer pada pasien trauma meliputi *airway, breathing, circulation, disability, dan exposure*. Pengkajian pada pasien non trauma meliputi *airway, breathing, circulation, defibrillation/ drugs, differential diagnosis, dan electrolyte imbalance*, dan pengkajian sekunder meliputi *head to toe*, dilanjutkan retriase, penentuan diagnosis keperawatan, penentuan intervensi, implementasi, dan evaluasi (Vafaei et al., 2018; Frink et al., 2017).

Untuk melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan, praktik keperawatan harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional yang sesuai dengan pasal 28 Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan yang telah disusun oleh organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Standar yang dimaksud meliputi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pelayanan keperawatan gawat darurat memerlukan penanganan secara terpadu dari multi disiplin dan multi profesi (PPNI, 2017; PPNI, 2019; PPNI, 2018).

Pelayanan profesional keperawatan memiliki metodologi yang menjamin tercapainya tujuan dengan optimal dan dapat dipertanggung-jawabkan secara moral dan hukum, metode itu adalah proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan inti praktik keperawatan dan sekaligus isi pokok dokumentasi keperawatan. Pengelompokan dokumentasi keperawatan mengikuti tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum dan moral (Tajabadi et al., 2020).

Sejalan dengan perkembangan ilmu dan teknologi saat ini perawat sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan dituntut untuk selalu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan dokumentasi keperawatan, yang terdiri dari diagnosis keperawatan, luaran keperawatan, dan intervensi keperawatan (Ioanna et al., 2017).

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai derajat kesehatan yang optimal (PPNI, 2017; Asmirajanti et al., 2019; Kamil et al., 2018). Luaran keperawatan akan menjadi acuan bagi perawat dalam menetapkan kondisi atau status kesehatan seoptimal mungkin yang diharapkan dapat dicapai oleh klien setelah pemberian intervensi keperawatan (PPNI, 2019; Akhu-Zaheya et al., 2018). Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas (PPNI, 2018; Akhu-Zaheya et al., 2018).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dradjat Prawiranegara merupakan salah satu rumah sakit rujukan di Provinsi Banten. Pasien yang datang ke ruang gawat darurat rumah sakit ini dengan tingkat keparahan yang beragam. Di ruang Gawat Darurat RSUD Dradjat Prawiranegara Serang Banten saat ini telah menggunakan format asuhan keperawatangawat darurat, namun belum berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI. Fokus penanganan masalah di ruang gawat darurat untuk menyelamatkan nyawa, stabilisasi pasien, dan meminimalkan kecacatan yang terjadi pada pasien. Keadaan tersebut membuat asuhan keperawatan gawat darurat yang dilakukan belum terdokumentasi secara mutakhir mengikuti perkembangan dokumentasi asuhan keperawatan yang sesuai dengan organisasi profesi PPNI Indonesia. Format asuhan keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI sangat dibutuhkan untuk memudahkan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan gawat darurat yang mengikuti perkembangan IPTEK keperawatan, sehingga pelayanan pasien gawat darurat dilaksanakan secara efektif dan efisien.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian dan pengembangan atau *research and development*, yaitu untuk menghasilkan produk tertentu dan menguji keefektifan produk tersebut. Produk baru yaitu format dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat yang berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI. Untuk dapat menghasilkan produk ini dibutuhkan penelitian yang bersifat analisis yaitu melalui *focus group discussion*, dan untuk mengetahui keefektifan produk ini dilakukan uji coba oleh perawat ruang gawat darurat dan penilaian komite keperawatan RSUD Dradjat Prawiranegara Serang Banten, jadi penelitian dan pengembangan bersifat longitudinal/bertahap.

Penelitian ini telah dilaksanakan sejak April s.d. November 2020 di ruang IGD RSUD Dradjat Prawiranegara Serang Banten, dengan sampel 31 orang perawat IGD dan 10 anggota komite keperawatan RSUD Dradjat Prawiranegara Serang Banten. Alat pengumpulan data yang telah digunakan adalah kuisisioner dan lembar observasi. Kuisisioner terdiri dari *Efficiency* dan *Usability* pengembangan format dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat. Lembar observasi digunakan untuk menilai mutu dokumentasi pengembangan format Asuhan keperawatan gawat darurat berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI.

HASIL PENELITIAN

Tabel. 1
Rencana Asuhan Keperawatan Gawat Darurat
Berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI

Data	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		Jalan napas/ Airway	
Objektif	Bersihkan jalan	Bersihkan jalan napas	Insersi jalan napas
Batuk tidak efektif	napas tidak	meningkat,	Manajemen asma
Tidak mampu	efektif	kriteria hasil	Manajemen jalan
batuk		Batuk efektif meningkat	napas buatan
Sputum berlebih		wheezing dan/atau ronkhi	Penghisapan jalan
Mengi, wheezing		kering menurun	napas
dan/atau ronkhi		Meconium di jalan napas	Pencegahan aspirasi
kering		(pada bayi) menurun	Latihan batuk

Meconium di jalan napas (pada bayi)			efektif Pengaturan posisi Terapi oksigen
Pernapasan/ Breathing			
Subjektif Dipsnea Objektif Penggunaan otot bantu pernapasan Fase ekspirasi memanjang, Inspirasi:ekspirasi = detik : detik Pola napas abnormal, kusmaul, cheyne stokes	Pola napas tidak efektif	Pola napas membaik, kriteria hasil : Dipsnea menurun Penggunaan otot bantu napas menurun Pernapasan cuping hidung menurun Frekuensi napas membaik Saturasi oksigen meningkat	Pemantauan respirasi Terapi oksigen Dukungan ventilikasi Manajemen ventilasi mekanik Manajemen jalan napas
Mayor Subjektif Dipsnea Objektif PCO2 meningkat/menurun, nilai PCO2 PO2 menurun, nilai PO2..... Takikardia, nadix/ menit pH arteri Bunyi napas tambahan, bunyi napas tambahan: snoring, stridor, crowing, rochi, wheezing, gurgling	Gangguan pertukaran gas	Pertukaran gas meningkat Kriteria hasil : Tingkat kesadaran meningkat Dyspnea menurun Gelisah menurun Nafas cuping hidung menurun PCO2 membaik PO2 membaik Takikardia membaik PH arteri membaik Sianosis membaik Pola nafas membaik	
Subjektif dispneu Objektif penggunaan otot bantu nafas meningkat volume tidal menurun pco2 meningkat po2 menurun SAO2 menurun	Gangguan ventilasi spontan	Ventilasi spontan meningkat Kriteria hasil : Volume tidal meningkat Dispnea menurun Penggunaan otot bantu menurun Gelisah meurun PCO2 membaik PO2 membaik Takikardia membaik	
Sirkulasi/ Circulation			
Subjektif Ortopnea Dispnea <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND) Objektif Edema anasarka	Hipervolemia	Keseimbangan cairan meningkat Kriteria hasil : Haluaran urin meningkat Kelembapan membrane mukosa meningkat Edema menurun Tekanan darah membaik	Inseri intravena Manajemen aritmia Manajemen defibrilasi Manajemen perdarahan Resusitasi cairan Manajemen syok

dan/atau edema perifer		Denyut nadi radial membaik	Transfusi darah
Berat badan meningkat dalam waktu singkat		Tekanan arteri rata-rata membaik	Manajemen asam-basa
<i>Jugular Venous Pressure</i> (JVP)/atau <i>Cental Venous Pressure</i> (CVP)		Jugular veneous Pressure (JPV) membaik	Resusitasi jantung paru
Subjektif	Hipovolemia	Status cairan membaik	
Tidak tersedia		Kriteria hasil :	
Objektif		Kekuatan nadi meningkat	
Frekuensi nadi meningkat		Membrane mukosa lembab meningkat	
Nadi terasa lemah		Output urine meningkat	
Tekanan darah menurun		Tekanan darah membaik	
Turgor kulit menurun		Tekanann nadi membaik	
Membrane mukosa kering		Membrane mukosa membaik	
Volume urine menurun		Kadar Hb, HT membaik	
Hematokrit meningkat		Status mental membaik	
		Suhu tubuh membaik	
Subjektif	Penurunan curah jantung	Curah jantung meningkat	
Palpitasi		Kriteria hasil :	
Ortopnea		Kekuatan nadi perifer meningkat	
Batuk		Palpitasi menurun	
Objektif		Bradikardia menurun	
Perubahan Irama Jantung		Takikardia menurun	
Bradikardia / Takikardia		Gambaran EKG aritmia menurun	
Gambaran EKG Aritmia Atau		Lelah menurun	
Edema		Edema menurun	
Distensi Vena Jugularis		Dyspnea menurun	
Central Venous Pressure (CVP)		Oliguria menurun	
Meningkat/ Menurun		Sianosis menurun	
Tekanan Darah		Paroxysmal nocturnal dyspnea menurun	
Meningkat/ Menurun		Ortopnea menurun	
Nadi Periper		CRT membaik	
Teraba Lemah		Cntral veneous pressure membaik	
Cappillary Refill Time > 3 Detik			
Oliguria			
Warna Kulit Pucat Dan Atau Sianosis			

Subjektif Tidak tersedia Objektif Frekuensi nadi <50 x/menit atau > 150x/ menit Tekanan darah sistolik <60mmhg atau > 200mmhg Frekuensi nafas <6x/ menit atau >30x/ menit	Gangguan sirkulasi spontan	Sirkulasi spontan meningkat Kriteria hasil : Tingkat kesadaran meningkat Frekuensi nadi menurun Tekanan darah menurun Frekuensi napas menurun Suhu tubuh menurun Saturasi oksigen menurun Gambaran EKG aritmia menurun Produksi urine menurun	
Subjektif Tidak tersedia Objektif Pengisian kapiler >3 detik Nadi perifer menurun atau tidak teraba Akral teraba dingin Warna kulit pucat Turgor kulit menurun	Perfusi perifer tidak efektif	Perfusi perifer meningkat Kriteria hasil : Denyut nadi perifer meningkat Warna kulit pucat menurun Akral membaik Tekanan darah sistolik membaik Tekanan darah diastolik membaik Tekanan arteri rata-rata membaik	
Subjektif Sakit kepala Objektif Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (<i>pulse pressure</i>) melebar Bradikardia Pola napas irreguler Tingkat kesadaran menurun Respon pupil melambat atau tidak sama Refleks neurologis terganggu	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	Kapasitas adaptif intracranial meningkat Kriteria hasil : Tingkat kesadaran meningkat GCS..... Muntah menurun Postur deserebrasi (ekstensi) menurun Tekanan darah membaik Tekanan nadi membaik Bradikardia membaik Pola napas membaik Respon pupil membaik Refleks neurologis membaik	Pemantauan neurologis Manajemen kejang Manajemen peningkatan tekanan intra kranial
Subjektif Mengeluh nyeri Skala nyeri: ... <i>FLCC Behavioral Pain Scale</i> untuk usia kurang dari 3 tahun <i>Baker-Wong- FACES scale</i> untuk usia 3-7 tahun <i>Visual analog scale/ numeric scale</i> untuk usia di atas 7 tahun Objektif Nampak meringis	Nyeri akut	Tingkat nyeri menurun Kriteria Hasil : Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun Diaphoresis menurun Frekuensi nadi membaik Pola nafas membaik Tekanan darah membaik Proses berpikir membaik	Manajemen nyeri Balut tekan Pembidaian Perawatan luka Penjahitan luka

Bersikap protektif		
Gelisah		
Frekuensi nadi meningkat		
Sulit tidur		
Subjektif (Tidak Tersedia)	Gangguan integritas jaringan	Integritas kulit dan jaringan meningkat
Objektif	(kulit, mukosa, tulang)	Kriteria hasil :
Kerusakan jaringan/ lapisan kulit		Elastisitas meningkat
		Hidrasi meningkat
		Perfusi jaringan meningkat
		Kerusakan jaringan menurun
		Kerusakan lapisan kulit menurun
		Nyeri menurun
		Perdarahan menurun
		Kemerahan menurun
		Hematoma menurun
		Pigmentasi abnormal menurun
		Jaringan perut menurun
		Nekrosis menurun

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa pengembangan format asuhan keperawatan darurat berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI berdasarkan pengkajian primer *airway, breathing, circulation, disability, dan exposure*, format meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, luaran keperawatan, dan intervensi keperawatan, format ini dapat diisi dengan menandai (*checklist*) data sesuai dengan kondisi pasien.

Mutu Pengembangan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI

Functionality

Tabel. 2
Distribusi Frekuensi *Functionality* Pengembangan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI (n=10)

Format dokumentasi	Kriteria			
	Baik		Sedang	
	Frekuensi	Presentase %	Frekuensi	Presentase %
Pengkajian primer	9	90	1	10
Diagnosis	10	100	0	0
Luaran	9	90	1	10
Intervensi	8	80	2	20
Implementasi	9	90	1	10
Evaluasi	8	80	2	20

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa dari total 10 responden yang diteliti hampir seluruhnya menyatakan bahwa pengembangan format dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI dapat berfungsi baik.

Efficiency dan Usability

Tabel. 3
Distribusi Frekuensi Efficiency dan Usability Pengembangan Format Dokumentasi
Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI (n=31)

Format Dokumentasi	Kriteria			
	Baik		Kurang baik	
	Frekuensi	Presentase %	Frekuensi	Presentase%
Pengkajian primer	29	93,5	2	6,5
Diagnosis	30	96,8	1	3,2
Luaran	28	90,3	3	9,7
Intervensi	29	93,5	2	6,5
Implementasi	30	96,8	1	3,2
Evaluasi	30	96,8	1	3,2

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa dari total 31 responden yang diteliti diketahui hampir seluruhnya efficiency dan usability pengembangan format dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI adalah baik.

Mutu Dokumentasi Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI

Tabel. 4
Distribusi Frekuensi Mutu Dokumentasi Asuhan Keperawatan Gawat Darurat
Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI (n=31)

Parameter Mutu	Dokumentasi Asuhan Keperawatan	Katagori			
		Sedang		Baik	
		frekuensi	Presentase%	frekuensi	Presentase%
Kelengkapan	Pengkajian	1	3,2	30	96,8
	Diagnosis	1	3,2	30	96,8
	Luaran	3	9,7	28	90,3
	Intervensi	2	6,5	29	93,5
	Implementasi	3	9,7	28	90,3
	Evaluasi	3	9,7	28	90,3
Akurasi	Pengkajian	2	6,5	29	93,5
	Diagnosis	2	6,5	29	93,5
	Luaran	3	9,7	28	90,3
	Intervensi	2	6,5	29	93,5
	Implementasi	4	12,9	27	87,1
	Evaluasi	4	12,9	27	87,1
Relevansi	Pengkajian	2	6,5	29	93,5
	Diagnosis	0	0	31	100
	Luaran	2	6,5	29	93,5
	Intervensi	4	12,9	27	87,1
	Implementasi	3	9,7	28	90,3
	Evaluasi	2	6,5	29	93,5
Kebaruan	Pengkajian	3	9,7	28	90,3
	Diagnosis	2	6,5	29	93,5
	Luaran	2	6,5	29	93,5
	Intervensi	2	6,5	29	93,5
	Implementasi	2	6,5	29	93,5
	Evaluasi	2	6,5	29	93,5

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa dari total 31 responden yang diteliti diketahui hampir seluruhnya mutu pengembangan format dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI berdasar kelengkapan, akurasi, relevansi, dan kebaruan adalah baik.

PEMBAHASAN

Pengembangan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI

Asuhan keperawatan adalah praktik keperawatan baik secara langsung atau tidak langsung yang diberikan kepada klien, keluarga, dan masyarakat dengan menggunakan pendekatan ilmiah berdasarkan kode etik dan standar praktek keperawatan (Kebede et al., 2017). Pelayanan kegawatdaruratan diberikan kepada pasien yang mengancam nyawa, membahayakan diri dan lingkungannya, adanya gangguan pada jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi, adanya penurunan kesadaran, adanya gangguan hemodinamik, dan adanya yang memerlukan tindakan segera (Permenkes No 47 Thn 2018 Tentang Pelayanan Kegawat Daruratan, 2018). Proses keperawatan merupakan inti praktik keperawatan dan sekaligus isi pokok dokumentasi keperawatan. Pengelompokan dokumentasi keperawatan mengikuti tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum dan moral (Akhu-Zaheya et al., 2018; Bond et al., 2018).

Tujuan dokumentasi keperawatan adalah menjadi panduan atau acuan bagi perawat dalam melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan, memenuhi aspek legal tanggung gugat dan tanggung jawab, meningkatkan otonomi perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan, memudahkan komunikasi intraprofesional dan interprofesional, dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan (PPNI, 2017). Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan data primer dan sekunder berfokus pada status kesehatan pasien gawat darurat di rumah sakit secara sistematis, akurat, dan berkesinambungan untuk menetapkan masalah kegawatdaruratan pasien dan rencana tindakan cepat, tepat, dan cermat sesuai standar. Pengkajian secara primer dan sekunder. Pengkajian primer pada pasien trauma meliputi *airway, breathing, circulation, disability, dan exposure*. Pengkajian pada pasien non trauma meliputi *airway, breathing, circulation, defibrillation/ drugs, differential diagnosis, dan electrolyte imbalance*, dan pengkajian sekunder meliputi *head to toe* (McCarthy et al., 2019; Pitcher et al., 2017).

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai derajat kesehatan yang optimal (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan gawat darurat atau masalah keperawatan gawat darurat merupakan keputusan klinis perawat tentang respon pasien terhadap masalah aktual maupun risiko yang mengancam jiwa. Masalah keperawatan yang ditegakkan merupakan dasar penyusunan rencana keperawatan dalam penyelamatan jiwa dan mencegah kecacatan (Platts-Mills et al., 2017).

Perencanaan keperawatan merupakan serangkaian langkah yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah/ diagnosis keperawatan gawat darurat berdasarkan prioritas masalah yang telah ditetapkan baik secara mandiri maupun melibatkan tenaga kesehatan lain untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, digunakan sebagai pedoman dalam melakukan tindakan keperawatan yang sistematis dan efektif. Luaran keperawatan akan

menjadi acuan bagi perawat dalam menetapkan kondisi atau status kesehatan seoptimal mungkin yang diharapkan dapat dicapai oleh klien setelah pemberian intervensi keperawatan (PPNI, 2019; Tajabadi et al., 2020). Perencanaan asuhan keperawatan gawat darurat berdasarkan pengkajian primer sesuai dengan tabel 1.

Perawat mengimplementasikan intervensi tindakan keperawatan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan gawat darurat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas (PPNI, 2018). Penilaian perkembangan kondisi pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan gawat darurat yang mengacu pada kriteria hasil yang termuat didalam SLKI. Hasil evaluasi ini menggambarkan tingkat keberhasilan tindakan keperawatan gawat darurat (Alvarez et al., 2018).

Mutu Pengembangan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan kepada pasien secara tidak langsung yang pelaksanaannya mengikuti tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum dan moral (Akhu-Zaheya et al., 2018). Responden menyatakan bahwa format dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI yang diuji dapat berjalan sebagaimana mestinya. Format pengkajian asuhan keperawatan gawat darurat yang terdiri format pengkajian, penulisan diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi mudah digunakan. Lembar yang diujikan responden mengatakan banyak, namun tidak membingungkan, responden juga mengatakan bahwa komponen-komponen yang terdapat dalam format dokumentasi asuhan keperawatan perlu digabungkan sesuai dengan tabel 2 dan 3.

Mutu pelayanan keperawatan gawat darurat merupakan suatu indikator kinerja klinis pelayanan keperawatan gawat darurat dapat menjamin keselamatan, menurunkan angka kematian dan kecacatan serta meningkatkan kepuasan pasien. Kelengkapan komponen dokumentasi asuhan keperawatan telah memuat semua rangkaian proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian primer, penentuan diagnosis, penentuan luaran, rencana intervensi, mengimplementasikan rencana intervensi yang sudah dibuat, dan mengevaluasi keberhasilan penyelesaian masalah. Mutu pengembangan asuhan keperawatan gawat darurat sesuai dengan tabel 4.

Pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI oleh perawat telah akurat, cermat, dan teliti dilaksanakan, yaitu menjalankan rangkaian proses asuhan keperawatan gawat darurat, dimana rangkaian proses asuhan keperawatan telah mengacu pada penyelamatan nyawa dan meminimalisir adanya kecacatan yang terjadi pada pasien yang diakibatkan oleh penyakitnya. Dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI yang dituliskan sangat relevan dengan diagnosis medis pasien sehingga pelayanan keperawatan yang dijalankan sangat menopang diagnosis medis pasien, sehingga menjadi sebuah pelayanan kesehatan yang utuh dan komprehensif untuk penyelamatan nyawa dan meminimalisir adanya kecacatan yang terjadi pada pasien yang diakibatkan oleh penyakitnya. Dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI memenuhi unsur

kebaruan, yang artinya adalah komponen-komponen dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai sifat-sifat baru yang mengacu pada SDKI, SLKI, dan SIKI

SIMPULAN

Format dokumentasi asuhan keperawatan berbasis SDKI, SLKI, SIKI dapat digunakan di ruang gawat darurat untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

SARAN

Saran bagi Rumah Sakit Dradjat Prawiranegara adalah format dokumentasi asuhan keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI di ruang gawat darurat akan dijadikan sebagai sumber referensi oleh komite keperawatan untuk mengadakan perubahan format dokumentasi asuhan keperawatan di ruang gawat darurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., & Hani, B. S. (2018). Quality of Nursing Documentation: Paper-Based Health Records Versus Electronic-Based Health Records. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e578–e589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
- Alvarez, C., Rojas, E., Arias, M., Munoz-Gama, J., Sepúlveda, M., Herskovic, V., & Capurro, D. (2018). Discovering Role Interaction Models in the Emergency Room Using Process Mining. *Journal of Biomedical Informatics*, 78(June 2017), 60–77. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2017.12.015>
- Asmirajanti, M., Hamid, A. Y. S., & Hariyati, R. T. S. (2019). Nursing Care Activities Based on Documentation. *BMC Nursing*, 18(Suppl 1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0352-0>
- Bond, W. F., Kim, M., Franciskovich, C. M., Weinberg, J. E., Svendsen, J. D., Fehr, L. S., Funk, A., Sawicki, R., & Asche, C. V. (2018). Advance Care Planning in an Accountable Care Organization Is Associated with Increased Advanced Directive Documentation and Decreased Costs. *Journal of Palliative Medicine*, 21(4), 489–502. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0566>
- Frink, M., Lechler, P., Debus, F., & Ruchholtz, S. (2017). Multiple Trauma and Emergency Room Management. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(29-30), 497–503. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0497>
- Ioanna, P., Stilian, K., & Vasiliki, B. (2017). Nursing Documentation and Recording Systems of Nursing Care. *Health Science Journal*, 9(4), 71–79
- Kamil, H., Rachmah, R., & Wardani, E. (2018). What is the Problem with Nursing Documentation? Perspective of Indonesian Nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 111–114. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.09.002>
- Kebede, M., Endris, Y., & Zegeye, D. T. (2017). Nursing Care Documentation Practice: The Unfinished Task of Nursing Care in the University of Gondar Hospital. *Informatics for Health and Social Care*, 42(3), 290–302. <https://doi.org/10.1080/17538157.2016.1252766>
- McCarthy, B., Fitzgerald, S., O’Shea, M., Condon, C., Hartnett-Collins, G., Clancy, M., Sheehy, A., Denieffe, S., Bergin, M., & Savage, E. (2019). Electronic Nursing Documentation Interventions to Promote or Improve Patient Safety and Quality Care: A Systematic Review. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 491–501. <https://doi.org/10.1111/jonm.12727>

- Permenkes No 47 Thn 2018 tentang Pelayanan Kegawat Daruratan, Pub. L. No. no 47 Thn 2018 (2018)
- Pitcher, D., Fritz, Z., Wang, M., & Spiller, J. A. (2017). Emergency Care and Resuscitation Plans. *BMJ (Online)*, 356(February), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.j876>
- Platts-Mills, T. F., Richmond, N. L., Lefebvre, E. M., Mangipudi, S. A., Hollowell, A. G., Travers, D., Biese, K., Hanson, L. C., & Volandes, A. E. (2017). Availability of Advance Care Planning Documentation for Older Emergency Department Patients: A Cross-Sectional Study. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 74–78. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0243>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tajabadi, A., Ahmadi, F., Sadooghi Asl, A., & Vaismoradi, M. (2020). Unsafe Nursing Documentation: A Qualitative Content Analysis. *Nursing Ethics*, 27(5), 1213–1224. <https://doi.org/10.1177/0969733019871682>
- Vafaei, S. M., Manzari, Z. S., Heydari, A., Froutan, R., & Farahani, L. A. (2018). Improving Nursing Care Documentation in Emergency Department: A Participatory Action Research Study in Iran. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(8), 1527–1532. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.303>