

LAPORAN PENELITIAN

GAMBARAN PELAKSANAAN
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT MEDISTRA JAKARTA, 2005



LN

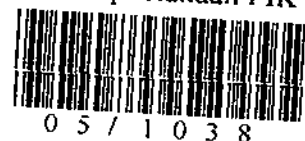
Tgl. Menerima	: 13/03/06
Pat / Sub-bagan	: Mhs
Nomor Buku	: 1038/05
Klasifikasi	: WY154 Nov N05G

Dibuat untuk memenuhi tugas akhir mata ajar
Riset Keperawatan pada
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Oleh

Rurry Novitasari
130 420 1235
Nelly Febriani
130 420 1111
Ekstensi Sore 2004

Perpustakaan FIK



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2005

LEMBAR PERSETUJUAN

Penelitian dengan judul:

Gambaran Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta

2005

Telah mendapatkan persetujuan untuk di^{dr-}seminasikan

Jakarta, 6 Januari 2006

Mengetahui

Koordinator Mata Ajar



(Dewi Gayatri, SKp, MKes.)

NIP. 132 151 320

Menyetujui

Pembimbing Riset



(Hanny Handiyani, SKp, MKep)

NIP. 132 161 165

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmah serta hidayahNya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan laporan penelitian yang berjudul “Gambaran Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta, 2005”. Penyusunan laporan penelitian ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Mata Ajar Riset Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Laporan penelitian ini tersusun atas dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Prof. Dra. Elly Nurahmah, DN.Sc selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Hanny Handiyani, SKp, M.Kep selaku pembimbing dalam penyusunan laporan riset keperawatan.
3. Ibu Dewi Gayatri, SKp, M.Kes selaku koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan.
4. Dr. Susilawati Bolaang selaku Direktur Rumah Sakit Medistra Jakarta.
5. Bapak Budhy Vipyana, SKM selaku Kepala Sub Divisi Keperawatan Khusus Rumah Sakit Medistra Jakarta.
6. Ibu Myriam Therese selaku Kepala Bagian Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta.
7. Teman-teman sejawat para perawat pelaksana khususnya di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta.

8. Ayah dan bunda yang telah memberikan dukungan dan semangat dalam penyusunan laporan penelitian ini.

9. Rekan-rekan mahasiswa/i program Ekstensi 2004 yang telah membantu dalam penyusunan laporan penelitian .

Dengan keterbatasan dan waktu yang ada, besar harapan peneliti agar laporan penelitian ini dapat memberikan sumbangan yang bermanfaat khususnya bagi pengembangan profesi keperawatan.

Jakarta, Desember 2005

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

KATA PENGANTAR

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Masalah Penelitian.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori dan Konsep Terkait.....	6
B. Penelitian Terkait.....	11

BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN

A. Kerangka Konsep.....	13
B. Pertanyaan Penelitian.....	13
C. Definisi Operasional.....	13
1. Variabel.....	13
2. Definisi Konseptual.....	14
3. Definisi Operasional.....	14
4. Tabel Sub Variabel.....	15

BAB IV	METODOLOGI PENELITIAN	
	A. Desain Penelitian.....	17
	B. Populasi dan Sampel.....	17
	C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	18
	D. Etika Penelitian.....	18
	E. Alat Pengumpul Data.....	19
	F. Metode Pengumpulan Data.....	21
	G. Pengolahan dan Analisis Data.....	22
	H. Jadwal Kegiatan Penelitian.....	23
	I. Sarana Penelitian.....	23
BAB V	HASIL PENELITIAN	
	Hasil Penelitian.....	24
BAB VI	PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN	
	A. Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	29
	B. Keterbatasan Penelitian.....	32
BAB VII	KESIMPULAN	
	A. Simpulan.....	34
	B. Saran.....	35

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL DAN DIAGRAM

- Tabel 1 Komponen observasi pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta 2005
- Tabel 2 Median dari variabel pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta 2005
- Tabel 3 Nilai efektivitas pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta 2005
- Diagram 1 Gambaran pendokumentasian pengkajian keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta 2005
- Diagram 2 Gambaran pendokumentasian diagnosa keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta 2005
- Diagram 3 Gambaran pendokumentasian intervensi keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta 2005
- Diagram 4 Gambaran pendokumentasian implementasi keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta 2005
- Diagram 5 Gambaran pendokumentasian evaluasi keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta 2005

ABSTRAK

Masalah ketidaklengkapan pencatatan dan pelaporan keperawatan merupakan salah satu masalah di ruang IGD. Penelitian ini bertujuan memberikan gambaran pelaksanaan dokumentasi keperawatan di ruang IGD RS. Medistra Jakarta. Penelitian deskriptif sederhana ini menggunakan 30 sampel berupa dokumen asuhan keperawatan. Hasil penelitian pelaksanaan pendokumentasian intervensi keperawatan di IGD RS. Medistra Jakarta paling efektif (96.7%) dibanding hasil pendokumentasian pengkajian (33.3%), diagnosa (46.7%), implementasi (46.7%), dan evaluasi (60%). Adapun hasil pendokumentasian pengkajian paling tidak efektif (96.7%) dibanding hasil pendokumentasian diagnosa (53.3%), inervensi (3.3%), implementasi (53.3%), dan evaluasi (40%). Peneliti merekomendasikan pelatihan dan penyegaran pendokumentasian keperawatan baik konseptual maupun keterampilan secara berkala dan berkesinambungan agar pendokumentasian keperawatan menjadi lebih baik.

Kata kunci: Dokumentasi, gawat darurat, pendokumentasian keperawatan.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu proses pencatatan mengenai proses keperawatan dan status kesehatan klien yang dilakukan oleh perawat, tersusun secara sistematis, serta dapat dipertanggungjawabkan dan dipertanggunggugatkan secara moral dan hukum. Informasi yang dicatat oleh perawat, menurut Iyer dan Camp (2005), dapat menjadi dasar untuk melindungi penggugat dalam melawan pemberi pelayanan kesehatan. Perawat melakukan pencatatan pendokumentasian berdasarkan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dan Standar Praktik Keperawatan Profesional.

Perawat gawat darurat harus memahami pentingnya pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Di lingkungan gawat darurat, hidup dan mati seseorang ditentukan dalam hitungan menit sehingga perawat harus mampu melakukan semua aspek proses keperawatan dengan terampil. Proses keperawatan memberikan kerangka kerja logis yang untuk penyelesaian masalah dalam waktu yang terbatas, lingkungan departemen kedaruratan yang penuh tekanan (Bruner&Suddarth, 2001). Dalam parameter waktu yang sangat sempit perawat harus mengkaji klien, merencanakan intervensi keperawatan dan mengimplementasikannya dengan cepat dan tepat.

Kondisi tersebut merupakan tantangan bagi perawat gawat darurat. Dalam waktu yang terbatas, perawat gawat darurat harus mampu membuat catatan perawatan yang akurat melalui pendokumentasian.

Peneliti menemukan bahwa pelaksanaan Standar Operasional (SOP) dan SAK di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Medistra Jakarta belum optimal. Masalah yang ditemukan selama praktik keperawatan di ruang tersebut, antara lain tidak lengkapnya pencatatan dan pelaporan. Data yang didapat pada awal September 2005, adalah 4 dari 10 perawat yang telah melakukan intervensi keperawatan pada klien tidak melakukan pencatatan atau sebaliknya. Keluhan dari perawat ruangan juga menjadi data bahwa saat melakukan pengkajian, perawat IGD tidak memfokuskan pada masalah yang terjadi pada klien tetapi hanya sekedar mengisi format saja. Peneliti juga menemukan data pada catatan kegiatan perawat lebih banyak tertulis tindakan kolaborasi daripada tindakan mandiri perawat.

Kasus yang terjadi akibat kelalaian perawat IGD juga pernah sampai menimbulkan kerugian klien. Perawat IGD lupa untuk menuliskan kondisi klien dan hasil observasi *vital sign* sebelum klien dipindahkan dari ruang IGD. Ketika sampai di ruang perawatan umum klien tiba-tiba sianosis dan kesadarannya menurun sehingga perawat IGD harus memindahkannya kembali ke ruang perawatan intensif. Setelah dilihat pada catatan perawat ternyata hanya tertulis hasil observasi *vital sign* saat klien datang saja.

IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta mempunyai format pengkajian, diagnosa dan rencana keperawatan, catatan kegiatan perawat, dan catatan perkembangan untuk mendukung pendokumentasian keperawatan. Format tersebut masih sama dengan yang ada di ruang perawatan, belum ada format khusus asuhan keperawatan gawat darurat. Perawat IGD mencatat data yang ditemukan saat klien datang pada format "Pengkajian Perawatan pada Pasien Masuk." SAK yang berlaku menentukan bahwa data pengkajian tersebut harus dilanjutkan dan dilengkapi oleh perawat ruangan dalam waktu 1x24 jam.

Perumusan diagnosa keperawatan disajikan dalam satu format dengan rencana tindakan keperawatan. Perawat hanya tinggal memberikan tanda *check list* (√) pada kolom yang tersedia. Format tersebut dibuat berdasarkan masalah-masalah keperawatan yang sering terjadi di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta. Diagnosa keperawatan itu antara lain nyeri, tidak efektifnya kebersihan jalan nafas, peningkatan suhu tubuh, retensi urin, diare, kebutuhan nutrisi kurang, dan ansietas.

Dokumentasi implementasi ditulis perawat dalam format "Catatan Kegiatan Keperawatan." Evaluasi keperawatan ditulis dalam format "Catatan Kegiatan Keperawatan." Evaluasi hasil akan dilanjutkan di ruang perawatan dan didokumentasikan dalam format "Catatan Perkembangan" oleh perawat ruangan *shift* malam.

Satu orang perawat akan bertanggung jawab untuk melakukan dokumentasi asuhan keperawatan ketika terjadi kasus *emergency* di IGD. Hasil observasi di IGD didapatkan bahwa waktu yang diperlukan perawat IGD untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lengkap tersebut kurang lebih 20 menit.

Pencatatan di ruang gawat darurat memerlukan format asuhan keperawatan yang sistematis sehingga pelaksanaan pendokumentasian dapat dilakukan secara efektif dan efisien. Format asuhan keperawatan khusus gawat darurat tersebut belum digunakan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta (masih menggunakan format ruang rawat). Berdasarkan permasalahan yang terjadi di atas, penulis ingin meneliti tentang bagaimana gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta.

B. MASALAH PENELITIAN

Masalah penelitian adalah bagaimana gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Penelitian ini mengetahui gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta.

2. Tujuan Khusus

Penelitian ini secara khusus telah melihat gambaran:

- a. Pelaksanaan pendokumentasian pengkajian keperawatan.
- b. Pelaksanaan pendokumentasian diagnosa keperawatan.
- c. Pelaksanaan pendokumentasian intervensi keperawatan.
- d. Pelaksanaan pendokumentasian implementasi keperawatan.
- e. Pelaksanaan pendokumentasian evaluasi keperawatan.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Pelayanan Keperawatan

Sebagai masukan bagi pihak pelayanan keperawatan khususnya di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta tentang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan gawat darurat.

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan

- a. Menjadi dasar pemikiran dan data dasar pada penelitian terkait lainnya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi. Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan gawat darurat.
- b. Mengembangkan ilmu pengetahuan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan gawat darurat agar dapat dilaksanakan secara efektif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TEORI DAN KONSEP TERKAIT

Dokumentasi keperawatan adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Catatan medik harus mendeskripsikan tentang status dan kebutuhan klien yang komprehensif, juga layanan yang diberikan untuk perawatan klien, (Potter & Perry, 2005). Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan kumpulan data kondisi status kesehatan klien. Data tersebut dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup klien.

Proses keperawatan merupakan kerangka kerja perawat yang memerlukan pendokumentasian secara sistematis. Dokumentasi keperawatan merupakan catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Ali, 2002).

Kozier (1995), menyatakan “Dokumentasi keperawatan merupakan suatu proses pembuatan catatan mengenai data, status kesehatan serta prosedur keperawatan klien. Pencatatan dapat dilakukan secara tertulis atau menggunakan komputer.”

Perawat mencatat informasi status kesehatan klien dalam format asuhan keperawatan yang sistematis dan logis. Sistem informasi yang berbasis komputer sangat praktis namun perlu persiapan sumber daya yang matang dan dana yang memadai.

Dokumentasi dapat dipakai untuk menentukan keputusan kondisi status kegawatdaruratan. Sehingga perawat harus dapat melakukan asuhan keperawatan bio, psiko, sosial dan spiritual agar kondisi status kesehatan klien menjadi meningkat dan stabil.

Tujuan utama dari pendokumentasian menurut Nursalam (2001) adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan. Dokumentasi keperawatan mempunyai manfaat untuk klien karena berisi tentang status kesehatan klien dan untuk perawat berfungsi sebagai kerangka kerja yang sistematis dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Sesuai peran perawat sebagai advokat, dokumentasi keperawatan dapat melindungi klien dari pelayanan kesehatan dan praktik tidak sah serta pelanggaran etika oleh siapapun. Begitu pentingnya dokumentasi keperawatan, maka perawat wajib melakukan dokumentasi dengan sebaik-baiknya.

Pengkajian asuhan keperawatan gawat darurat memiliki ciri khas yaitu triase. Standar praktik *Emergency Nurse's Association* (1995, dalam Iyer & Camp, 2005, hlm. 259) menyebutkan bahwa perawat gawat darurat harus memberlakukan triase untuk semua pasien yang masuk ke IGD dan menentukan prioritas keperawatan berdasarkan kebutuhan fisik dan psikologis, juga faktor-faktor lain yang mempengaruhi pasien sepanjang sistem tersebut. Perawat triase harus memiliki pemahaman yang lengkap tentang sistem klasifikasi klien.

Tiga sistem klasifikasi klien menurut Sadler & Meadow (2004, dalam Iyer dan Camp, 2005, hlm. 260-261) yaitu *traffic director*, *spot check*, dan *comprehensive*. Pada sistem *traffic director* perawat hanya mengidentifikasi keluhan utama dan memilih antara status mendesak atau tidak mendesak.

Perawat yang melakukan *spot check* mendapatkan data subyektif dan obyektif sebagai keluhan utama kemudian mengkategorikan klien sebagai klien gawat darurat, mendesak, atau ditunda. Pada kondisi ini klien dapat dilakukan pemeriksaan penunjang, tak ada evaluasi ulang hingga dilakukan pengobatan.

Sistem *comprehensive* adalah sistem yang paling maju karena melibatkan dokter dan perawat dalam pengkajian triase. Data dasar yang akan diperoleh meliputi pendidikan dan kebutuhan pelayanan kesehatan promer, keluhan utama, serta informasi subyektif dan obyektif.

Proses triase dimulai ketika klien masuk pintu IGD. Pengkajian dimulai saat perawat memperkenalkan diri, menanyakan riwayat singkat dan melakukan pengkajian. Sadler & Meadow (2004, dalam Iyer dan Camp, 2005, hlm. 260-261) menyatakan bahwa pengumpulan data obyektif dan subjektif harus dilakukan dengan sangat cepat tidak lebih dari 5 menit. Pengkajian ulang dilakukan oleh perawat primer sedikitnya tiap 60 menit. Untuk klien dengan gawat darurat dilakukan tiap 15 menit atau lebih bila perlu. Apapun kondisi perawat hal ini perlu dilakukan karena kondisi status klien yang selalu berubah-ubah.

Kecerdasan dan keterampilan sangat dibutuhkan pada tahap pengkajian triase ini, baik keterampilan berpikir kritis maupun keterampilan teknik/prosedural. Perawat harus bisa menilai kondisi klien sesuai dengan kategori keakutan.

Diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan pada klien IGD adalah masalah potensial dan aktual yang sangat bervariasi karena kondisi klien yang berubah terus-menerus. Prioritas masalah didiskusikan dan difokuskan pada hal paling segera yang mengasumsikan intervensi keperawatan mandiri dan interdependen.

Intervensi keperawatan harus spesifik untuk memberi arah asuhan, dan hasilnya harus jelas menggambarkan perilaku klien yang akan menandakan bahwa tujuan telah tercapai (Hudak dan Gallo, 1997). Intervensi keperawatan gawat darurat berfokus pada masalah yang bersifat segera. Hasil yang diharapkan adalah tercapainya kestabilan klien.

Pendokumentasian intervensi keperawatan membantu perawat gawat darurat untuk memodifikasi rencana tindakan selanjutnya apabila terjadi perubahan kondisi klien. Perawat gawat darurat harus mampu berpikir kritis untuk menilai respon klien dan mempersiapkan diri pada hal-hal yang tidak diharapkan.

Implementasi keperawatan merupakan tahapan selanjutnya setelah intervensi. Tujuan implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2001). Dalam kondisi klien yang kritis sekalipun perawat gawat darurat harus tetap berkompeten dalam mendokumentasikan tindakan medis dan keperawatan termasuk waktu, respon psikologis, fisiologis, keakuratan, jenis dan dosis obat, serta peralatan yang digunakan.

Penggunaan lembar alur adalah salah satu contoh format yang dapat digunakan untuk mendokumentasikan proses keperawatan (Iyer & Camp, 2005). Format ini memungkinkan perawat gawat darurat untuk mendokumentasikan informasi yang mudah diakses semua anggota tim perawatan kesehatan secara efektif dan efisien.

Tahap evaluasi dilakukan untuk menentukan seberapa efektifnya tindakan keperawatan. Sadler & Meadow (2004, dalam Iyer & Camp, 2005, hlm. 260-261) mengemukakan bahwa evaluasi harus dilakukan secara *continue* berdasarkan hasil observasi untuk menentukan perkembangan klien ke arah hasil dan tujuan, dan harus mendokumentasikan respon klien terhadap intervensi pengobatan dan perkembangannya.

Tanggung jawab dokumentasi evaluasi di gawat darurat adalah pada proses pemindahan dan pemulangan klien. Catatan perubahan kondisi klien merupakan data untuk bagian lain yang akan menerima klien selanjutnya.

E. PENELITIAN TERKAIT

Peneliti menemukan penelitian yang terkait dengan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang ditulis oleh Perwita, Dijaningrum, dan Wahyuni (2003). Penelitian dengan judul "Tingkat Pengetahuan Perawat terhadap Dokumentasi Keperawatan di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (MMC)" menggunakan desain deskriptif sederhana dan metode pengambilan sampel secara purposive sampling.

Kesimpulan hasil penelitian ini menjelaskan tingkat pengetahuan perawat di Rumah Sakit MMC adalah baik dengan nilai median 57 dari skor tertinggi 60.

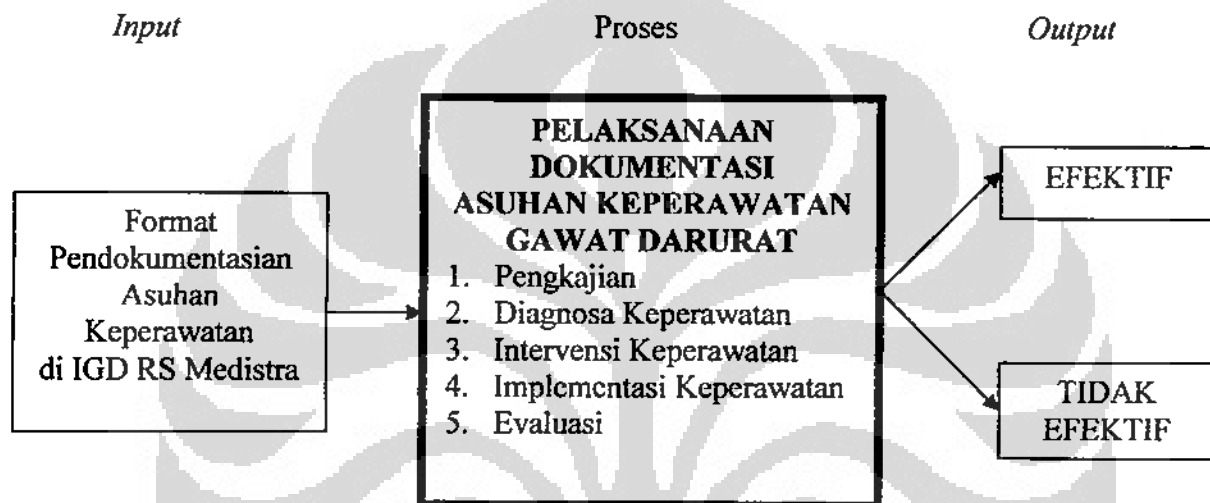
Prihartin (2001) dalam penelitian yang berjudul “Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Persahabatan Jakarta” mengatakan bahwa keberhasilan pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi faktor dari dalam dan luar perawat. Faktor dari dalam yaitu tingkat pendidikan, pengetahuan, pengalaman, dan usia perawat. Faktor dari luar perawat adalah waktu, supervisi, fasilitas dan lain-lain. Prihartin juga mengemukakan bahwa faktor dokumentasi juga mempengaruhi keberhasilan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pada penelitian ini diperoleh data 50% perawat merasa kesulitan untuk membuat evaluasi asuhan keperawatan.

Penelitian lain dilakukan Novilia & Maulina (2004) dengan judul “Persepsi Perawat dalam Penggunaan Komputer dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Islam (RSI) Pondok Kopi.” Hasil penelitian tersebut mengatakan bahwa 52,2% perawat RSI Pondok Kopi Jakarta memiliki persepsi negatif terhadap penggunaan komputer. Perbedaan prosentase perawat yang memiliki persepsi positif dan negatif sangat tipis, hanya sebesar 4,4%.

BAB III

KERANGKA KERJA PENELITIAN

A. KERANGKA KONSEP



B. PERTANYAAN PENELITIAN

Sejauh mana gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta.

C. DEFINISI OPERASIONAL

1. Variabel

Variabel yang akan dilihat atau diukur dalam penelitian ini adalah pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pelaksana di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta.

2. Definisi Konseptual

Peneliti menggunakan definisi konseptual dari Ali (2002), yang menjelaskan bahwa dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum.

3. Definisi Operasional

Dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta meliputi dokumentasi tentang pengkajian data, menentukan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan kepada klien.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. DESAIN PENELITIAN

Peneliti menggunakan desain penelitian deskriptif sederhana. Tujuan penelitian ini adalah memperoleh gambaran tentang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan perawat IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta. Tujuan penelitian deskriptif ialah mendeskripsikan secara sistematis dan akurat tentang situasi atau area populasi tertentu yang bersifat faktual (Danim, 2003).

Peneliti melakukan pengumpulan data dengan menggunakan instrumen lembar observasi. Instrumen tersebut berisi tentang 35 komponen observasi terhadap pendokumentasian pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

B. POPULASI DAN SAMPEL

Populasi dalam penelitian ini adalah 300 dokumen *medical record* asuhan keperawatan pasien IGD. Jumlah populasi diambil dari rata-rata dokumen pasien rawat yang masuk melalui IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta dalam satu bulan. Peneliti mengambil sampel 10 % dari populasi, yaitu 30 dokumen *medical record* pasien. Sesuai dengan pernyataan Arikunto (2002) apabila populasi lebih dari 100 maka jumlah sampel yang diambil 10-15% atau lebih.

C. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian telah dilakukan pada 7 Desember 2005 sampai dengan 6 Januari 2006 setelah proposal penelitian disetujui. Pengumpulan sampel penelitian dilaksanakan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta pada 7-17 Desember 2005. Peneliti mulai melakukan penyusunan laporan penelitian dari pertengahan Desember 2005 sampai awal Januari 2006.

D. ETIKA PENELITIAN

Etika penelitian ini bertujuan untuk melindungi dokumen asuhan keperawatan dan klien termasuk menjamin kerahasiaan dan kemungkinan ancaman yang terjadi. Semua berkas data yang mencantumkan identitas klien yang sudah tidak digunakan lagi akan dimusnahkan setelah disimpan selama 5 tahun.

Identitas klien dan perawat yang terdapat dalam dokumen *medical record* ditulis dalam bentuk inisial dan kode tertentu yang hanya diketahui oleh peneliti. Informasi yang ada dalam dokumen tersebut tidak diberikan pada orang lain selain tim dalam penelitian ini.

Langkah awal sebelum dilakukan penelitian adalah permohonan ijin kepada Kepala Divisi Keperawatan dan Kepala Bagian IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta. Peneliti memberitahukan maksud dan tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta.

E. ALAT PENGUMPUL DATA

Penelitian ini menggunakan instrumen lembar observasi untuk mengumpulkan data. Observasi dilakukan peneliti terhadap pendokumentasian komponen dari proses keperawatan, yaitu dokumentasi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan. Untuk menilai dokumentasi pengkajian terdapat pada item 1-8, diagnosa keperawatan pada item 9-17, item 18-20 untuk intervensi, item 21-27 untuk implementasi, dan item 28-35 untuk menilai pendokumentasian evaluasi keperawatan yang dilakukan perawat IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta.

Peneliti menilai hasil observasi dengan memberikan tanda check list (√) pada kolom jawaban “Ya” atau “Tidak”. Penilaian terhadap masing-masing item adalah skor 1 pada jawaban “Ya” dan skor 0 untuk jawaban “Tidak”. Tabel berikut menampilkan 35 item yang diobservasi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta.

Instrumen mengalami perubahan setelah dilakukan uji coba 2 kali pada populasi yang sama. Lembar observasi pertama dan kedua dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan teori. Hasil pengolahan data pada kedua instrumen uji coba membuktikan bahwa instrumen tersebut masih ada yang harus diperbaiki. Penulis membuat instrumen yang ketiga berdasarkan sumber dari Depkes, Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), dan teori dokumentasi keperawatan kegawat daruratan.

Tabel 4.1
Komponen Observasi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta, 2005

PROSES KEPERAWATAN	No.	KOMPONEN OBSERVASI
PENGAJIAN	1	Data keluhan utama dan alasan masuk klien.
	2	Pengkajian triase.
	3	Data riwayat kesehatan (sekarang, dahulu dan keluarga)
	4	Data biologis/pemeriksaan fisik
	5	Data psikologis.
	6	Data sosial
	7	Data spiritual
	8	Data penunjang
DIAGNOSA KEPERAWATAN	9	Tanggal
	10	Jam
	11	Identitas perawat
	12	Nomor diagnosa keperawatan
	13	Data obyektif
	14	Data subyektif
	15	Diagnosa dibuat sesuai masalah utama yang terjadi pada klien
	16	Diagnosa keperawatan dengan rumusan PE/PES
	17	Bersifat aktual bila masalah sudah terjadi dan resiko bila masalah belum terjadi.
INTERVENSI KEPERAWATAN	18	Tujuan dibuat dengan kriteria SMART sesuai diagnosa keperawatan.
	19	Intervensi keperawatan dibuat sesuai rumusan tujuan
	20	Disusun menurut urutan prioritas
IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	21	Tanggal
	22	Jam
	23	Identitas perawat
	24	Tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah disusun
	25	Tindakan kolaborasi
	26	Respon klien terhadap tindakan keperawatan
	27	Revisi tindakan berdasarkan evaluasi
EVALUASI KEPERAWATAN	28	Tanggal
	29	Jam
	30	Identitas perawat
	31	Hasil evaluasi mengacu pada tujuan
	32	Perawat mencatat kondisi klien sebelum dipindahkan.
	33	Persetujuan klien secara tertulis untuk pemindahan.
	34	Pencatatan serah terima disertai nama perawat dan jam.
	35	Bila masalah tidak teratasi sesuai rencana perawat membuat pengkajian ulang

F. METODE PENGUMPULAN DATA

1. Uji coba

Peneliti telah melakukan 2 kali uji coba instrumen pada 7-9 Desember 2005. Uji coba pertama dilakukan terhadap 5 dokumen. Tujuan uji coba skala kecil adalah mengetahui tingkat pemahaman instrumen, memperoleh pengalaman melaksanakan pengumpulan data, mengidentifikasi masalah yang mungkin dijumpai, serta mengetahui perkiraan waktu pelaksanaan (Arikunto, 2002). Hasil yang dilakukan dengan uji validitas dan reliabilitas data adalah mengganti komponen observasi dari 6 menjadi 5 bagian dan menambah jumlah item penilaian menjadi 35 item.

2. Prosedur penelitian

Cara-cara yang dilakukan peneliti dalam melakukan proses penelitian antara lain:

- a. Permohonan ijin kepada Kepala Divisi Keperawatan Rumah Sakit Medistra Jakarta pada 7 Desember 2005 setelah pembimbing menyetujui proposal dan memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian.
- b. Uji coba instrumen lembar observasi dengan uji validitas dan reliabilitas data pada 7-9 Desember 2005 terhadap dokumen *medical record* di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta.
- c. Menyiapkan instrumen yang telah diuji coba untuk mengobservasi pendokumentasian pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan asuhan keperawatan.

- d. Pengambilan sampel dilakukan pada unit yang terkait dengan IGD yaitu Instalasi Rawat Intensif dan Ruang Perawatan Umum Rumah Sakit Medistra Jakarta karena peneliti tidak mengikuti bagaimana proses pendokumentasiannya.
- e. Peneliti melakukan observasi terhadap hasil pendokumentasian asuhan keperawatan yang telah dilakukan perawat IGD pada 10-17 Desember 2005.
- f. Pengolahan hasil dan analisis data observasi pendokumentasian asuhan keperawatan pada 18-24 Desember 2005 dengan komputer.
- g. Penyusunan laporan penelitian dilaksanakan pada 25 Desember 2005 sampai dengan 5 Januari 2006.

G. PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

Peneliti menggunakan analisis univariat (deskriptif) melalui uji proporsi. Hasil observasi dicek dahulu kemudian dilakukan tabulasi data. Analisis data dilanjutkan dengan mencari distribusi masing-masing sub variabel untuk mencari ukuran tengah yang akan digunakan sebagai hasil ukur.

Peneliti melakukan uji normalitas data dengan uji Kolmogorov-Smirnov. Pada uji ini dapat digunakan untuk data pada skala ordinal (NN, 2003). Pada uji normalitas data tersebut menjelaskan apabila distribusi data tidak normal maka hasil ukur menggunakan nilai median. Untuk mengetahui gambaran efektivitas pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan maka nilai tersebut diolah dalam bentuk persentase (%).

H. JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No	Kegiatan	September 2005				Oktober 2005				Nopember 2005				Desember 2005				Januari 2006				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1.	Identifikasi masalah	X	X	X	X																	
2.	Studi kepustakaan	X	X	X	X	X	X															
3.	Penyusunan proposal					X	X	X	X	X	X	X	X									
4.	Penyerahan proposal													X								
5.	Persiapan perijinan													X								
6.	Pengumpulan data													X	X	X						
7.	Pengolahan data															X	X	X				
8.	Penyusunan laporan																X	X				

I. SARANA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan sarana set komputer, kertas kwarto, printer, disket, *flash disk*, pulpen, tinta, layanan internet, buku-buku, dan jurnal referensi.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta sejak 7-17 Desember 2005. Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah 30 dokumen asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta.

Tabel 1
Median dari Variabel Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta, 2005
(N=30)

SUB VARIABEL	NILAI MEDIAN
Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan	5.00
Pendokumentasian Diagnosa Keperawatan	7.00
Pendokumentasian Intervensi Keperawatan	3.00
Pendokumentasian Implementasi Keperawatan	4.00
Pendokumentasian Evaluasi Keperawatan	4.00

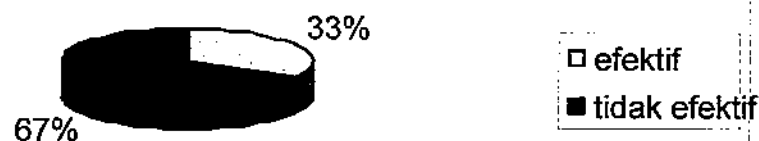
Output dari penelitian ini adalah efektif atau tidaknya pendokumentasian asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta. Hasil proporsi dari masing-masing sub variabel disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 3
Nilai Efektivitas Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Medistra Jakarta, 2005
(N=30)

SUB VARIABEL	NILAI EFEKTIF (%)	NILAI TIDAK EFEKTIF (%)
Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan	33,3	66,7
Pendokumentasian Diagnosa Keperawatan	46,7	53,3
Pendokumentasian Intervensi Keperawatan	96,7	3,3
Pendokumentasian Implementasi Keperawatan	46,7	53,3
Pendokumentasian Evaluasi Keperawatan	60,0	40,0

Efektivitas pendokumentasian pengkajian sebesar 33,3 %. Pengkajian triase adalah pengkajian yang khas dalam keperawatan gawat darurat. Data yang diperoleh peneliti yaitu perawat IGD Rumah Sakit Medistra telah melakukan pengkajian triase 100%. Hal ini bertentangan dengan pendokumentasian pengkajian ulang hanya dilakukan sebanyak 10%. Hasil ini disajikan dalam diagram pie di bawah.

Diagram 1 Gambaran Pendokumentasian
Pengkajian Keperawatan di IGD RS Medistra Jakarta
Desember 2005



**Diagram 2. Gambaran Pendokumentasian
Diagnosa Keperawatan di IGD RS
Medistra Jakarta Desember 2005**

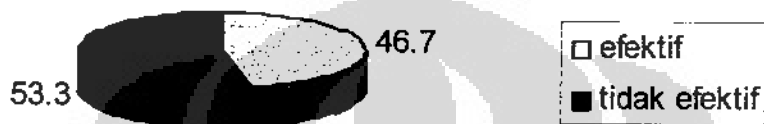


Dari diagram diatas dapat terlihat bahwa pendokumentasian diagnosa keperawatan mempunyai nilai tidak efektif 53,3%. Sebaliknya dengan pendokumentasian intervensi keperawatan, peneliti memperoleh hasil 96,7%. Peneliti menganalisa bahwa nilai efektif ini dipengaruhi oleh bentuk format diagnosa dan intervensi keperawatan yang disajikan dalam satu format.

**Diagram 3. Gambaran Pendokumentasian
intervensi Keperawatan di IGD RS
Medistra Jakarta Desember 2005**

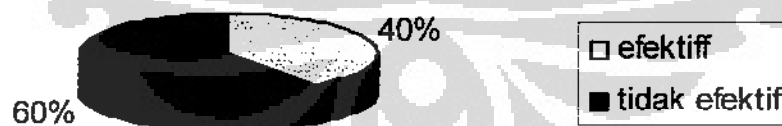


Diagram 4. Gambaran Pendokumentasian Implementasi Keperawatan di IGD RS Medistra Jakarta Desember 2005



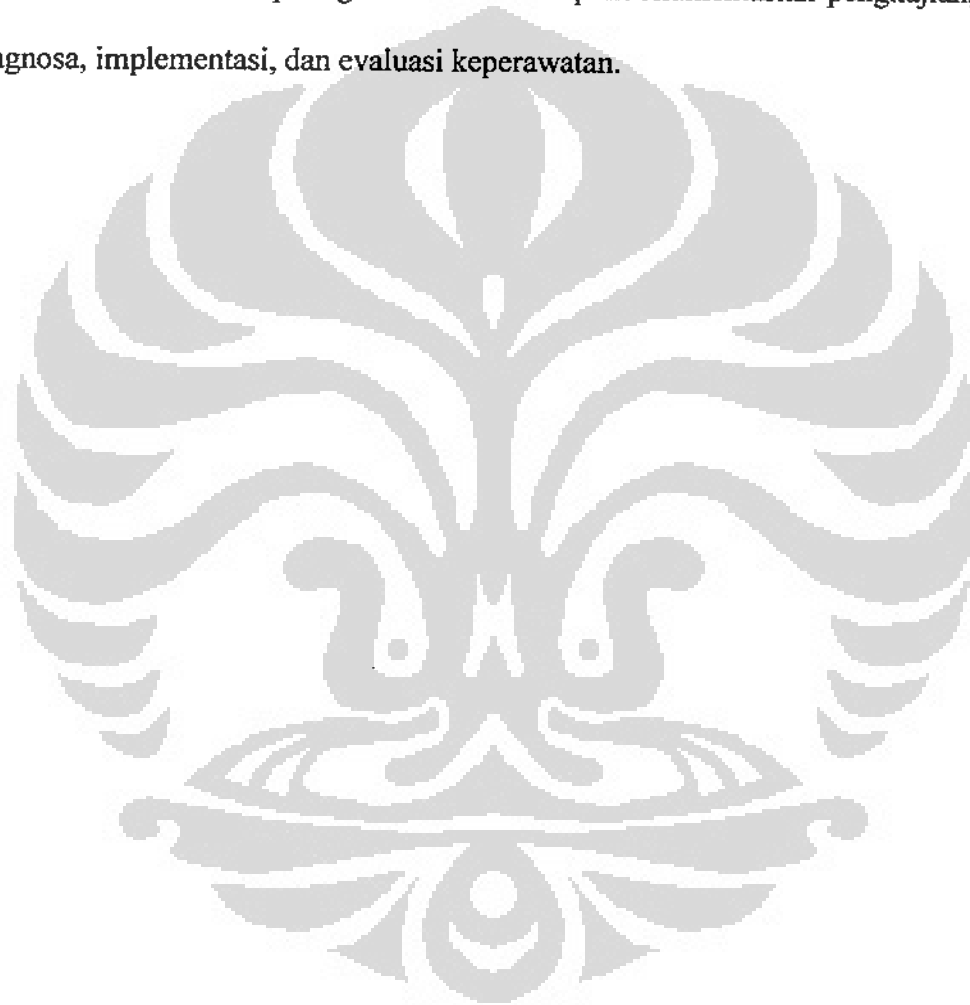
Perbedaan pelaksanaan pendokumentasian implementasi keperawatan antara efektif dan tidak sebesar 6,6%. Perawat IGD lebih banyak mendokumentasikan tindakan kolaborasi daripada tindakan keperawatan.

Diagram 5. Gambaran Pendokumentasian Evaluasi Keperawatan di IGD RS Medistra Jakarta Desember 2005



Berdasarkan data yang disajikan di atas diperoleh data bahwa pendokumentasian evaluasi keperawatan sudah efektif (60%). Perawat tidak menuliskan tentang kondisi klien sebelum dipindahkan. Hal ini didukung oleh data yang didapat sebanyak 20%

Pada penelitian ini hasil yang diperoleh adalah gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan tersebut. Pada tabel di atas terlihat bahwa pelaksanaan pendokumentasian intervensi keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta paling efektif diantara pendokumentasian pengkajian, diagnosa, implementasi, dan evaluasi keperawatan.



BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang makna hasil penelitian secara rinci yang dikaitkan dengan tujuan penelitian. Pembahasan yang memperkuat hasil penelitian peneliti dengan hasil penelitian sebelumnya.

A. INTERPRESTASI DAN DISKUSI HASIL

Peneliti telah melakukan observasi dan memperoleh data bahwa 30 perawat melakukan pendokumentasian pengkajian triase terhadap klien IGD. Hal ini sesuai dengan standar praktik *Emergency Nurse's Association* (1995, dalam Iyer dan Camp, 2005, hlm. 257) bahwa perawat gawat darurat harus memberlakukan triase untuk semua pasien yang masuk ke IGD dan menentukan prioritas keperawatan berdasarkan kebutuhan fisik dan psikologis, juga faktor-faktor lain yang mempengaruhi pasien sepanjang sistem tersebut. Hal ini tidak didukung dengan hasil yang diperoleh bahwa keefektivan pendokumentasian pengkajian hanya 33,3%. Perawat IGD Rumah Sakit Medistra harus lebih mampu untuk mencatat penilaian kondisi klien sesuai dengan kategori keakutan.

Sadler dan Meadow (2004), dalam Iyer dan Camp (2005) mengatakan bahwa pengkajian ulang klien dengan gawat darurat harus dilakukan tiap 15 menit atau lebih. Hasil yang diperoleh peneliti hanya 3 perawat yang telah melakukan pendokumentasian pengkajian ulang dari 30 dokumen yang diobservasi. Peneliti juga memperoleh data bahwa perawat IGD tidak melakukan pengkajian terhadap psikologis dan spiritual klien.

Peneliti memperoleh hasil 53,3% pendokumentasian diagnosa yang dilakukan perawat IGD tidak efektif. Sebaliknya dengan pendokumentasian intervensi keperawatan, peneliti memperoleh hasil 96,7% maka format intervensi keperawatan yang ada di IGD tersebut sudah efektif. IGD Rumah Sakit Medistra telah menyediakan rumusan diagnosa keperawatan dalam satu format dengan intervensi keperawatan. Format tersebut dibuat berdasarkan masalah-masalah keperawatan yang sering terjadi di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta. Perawat hanya tinggal memberi *check list* (✓) pada kolom yang tersedia disesuaikan dengan prioritas dan kebutuhan serta kondisi klien. Hal ini sesuai dengan pernyataan Hudak dan Gallo (1997) bahwa intervensi keperawatan harus spesifik untuk memberi arah asuhan, dan hasilnya harus jelas menggambarkan perilaku klien yang akan menandakan bahwa tujuan telah tercapai.

Perbedaan pelaksanaan pendokumentasian implementasi keperawatan antara efektif dan tidak sangat tipis hanya 6,6%. Catatan implementasi yang tertulis tindakan kolaborasi, 60% lebih banyak daripada tindakan keperawatan.

Menurut Koziar (1995), bahwa dokumentasi keperawatan merupakan suatu proses pembuatan catatan mengenai data, status kesehatan serta prosedur keperawatan klien. Perawat IGD harus tetap menuliskan tindakan dan prosedur keperawatan yang telah dilakukan terhadap klien. Pendokumentasian ini memang tidak didukung format yang sesuai. Format yang tersedia di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta masih menggunakan format ruang rawat karena menurut Iyer dan Camp (2005) penggunaan lembar alur adalah salah satu contoh format yang dapat digunakan untuk mendokumentasikan proses keperawatan.

Hasil yang diperoleh peneliti pendokumentasian evaluasi keperawatan telah dilakukan perawat IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta secara efektif (60%). Hal ini sesuai dengan pernyataan Sadler dan Meadow (2004), dalam Iyer dan Camp (2005) yang mengemukakan bahwa evaluasi harus dilakukan secara *continue* berdasarkan hasil observasi untuk menentukan perkembangan klien ke arah hasil dan tujuan, dan harus mendokumentasikan respon klien terhadap intervensi pengobatan dan perkembangannya

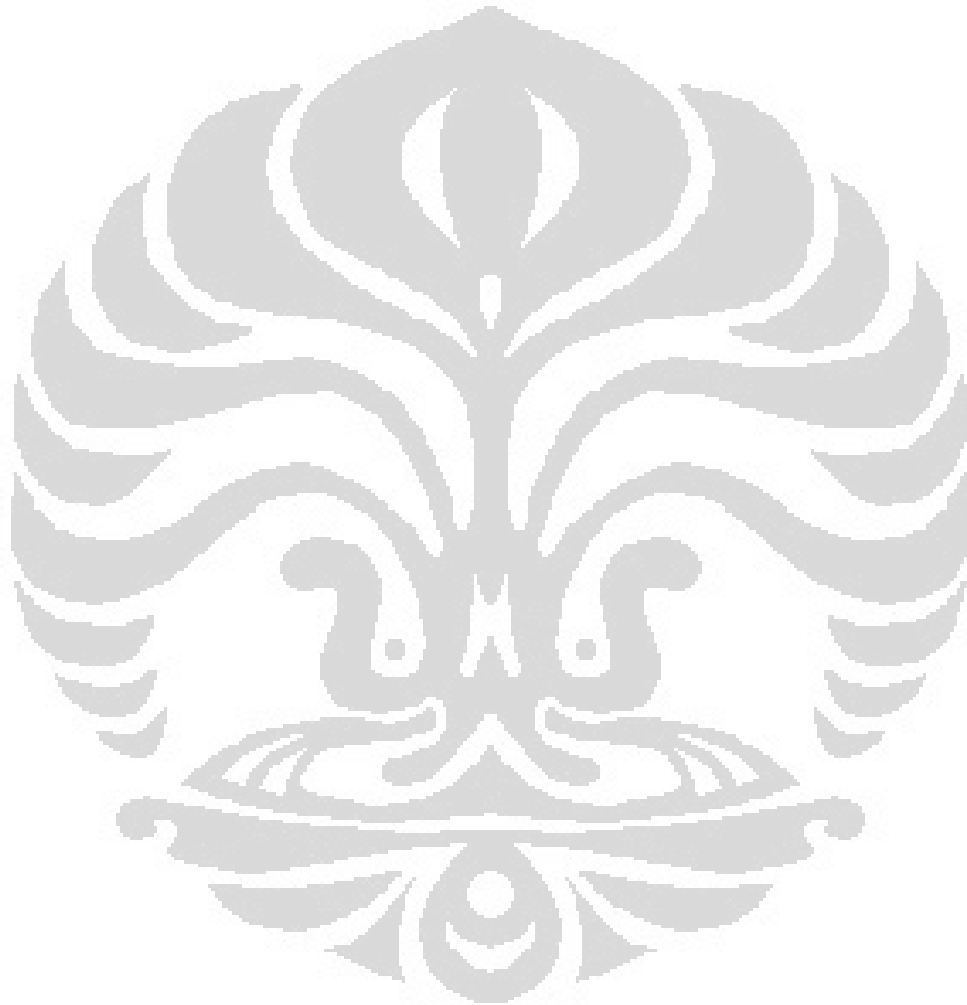
Peneliti melakukan observasi terhadap lima sub variabel dari dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan di IGD Rumah Sakit Jakarta yaitu pendokumentasian pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Sesuai dengan pernyataan Ali (2002) bahwa dokumentasi keperawatan merupakan catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum.

Pada penelitian ini hasil yang ingin diperoleh adalah gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan tersebut. Pada tabel 5.2 tertulis bahwa pelaksanaan pendokumentasian intervensi keperawatan di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta paling efektif diantara pendokumentasian pengkajian, diagnosa, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

B. KETERBATASAN PENELITIAN

Keterbatasan dalam penelitian meliputi kekurangan dalam mengeksplorasi sumber wacana dan referensi yang sesuai dengan masalah penelitian. Akibatnya setelah uji coba instrumen yang digunakan mengalami perubahan karena belum dapat menggali hal-hal yang ingin diteliti pada penelitian ini.

Setelah menemukan beberapa sumber peneliti menyusun instrumen kembali dengan menyesuaikan teori tentang dokumentasi asuhan keperawatan IGD.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

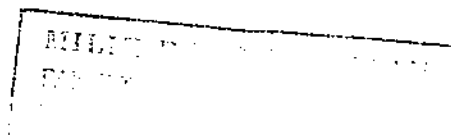
A. KESIMPULAN

Peneliti memperoleh hasil bahwa pelaksanaan pendokumentasian di IGD Rumah Sakit Medistra Jakarta tidak efektif. Gambaran yang diperoleh yaitu pelaksanaan pendokumentasian intervensi keperawatan paling efektif diantara pendokumentasian pengkajian, diagnosa, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Pendokumentasian pengkajian dinilai tidak efektif sebesar 66,7%. Perawat melakukan pendokumentasian diagnosa dan implementasi secara efektif (53,3%) dan mempunyai perbedaan keefektifan 6,6%. Hasil yang diperoleh pada pelaksanaan pendokumentasian evaluasi telah dilakukan secara efektif pula oleh perawat IGD.

B. SARAN

1. Pelayanan Keperawatan

Perawat IGD agar lebih memahami lagi tentang pengertian dokumentasi asuhan keperawatan khususnya keperawatan kegawat daruratan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi gambaran bagi pelaksana asuhan keperawatan untuk melakukan pendokumentasian secara lengkap sesuai kondisi klien.



Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan ini perlu didukung dengan format yang sesuai dengan pelayanan keperawatan di gawat darurat.

Penggunaan lembar alur adalah contoh format yang sesuai untuk digunakan karena memungkinkan informasi yang mudah diakses semua anggota tim perawat gawat darurat.

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai data penelitian selanjutnya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan gawat darurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. (2001). *Dasar-dasar keperawatan profesional*. Jakarta: Widya Medika.
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktek*. (Ed. Revisi). Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Brunner & Suddarth. (2002). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. (8th Ed). (Ester, M., Editor). Jakarta: EGC. (Sumber asli diterbitkan tahun 1997).
- Danim, S. (2003). *Riset keperawatan: sejarah dan metodologi*. Jakarta: EGC
- Depkes RI. (2001). *Instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik & Direktorat Pelayanan Keperawatan.
- Hidayat, A.A. (2001). *Pengantar dokumentasi proses keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Hudak, C.M., & Gallo, B.M. (1997). *Critical care nursing: A holistik approach*. (Allenidekania, Susanto, B., Teresa, Asih, Y., Alih bahasa). Jakarta: EGC. (Sumber asli diterbitkan 1995).
- Iyer, P.W., & Camp, N.H. (2005). *Nursing documentation: A nursing approach*. (3th Ed). (Kurnianingsih, Alih bahasa). Jakarta: EGC. (Sumber asli diterbitkan tahun 2000).
- Kozier, et. al. (1995). *Fundamental of nursing: concept, process, and practise*. (7th Ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Nursalam. (2001). *Proses dan dokumentasi keperawatan: konsep dan praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2000). *Fundamental of nursing: concept, process, and practice*. (4th Ed). (Yulianti, D. & Ester, M., Editor). Jakarta: EGC. (Sumber asli diterbitkan tahun 1997).
- Sadler, M. K. & Meadow, P. (2005). Dokumentasi unit gawat darurat, dalam Kurnianingsih, S. (Eds), *Dokumentasi keperawatan suatu pendekatan proses keperawatan* (hlm. 256-317). Jakarta: EGC.



LAMPIRAN

**INSTRUMEN OBSERVASI
GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RS MEDISTRA JAKARTA, 2005**

- Petunjuk observasi :
1. Beri tanda (*/*) pada kegiatan yang sudah dilakukan.
 2. Berikan tanda (0) pada kegiatan tidak dilakukan.

NO	KOMPONEN OBSERVASI	YA	TIDAK
PENGAJIAN			
Perawat mengisi format pengkajian secara lengkap			
1.	Data keluhan utama dan alasan masuk klien.		
2.	Pengkajian triase.		
3.	Data riwayat kesehatan (sekarang, dahulu dan keluarga)		
4.	Data biologis/pemeriksaan fisik		
5.	Data psikologis.		
6.	Data sosial		
7.	Data spiritual		
8.	Data penunjang		
DIAGNOSA KEPERAWATAN			
Perawat merumuskan Diagnosa Keperawatan dengan menuliskan:			
9.	Tanggal		
10.	Jam		
11.	Identitas perawat		
12.	Nomor diagnosa keperawatan		
13.	Data obyektif		
14.	Data subyektif		
15.	Diagnosa dibuat sesuai masalah utama yang terjadi pada klien		
16.	Diagnosa keperawatan dengan rumusan PE/PES		
17.	Bersifat aktual bila masalah sudah terjadi dan resiko bila masalah belum terjadi.		
INTERVENSI KEPERAWATAN			
18.	Tujuan dibuat dengan kriteria SMART sesuai diagnosa keperawatan.		
19.	Intervensi keperawatan dibuat sesuai rumusan tujuan		
20.	Disusun menurut urutan prioritas		

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN			
Perawat mencatat tindakan keperawatan yang telah dilakukan, meliputi :			
21.	Tanggal		
22.	Jam		
23.	Identitas perawat		
24.	Tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah disusun		
25.	Tindakan kolaborasi		
26.	Respon klien terhadap tindakan keperawatan		
27.	Revisi tindakan berdasarkan evaluasi		
EVALUASI KEPERAWATAN			
Perawat membuat Catatan Perkembangan yang meliputi:			
28.	Tanggal		
29.	Jam		
30.	Identitas perawat		
31.	Hasil evaluasi mengacu pada tujuan		
32.	Perawat mencatat kondisi klien sebelum dipindahkan.		
33.	Persetujuan klien secara tertulis untuk pemindahan.		
34.	Pencatatan serah terima disertai nama perawat dan jam.		
35.	Bila masalah tidak teratasi sesuai rencana perawat membuat pengkajian ulang		

R.S MEDISTRA

Jl. Cicut Subroto Kav. 59

Pengkajian Perawatan Pada Saat Pasien Masuk

Nama Pasien :

No. Rekam Medik :

--	--	--	--	--	--	--	--

Tanggal Lahir :

Umur

Jenis Kelamin
Lk - Pr

Kamar/Kelas :

Diagnosa Medis :

Beri tanda (v) pada kolom yang anda anggap benar/Please tick (v) the appropriate box.

1. Alasan Masuk Rumah Sakit / Diagnosa

Reason for Admission / Diagnosis :

2. Alergi / Allergies :

Obat/Drug :

Makanan/Food :

Lain-lain Others :

3. Pola makanan/Nutrition Pattern :

Makanan Pokok/Meat :

Porsi makan/The portion of the food :

Frekuensi makan/Frequency :

4. Keadaan Fisik/Physical Status :

- Tampak baik / Appears Well

- Pucat / Pallor

- Sesak / Breathless

- Kesakitan / In Pain

- Dehidrasi / Dehydrated

- Kejang / Fitting

- Apnu / Cheyne Stoke / Apnoic

Lain-lain /Others :

5. Keadaan Mental / Mental Status :

6. Keadaan Kesadaran / Consciousness :

7. Penglihatan / Vision :

- Normal / Normal

- Terganggu / Impaired

- Kacamata / Kontak Lensa / Glasses

- Uraikan / Specify :

8. Pendengaran / Hearing :

- Normal / Normal

- Terganggu / Impaired

- Uraikan / Specify :

9. Pembicaraan / Speech :

- Normal / Normal

- Intubasi / Intubated

- Terganggu / Impaired

- Uraikan / Specify :

10. Mulut / Mouth :

- Gigi yang Goyang / loose tooth

- Gigi Palsu / Dentures

- Uraikan / Specify :

11. Kulit / Skin :

- Uluh / Intact

- Terganggu / Impaired

- Uraikan / Specify :

12. Eliminasi / Elimination

- Pola B.A.B./Bowel Pattern :

- Ketidnormalan/Abnormality :

- Pola B.A.K./Micturition Pattern :

- Kelainan/Abnormality :

13. Pola Tidur / Sleep Pattern :

14. Informasi Sosial / Social Information

I. Pekerjaan / Occupation

II Tempat Tinggal / Housing :

Tinggal Sendiri / dengan Keluarga /

dengan teman

Lives alone / with Family / with friends

15. Mobilitas / Mobility :

- Jalan Sendiri / Ambulant

- Memerlukan Bantuan/Requires Assistance

- Kursi Roda / Wheelchair

- Kereta Dorong / Trolley

- Tongkat / Walking Frame

- Uraikan / Specify :

R.S MEDISTRA

Jl. Gatot Subroto Kav. 59

Nama Pasien :

No. Rekam Medik :

Tanggal Lahir :

Umur :

Jenis Kelamin :

Kamar/Kelas :

Lk - Pr

Catatan Kegiatan Keperawatan

Diagnosa Medis :

	Tanggal/Cate :	Nama :	Nama :	Nama :
	Shift :	Pagi	Sore	Malam
Makanan/Diet	Puasa/Noting by Mouth			
	Diet :			
	- Cair/Liquid diet			
	- Lunak/Soft			
	- Biasa/Full			
	Sendiri/dibantu/mejalui selang/Self/As.sist/Tube			
Lain-lain/Others				
Kebersihan/Hygiene	Sendiri ditempat tidur/Self			
	Mandi dibantu penuh/full sponge			
	Dibantu sebagian/Assisted sponge			
	Sendiri di kamar mandi/Shower			
	Perawatan mulut/Oral care			
	Kebersihan alat kelamin/Kateter/Perianal care/Foley care			
* Lain-lain/Others				
Kegiatan/Activity	Tirah baring total/total bed rest			
	Tirah baring/Bed rest			
	Duduk dikursi/Sit in chair			
	B.a.b./B.a.k. dengan Commode/Bedside commode			
	Boleh ke kamar mandi/Bathroom privileges			
	Boleh berjalan/Ambulating			
* Lain-lain/Others				
Keamanan/Safety	Pengaman tempat tidur di naikkan/Side rail-up			
	Pengaman tempat tidur diturunkan/Side rails-down			
	Bell dapat dijangkau/Call bell within reach			
	Rem tempat tidur dikunci/Bed brakes locked			
Eliminasi/Elmination	* B.a.k. spontan/Voiding			
	* Melalui kateter/Catheter			
	* Inkontinen/Incontinent			
	* Buang air besar lar. car/Bowel open			
	* Lain-lain/Others			
Pernap/Resep.	Terapi Oxygen/Oxygen therapy			
	Batuk napas dalam/Cough Deep Breathe			
	Fisioterapi/Physioteraphy			
	* Lain-lain/Others			
Pengobatan/IV/Intravenous Therapy	Ganti tempat penusukan infus/Site Changed			
	Memperhatikan tetesan infus/Rate checked			
	Ganti balutan infus/Dressing changed			
	Ganti set infus/Giving set changed			
	Perawatan CVC/CAC care			
Luka/Wound	Jahitan luka/Staples/Sutures			
	Menggunakan plester perekat/Steristrips			
	Balutan utuh/Dressing intact			
	Ganti Balutan/Dressing changed			
	* Lain-lain/Others			

* Keterangan lebih detail dilu... pada catatan keperawatan

Gambaran pelaksanaan..., Rurry Novitasari...[et.al.], FIK UI, 2005

RN. 019. 98. RM. REV. 02. 05

Jakarta 12950		Tanggal lahir		Umur		Jenis Kelamin Lk - Pr		Kamar/Kelas			
RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN		Diagnosa Medis :		Diagnosa Keperawatan		Tujuan		Nama Dokter :			
No. Diag		Diare berhubungan dengan : <input type="checkbox"/> Malabsorpsi. <input type="checkbox"/> Gangguan pencernaan akibat dari : <input type="checkbox"/> Infamasi <input type="checkbox"/> Infeksi. <input type="checkbox"/> Radiasi. <input type="checkbox"/> Khamoterapi <input type="checkbox"/> Cemas. <input type="checkbox"/> Penggunaan obat-obatan. <input type="checkbox"/> Pemberian makan melalui NGT.		B.A.B pasien tidak lebih dari 3 (tiga) kali sehari, kondisi faeces normal.		a <input type="checkbox"/> Memberikan obat anti diare sesuai instruksi dokter. b <input type="checkbox"/> Merubah diet dengan : <input type="checkbox"/> Menghentikan makanan padat. <input type="checkbox"/> Memberikan cairan peroral sesuai dengan jumlah faeces yang keluar <input type="checkbox"/> Menghindari makanan yang merangsang misalnya kopi, susu, lemak, pedas, asam. c <input type="checkbox"/> Memberikan makanan padat secara bertahap sesuai dengan kondisi (diare) pasien. d <input type="checkbox"/> Membantu pasien untuk membersihkan perianal setiap selesai b.a.b. e <input type="checkbox"/> Melakukan observasi keadaan kulit disekitar perianal. f <input type="checkbox"/> Memberikan zalf pelindung kulit sekitar perianal setiap kali selesai b.a.b. g <input type="checkbox"/> Menghitung keseimbangan cairan setiap jam h <input type="checkbox"/> Menghitung frekuensi dan jumlah b.a.b. i <input type="checkbox"/> Melakukan observasi hising usus : j <input type="checkbox"/> Melakukan observasi adanya tanda-tanda dehidrasi setiap jam meliputi : • Turgor kulit • Tanda-tanda vital. • Keadaan ahun-ubun, mata dan mukosa lidah.		Rencana Tindakan		Perawat Nm/Pr	

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal Lahir: Umur Jenis Kelamin Kamar / Kelas

Tg/Jam: No. Diag: Diagnosa Keperawatan: Diagnosa Medis: Nama Dokter:

Perawat Nm/prf	Rencana Tindakan	Tujuan	Diagnosa Keperawatan
	<p>a Kaji tingkat ansietas : <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat <input type="checkbox"/> Panik</p> <p>b Berikan kenyamanan dan ketenangan hati <input type="checkbox"/> Jangan tinggalkan pasien sendiri. <input type="checkbox"/> Hindari pasien untuk membuat keputusan. <input type="checkbox"/> Berbicara pelan dan tenang, gunakan kalimat yang pendek dan sederhana <input type="checkbox"/> Perhatikan rasa empati, sentuh pasien (biarkan pasien menangis, berbica- <input type="checkbox"/> ra dan lain-lain).</p> <p>c Menyingkirkan stimulasi yang berlebihan. <input type="checkbox"/> Membantu pasien untuk mengenali ansietasnya (untuk dapat memahami <input type="checkbox"/> atau memecahkan masalah.</p> <p>c Menggali perilaku alternatif yang dapat digunakan, jika mekanisme ko- <input type="checkbox"/> pingnya maladaptif.</p> <p>f Membantu pasien untuk mengingat dan menganalisa ansietas yang sama. <input type="checkbox"/> Ajarkan tehnik-tehnik relaksasi. <input type="checkbox"/> Bernafas dengan irama lambat. <input type="checkbox"/> Melakukan relaksasi otot. <input type="checkbox"/> Menenangkan pikiran.</p>	<p>Pasien mampu mengatasi rasa cemasnya dengan : - Mengungkapkan penye- bab rasa cemas. - Mengetahui cara meng- alasi kecemasan.</p>	<p>Ansietas sububangan dengan D.O. <input type="checkbox"/> Peningkatan frekwensi jantung (HR). <input type="checkbox"/> Kenaikan tekanan darah <input type="checkbox"/> Letih dan lemah. <input type="checkbox"/> Peningkatan frekwensi pernafasan. <input type="checkbox"/> Semburat merah/pucat. <input type="checkbox"/> Banyak keringat. <input type="checkbox"/> Dilatasi pupil. <input type="checkbox"/> Perubahan tinggi suara/ suara tremor. <input type="checkbox"/> Gemetar <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Palpitasi</p>

R.S. MEDISTR		Nama Pasien :		No. Rekam Medis	
Jl. Gatot Subroto Kav. 59		Tanggal Lahir :		Kamar / Kelas	
Jakarta 12950		Umur		Jenis Kelamin	
		Lk-Pr		Nama Dokter :	
RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN		Diagnosa Keperawatan		Rencana Tindakan	
Tgl/ Jam	No. Diag	Tujuan			Perawat Nn/Prf
		<p>Pasien dapat mengosongkan kandung kemihnya.</p> <p>Referensi urin selubung dgn : <input type="checkbox"/> Anestesi umum. <input type="checkbox"/> Anestesi lokal.</p> <p><input type="checkbox"/> Tekanan yang tinggi pd sistem ureter yang disorbitkan oleh : <input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Rasa sakit/nyeri. <input type="checkbox"/> Intake yang tidak adekuat. <input type="checkbox"/> Adanya sumbatan di daerah uretra. <input type="checkbox"/> Kemungkinan syaraf.</p> <p>D.O. <input type="checkbox"/> Urine yang keluar < 30 ml/jam. <input type="checkbox"/> Urine tidak ada selama 2 jam berturut-turut. <input type="checkbox"/> Frekwensi B.A.K.berkurang. <input type="checkbox"/> Perut daerah symphysis legang.</p>	<p>a <input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk berdiri saat BAK</p> <p>b <input type="checkbox"/> Menyiram daerah perineum dengan air hangat untuk merangsang BAK</p> <p>c <input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk melakukan manuver crede's : - Meletakkan kedua tangan pasien di daerah symphysis. - Melakukan penekanan dengan kedua tangan tersebut. - Melakukan observasi kemampuan BAK spontan.</p> <p>d <input type="checkbox"/> Melakukan pemasangan kateter sementara (nelaton/logan) sesuai instruksi dokter.</p> <p>e <input type="checkbox"/> Melakukan pemasangan folley catheter sesuai instruksi dokter.</p> <p>f <input type="checkbox"/> Menjelaskan pada pasien tentang pentingnya intake yang adekuat 8 s/d 10 gelas cairan/hari).</p> <p>g <input type="checkbox"/> Menghitung keseimbangan cairan.</p> <p>h <input type="checkbox"/> Melakukan monitor jumlah, frekwensi dan warna urine.</p> <p>i <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan dokter untuk pemeriksaan diagnostik.</p>		

R.S. MEDISTRA Jl. Gatot Subroto Kav. 59 Jakarta 12950		Nama Pasien :		No. Rekam Medis	
RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN		Tanggal lahir	Umur	Jenis Kelamin	Kamar/Kelas :
Tgl : Jan :	No. Diag :	Diagnosa Medis :		Nama Dokter :	
Diagnosa Keperawatan		Tujuan		Rencana Tindakan	
Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dgn :		Kebutuhan akan nutrisi pasien terpenuhi ditandai dgn :		a. Timbang BB pasien, monitor setiap hari.	
<input type="checkbox"/> Perilaku makan kebiasaan yang buruk <input type="checkbox"/> Ioni & kesulitan dalam men- <input type="checkbox"/> cerna kalori yang dibutulu- <input type="checkbox"/> kan akibat luka bakar/infek- <input type="checkbox"/> sifanker.		<input type="checkbox"/> Berat badan pasien bertambah <input type="checkbox"/> Nafsu makan pasien bertam- <input type="checkbox"/> baik.		<input type="checkbox"/> Jelaskan padaangaya nutrisi yang ada pada <input type="checkbox"/> jadwal makan baru individu untuk istimilat sebelum ma- <input type="checkbox"/> kan.	
<input type="checkbox"/> Disfagia akibat cedera cere- <input type="checkbox"/> brovasuler/cerebral palsy/ <input type="checkbox"/> parkinson/kelelahan-kelelahan <input type="checkbox"/> neuromuskular/distrofi otot.		<input type="checkbox"/> Muntah dan muntah berla- <input type="checkbox"/> rang.		<input type="checkbox"/> Pertahankan kebersihan mulut yang baik sebelum dan <input type="checkbox"/> sesudah mengunyah makanan.	
<input type="checkbox"/> Penurunan keinginan untuk <input type="checkbox"/> makan akibat perubahan <input type="checkbox"/> tingkat kesadaran.		<input type="checkbox"/> B.A.B. normal.		<input type="checkbox"/> Tawarkan makan porsi kecil tapi sering.	
<input type="checkbox"/> Muntah yang dirangsang <input type="checkbox"/> sendiri akibat anoreksia ner- <input type="checkbox"/> vosia.				<input type="checkbox"/> Atur agar pasien mendapatkan nutrisi yang berprotein/ <input type="checkbox"/> kalori tinggi yang disajikan pada saat individu ingin <input type="checkbox"/> makan.	
<input type="checkbox"/> Keengganan untuk makan <input type="checkbox"/> karena takut keracunan ala- <input type="checkbox"/> bet perilaku paranoid.				<input type="checkbox"/> Anjurkan pasien yang mengalami penurunan nafsu ma- <input type="checkbox"/> kan untuk :	
<input type="checkbox"/> Anoreksia				<input type="checkbox"/> Makan makanan kering saat bangun tidur.	
<input type="checkbox"/> Diare akibat infeksi protozoa				<input type="checkbox"/> Myalkan makanan yang asin jika tidak ada pantangan.	
<input type="checkbox"/> Muntah anoreksia dan ke- <input type="checkbox"/> rusakan pencernaan akibat <input type="checkbox"/> pankreatitis.				<input type="checkbox"/> Hindari makanan yang terlalu manis, berminyak.	
				<input type="checkbox"/> Mencoba minuman bening yang dingin.	
				<input type="checkbox"/> Minum sedikit-sedikit dengan sedotan.	
				<input type="checkbox"/> Makan kapan saja bila dapat ditoleransi.	
				<input type="checkbox"/> Monitor hasil laboratorium.	

R.S. MEDISTRA		Nama Pasien :		No. Rekam Medis	
Jl. Gatot Subroto Kav. 59		Tanggal Lahir :		Kamar / Kelas	
Jakarta 12950		Umur		Jenis Kelamin	
RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN		Lk-Pr			
Tgl No. Jam		Diagnosa Keperawatan		Nama Dokter :	
Diagn		Tujuan		Rencana Tindakan	

Peningkatan suhu tubuh/panas berhubungan dengan : <input type="checkbox"/> Lingkungan yang panas <input type="checkbox"/> Aktivitas yang berlebihan. <input type="checkbox"/> an. <input type="checkbox"/> Pengobatan. <input type="checkbox"/> Anestesi. <input type="checkbox"/> Saki/trauma. <input type="checkbox"/> Dehidrasi. <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan mengulirkan keringat.	- Pasien dapat mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal. - Perawatan dan daya hidup di dalam batas normal.	a <input type="checkbox"/> Melakukan observasi tanda-tanda vital setiap jam. b <input type="checkbox"/> Lakukan penanganan untuk menurunkan panas dengan koumpres es. c <input type="checkbox"/> Melaksanakan paksaan dan penutup (selimut) yang tebal. d <input type="checkbox"/> Mengukur suhu rumagam, sehingga mencapai 25° C e <input type="checkbox"/> Memberikan minuman . . . cc/jam bila tidak ada kontra indikasi. f <input type="checkbox"/> Mengukur intake dan out put setiap jam. g <input type="checkbox"/> Mencaat ungu dan berat badan. h <input type="checkbox"/> Melindungi lidah pasien jika ada kejang dengan menggunakan tong spatel. i <input type="checkbox"/> Menjelaskan pengukuran suhu dan semua pengobatan yang dilakukan. j <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antipiretik. k <input type="checkbox"/> Melakukan observasi faktor yang dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh.
D.O. <input type="checkbox"/> Suhu tubuh C <input type="checkbox"/> Nadi /menit. <input type="checkbox"/> TD mmHg <input type="checkbox"/> RR /menit. <input type="checkbox"/> Perabaan kulit panas. <input type="checkbox"/> Kulit merah, bibir merah. <input type="checkbox"/> Diaphoresis (berkeringat) <input type="checkbox"/> Irritability. <input type="checkbox"/> Kejang <input type="checkbox"/> Dehidrasi. <input type="checkbox"/> Balans cairan cc/jam <input type="checkbox"/> Menggigit.		

R.S. MEDISTRA		Nama Pasien :		No. Rekam Medis	
Jl. Gatot Subroto Kav 59 Jakarta 12950		Tanggal lahir		Jenis Kelamin	
RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN		Umur		Kamar/Kelas :	
Diagnosa Keperawatan		Nama Dokter :		Perawat Nm/Prf	
Tgl/ Jam	No. Diag	Tujuan	Rencana Tindakan		
	<p>Tidak efektifnya kebersihan jalan nafas berhubungan dengan :</p> <p><input type="checkbox"/> Infeksi tracheobronkial.</p> <p><input type="checkbox"/> Obstruksi (adanya benda asing) tracheobronkial.</p> <p><input type="checkbox"/> Banyaknya sekresi tracheobronkial.</p> <p><input type="checkbox"/> Trauma.</p> <p>D.O. :</p> <p><input type="checkbox"/> Suara nafas abnormal (crackles, wheezes, ronchi)</p> <p><input type="checkbox"/> Irang nafas</p> <p><input type="checkbox"/> Kedalaman nafas abnormal.</p> <p><input type="checkbox"/> Dyspnea</p> <p>Panas ° C</p> <p>RR /min.</p> <p>Slim warna</p>	<p>Pasien mampu mengeluarkan sekresi, benda asing dan jalan nafasnya ditandai dengan :</p> <p>- Tidak ada tanda-tanda apnea.</p> <p>- Warna kilit normal.</p> <p>- Mampu batuk secara efektif, mengeluarkan sekret dan nafas dalam.</p>	<p>a <input type="checkbox"/> Melakukan monitor pernafasan : irama, pola, kedalaman, dyspnea, penggunaan otot-otot pernafasan, posisi saat bernafas setiap jam.</p> <p>b <input type="checkbox"/> Melakukan observasi tanda-tanda vital (TD, SH, N, RR) setiap jam.</p> <p>c <input type="checkbox"/> Melakukan observasi kemampuan untuk batuk.</p> <p>d <input type="checkbox"/> Jika batuk tidak efektif, gunakan e-pharyngeal atau tracheal suction.</p> <p>e <input type="checkbox"/> Membingning pasien untuk nafas dalam pada saat sebelum dan sesudah penghisapan dan berikan O2 sesuai dengan kebutuhan.</p> <p>f <input type="checkbox"/> Menilai keadaan sputum, kualitas, warna, jumlah dan konsistensi.</p> <p>g <input type="checkbox"/> Mengatur posisi pasien (semi Fowler/fowler).</p> <p>h <input type="checkbox"/> Mengajarkan/mendemonstrasikan cara batuk yang efektif.</p> <p>i <input type="checkbox"/> Mengajarkan/mendemonstrasikan cara batuk yang efektif.</p>		

R.S. MEDISTR Jl. Gatot Subroto Kav. 59 Jakarta 12950		Nama Pasien : Tanggal Lahir :		No. Rekam Medis / Kamar / Kelas	
RENCANA ASUTAN KEPERAWATAN		Umur : Jenis Kelamin : Laka-Pr :	Nama Dokter :		
Tgl / Jam	No. / Div.	Diagnosa Medis :	Tujuan	Rencana Tindakan	Perawat / Ners/pt
Nyeri/sakit berhubungan dgn <input type="checkbox"/> Trauma. <input type="checkbox"/> Kolick. <input type="checkbox"/> Luka terbuka. <input type="checkbox"/> D.O.		• Pasien mengatakan bahwa rasa nyeri sudah berkurang. • Rasa nyeri iritasi dengan tanda-tanda : - Pasien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang. - Tanda-tanda vital normal - Pasien tampak tenang.	a <input type="checkbox"/> Kaji karakteristik rasa nyeri pasien : • Kualitas (rasa terbakar atau tertusuk). • Berat-ringannya. • Lokasi rasa nyeri. • Lamanya nyeri, terus menerus/tidak. • Faktor pencetus. b <input type="checkbox"/> Kaji penyebab terjadinya rasa nyeri tersebut. c <input type="checkbox"/> Observasi tanda-tanda vital (TD, Nadi, RR, Temperatur), warna dan kelembaban kulit setiap menit. d <input type="checkbox"/> Atur posisi pasien sampai mendapatkan rasa nyaman. e <input type="checkbox"/> Berikan kompres : <input type="checkbox"/> hangat. <input type="checkbox"/> dingin.	f <input type="checkbox"/> Ajarkan teknik relaksasi : <input type="checkbox"/> Tingkatkan relaksasi dengan pijat dipunggung. <input type="checkbox"/> Bernafas perlahan, teratur atau nafas dalam. g <input type="checkbox"/> Jelaskan penyebab/ rasa tidak nyaman (rasa nyeri) pada pasien. h <input type="checkbox"/> Berikan pasien analgetik sesuai instruksi dokter.	
Ekspresi wajah seperti : <input type="checkbox"/> Meringis. <input type="checkbox"/> Pucat. <input type="checkbox"/> Ketakutan. <input type="checkbox"/> Ekspresi wajah pasien yang menunjukkan rasa nyeri.		TD = N : SH = RR : <input type="checkbox"/> Diaforesis/berkeringat. <input type="checkbox"/> Dilatasi pupil. D.S. Pasien mengeluh sakit pada <input type="checkbox"/> Pasien mengeluh tidak bisa tidur.			

Keterangan:
 Berikan tanda centang (v) pada kotak yang disediakan sesuai dengan keadaan pasien dan rencana tindakan yang dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien.
 Nama dan Tanggal:

RS. MEDISTRA Jl. Gatot Subroto Kav. 59 Jakarta 12950			Nama Pasien :			No. Rekam Medis					
CATATAN PERKEMBANGAN			Tanggal Lahir :	Umur	Jenis Kelamin Lk - Pr	Kamar / Kelas :					
			Diagnosa Medis :			Nama Dokter :					
Tanggal	No. Diag	E V A L U A S I					Perawat				
								Nama	Paraf		