

PENGALAMAN PERAWAT MELAKSANAKAN PENKAJIAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN

I Made Sukma Wijaya

Ahsan

Kumboyono

Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya

Email: kadek-jay@yahoo.com

Abstract: *The Experience Of Nurses Implement The Nursing Process And Documentation.* The aims of this study is to explore the experiences of nurses perform nursing emergency assessment in the triage room. This study used a qualitative research design with interpretive phenomenological approach. Participant of this study as many as eight people who work at triage room emergency Sanglah Hospital Denpasar. All participants have been work more than three years in the emergency room that conducted indepth interviews to explore their experiences. Data from interviews were transcripts and analyzed using Dikelman which resulted three major themes in the experience of nurses perform nursing assessment that is material (initial and further assessment), data sources (primer and secondary data) and limitations (health provider and patient aspects).

Abstrak: Pengalaman Perawat Melaksanakan Pengkajian Keperawatan Kegawatdaruratan. Tujuan penelitian ini adalah mengeksplorasi pengalaman perawat melaksanakan pengkajian keperawatan kegawatdaruratan di ruang Triage. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Partisipan penelitian ini sebanyak delapan orang perawat di ruang triage Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUP Sanglah Denpasar. Partisipan memiliki pengalaman kerja lebih dari tiga tahun di IGD yang dilakukan wawancara mendalam untuk mengeksplorasi pengalamannya. Data hasil wawancara di transkrip dan di analisis menggunakan Dikelman yang menghasilkan 3 tema utama dalam pengalaman perawat melakukan pengkajian keperawatan, yaitu; materi (pengkajian awal dan lanjutan), sumber data (primer dan sekunder) dan keterbatasan aspek tenaga kesehatan dan aspek pasien).

Kata Kunci: Pengalaman Perawat, Pengkajian Keperawatan, Kegawatdaruratan

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah lingkungan kerja yang kompleks dengan adanya berbagai interaksi multidisiplin tenaga kesehatan profesional dalam penanganan pasien dengan kasus kegawatdaruratan (Bruce dan Suserud, 2005). Beban kerja berat, keramaian, bencana kematian dan perawatan pasien dengan kondisi kritis menjadi beberapa faktor yang membuat lingkungan IGD kompleks dan penuh stress (Ross-Adjie et al, 2007; Healy dan Tyrell, 2011). Kondisi lingkungan IGD yang kompleks tersebut

akan mempengaruhi kualitas dalam memberikan perawatan, akses pelayanan kesehatan, keselamatan pasien, kepuasan pasien termasuk proses keperawatan (Baer, Pasternack, dan Zwemer, 2001; Hoot dan Aronsky, 2008; Kolb, Peck, Schoening, dan Lee, 2008; Powell dkk, 2012)

Pelayanan keperawatan yang diberikan di IGD akan menggunakan proses dan dokumentasi keperawatan. Fenomena yang ditemukan dalam lingkup kegawatdaruratan bahwa proses keperawatan di IGD belum berjalan

dengan baik. Alves, Lopes dan Jorge (2008) menyatakan bahwa proses keperawatan sulit diaplikasikan dalam praktik keperawatan. Hasil studi Renfro, O'Sullivan dan McGee (1990) menemukan bahwa 15% aktivitas perawat tidak didokumentasikan dengan baik yang berarti proses keperawatan tidak berjalan baik. Menurut studi pendahuluan pada salah satu rumah sakit di Bali ditemukan bahwa proses keperawatan di IGD belum terlaksana secara optimal. Lebih lanjut disampaikan kembali dari studi oleh McKerras (2002) menemukan bahwa belum ada investigasi untuk mencari alasan masalah proses keperawatan yang tidak berjalan baik itu terjadi.

Proses keperawatan memiliki lima tahapan yaitu; pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana perawatan, implementasi dan evaluasi. Tahap pengkajian merupakan tahapan pertama yang vital yang bertujuan untuk mencari data-data abnormalitas dari pasien yang masuk ke IGD. Proses keperawatan termasuk pengkajian keperawatan memiliki kendala dalam aplikasinya termasuk dalam lingkup IGD. Fenomena tersebut cenderung banyak terjadi akibat lingkungan IGD yang kompleks dengan beban kerja tinggi, rasio perawat dan pasien rendah (Geyer, 2005; Eeden, 2009; Powell dkk, 2012). Dengan demikian, peneliti tertarik melakukan studi kualitatif terkait dengan pengalaman perawat melaksanakan salah satu tahapan proses keperawatan di IGD yaitu pengkajian keperawatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman perawat melaksanakan pengkajian keperawatan kegawatdaruratan di Ruang Triage IGD RSUP Sanglah Denpasar.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Penelitian ini dilaksanakan di ruang Triage IGD RSUP Sanglah Denpasar Bali selama tiga bulan

(Mei-Juli 2014). Partisipan adalah perawat yang bekerja di ruang triage IGD.

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah delapan orang untuk dapat mencapai saturasi data. Partisipan dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* yang sesuai kriteria inklusi; (1) pengalaman minimal tiga tahun berdasarkan Benner (2001) yang menyatakan sudah memenuhi syarat mengetahui dan mengerti secara holistik kondisi tempat kerja, (2) memiliki sertifikat minimal *basic life support*, (3) sehat jasmani dan rohani, (4) bersedia, (5) komunikasi baik.

Wawancara mendalam secara semi-struktural telah dilakukan dengan partisipan. Wawancara direkam menggunakan program *voice recorder*. Hasil wawancara di transkrip kemudian dianalisis menggunakan *Dikermann Hermeneutic Analyzis* untuk mendapatkan tema-tema sebagai hasil penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang memiliki peran penting dalam tahap proses keperawatan berikutnya. Penelitian ini mendapatkan ada 3 tema besar dari pengalaman perawat melaksanakan pengkajian keperawatan kegawatdaruratan yaitu materi, sumber data, dan keterbatasan pengkajian. Berikut pemaparan tema yang didapatkan dalam pengalaman perawat melaksanakan pengkajian keperawatan gawat darurat di IGD. Tema menggunakan *font bold*, sub tema *bold italic*, sub-sub tema *italic*, kategori dan kata kunci *indent* dan *italic*.

Materi Pengkajian

Pasien yang masuk ke IGD pertama kali akan dilakukan pengkajian keperawatan dengan materi pengkajian, yaitu; pengkajian awal dan pengkajian lanjutan. *Pengkajian awal* perawat melakukan pengkajian berupa *pengkajian primer* dengan menanyakan keluhan utama

dan survei primer. Hal tersebut diungkapkan partisipan berikut.

"...pengkajiannya dari data awalnya itu hanya keluhan utama saja, tidak bisa kita lebar gitu..." (P1)

"Primer kayak eee apa ya, ABC, airway gimana, breathing nya gimana, sirkulasinya, kemudian ada ee kayak GCSnya" (P8)

Berdasarkan pernyataan di atas partisipan menunjukkan bahwa pengkajian awal adalah pengkajian primer menanyakan keluhan utama dan survei primer (*airway, breathing, circulation, disability* atau ABCD). Hasil pengkajian awal akan menentukan tingkat kegawatdaruratan pasien kemudian dipilah ke ruangan sesuai kondisi kegawatdaruratannya untuk melanjutkan pengkajian.

Pengkajian lanjutan dilakukan dengan pengkajian sekunder di ruang masing-masing sesuai kondisi kegawatdaruratannya (*triage bedah, medik, fast track*, dan anak). Pengkajian sekunder, meliputi; *pengkajian sekunder dilakukan dan tidak dilakukan*. Pengkajian sekunder yang dilakukan akan dikaji pemeriksaan tanda vital, riwayat kesehatan, dan riwayat cedera. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut.

"Untuk tensi, nadi itukan sudah cukup sekali...untuk riwayat penyakitnya mungkin kita bisa...ada riwayat alergi gitu kita bisa sih" (P3)

"...kemudian kayak eee bagaimana peristiwa MOI-nya (Mechanism of Injury/Mekanisme dari cedera), bagaimana, kenapa bisa terjadi, misalkan kecelakaan, kenapa, ada alkohol atau dia mengantuk ..." (P8)

Sedangkan pengkajian sekunder yang tidak dilakukan adalah pemeriksaan fisik, seperti yang disampaikan partisipan berikut ini.

"...biasanya sih lebih sering dilakukan sama dokternya kalau pemeriksaan fisik" (P7).

Pengkajian awal dan lanjutan yang dilakukan perawat akan dikelompokkan kembali sesuai dengan sumber data pengkajian.

Sumber Data Pengkajian

Data-data yang terkumpul dari pengkajian akan dibagi menjadi dua data berdasarkan sumber data pengkajian, yaitu; data primer dan data sekunder. Data-data tersebut akan berguna pada tahap proses keperawatan selanjutnya.

Data primer adalah data yang langsung didapatkan perawat dari pasien. Berdasarkan hasil wawancara data primer didapatkan dari *pengkajian mandiri perawat* dan *pengkajian bersama multidisiplin*. Hal tersebut dinyatakan partisipan berikut.

"...keluhan utama kita kaji, permasalahannya apa, itu yang paling sering kita lakukan terlebih dahulu..." (P5)

"Bisa, terus ada juga dapat kita lihat, misalnya oh ada luka, ada ada jejas misalnya" (P8)

Pernyataan partisipan di atas menunjukkan bahwa perawat mendapatkan data primer dari pengkajian mandiri berupa masalah utama dan penunjang masalah utama seperti pemeriksaan lokasi luka dalam *exposure*. Sedangkan data primer dari pengkajian bersama multidisiplin berupa survei primer (ABCD). Berikut pernyataan partisipan ketika ditanyakan tentang pengkajian primer khususnya survei primer.

"Ya dilakukan lagi tapi kan biasanya itu kan bersama-sama dengan dokter dan sebagainya..." (P1)

Sumber data berikutnya yaitu **data sekunder**. Data yang didapatkan bukan langsung dari pasien disebut data sekunder. Data sekunder didapatkan dari pengkajian dari *pengantar pasien* dan *data multidisiplin*, seperti pernyataan partisipan berikut.

"...nah kalau yang ada keluarganya, kita tanya keluarganya, bagaimana kejadiannya... nah yang tidak ada keluarga, ya sebatas kita tanya sama yang nganter misalnya dari ambulans siapa di bagian kecelakaan..." (P8)

"Kalau untuk pengkajian, kita kadang kebanyakan eee melihat di pengkajian dokter ya..." (P3)

Berdasarkan pernyataan partisipan di atas menunjukkan bahwa data sekunder didapatkan dari perawat dengan mengkaji ke keluarga atau pengantar pasien jika tidak sadar dan melihat ke pengkajian petugas kesehatan lainnya.

Berdasarkan hasil wawancara sebagian besar data pengkajian bersumber dari data sekunder yaitu dari tenaga kesehatan lainnya. Hal tersebut disebabkan adanya keterbatasan perawat dalam melakukan pengkajian.

Keterbatasan Pengkajian

Keterbatasan perawat dalam melakukan pengkajian keperawatan di IGD, meliputi; aspek tenaga kesehatan dan aspek pasien. **Aspek tenaga kesehatan** yang dialami perawat seperti; *ketidakseimbangan jumlah perawat dan pasien, ketidakseimbangan jumlah antara tenaga kesehatan, dan pengetahuan perawat*. Berikut ini pernyataan partisipan.

"...kita tidak mengkaji itu ...tenaganya kan berapa orang itu, dikit ya..." (P2)

"Perawatnya satu, dokternya lima, kadang-kadang eee belum sempat kita ambil sudah dokternya yang mengkaji..." (P7)

"...sekunder... mungkin karena lupa atau ngga bisa, ngga pernah terbayang..."(P2)

Pernyataan partisipan di atas menunjukkan bahwa tenaga perawat yang kurang daripada pasien ataupun dokter, serta pengetahuan yang kurang menjadikan perawat terbatas melaksanakan pengkajian keperawatan di IGD.

Keterbatasan pengkajian juga didapat dari **aspek pasien**. Partisipan menyatakan bahwa *kuantitas dan kualitas pasien* menyebabkan pengkajian terbatas. Berikut ini pernyataan partisipan.

"Iya, karena banyaknya pasien juga"(P3)

"...mengkaji mungkin tidak sedetail itu loh, kita lihat sepintas...nanti buru-buru marah-marah pasiennya..."(P2)

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa pasien yang berlebihan sebagai kuantitas dan kondisi pasien yang mudah marah sebagai kualitas menjadi keterbatasan dalam pengkajian. Tahap pengkajian merupakan tahapan awal yang penting dalam proses keperawatan sehingga data yang ditemukan harus akurat.

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dan sistematis yang digunakan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terdiri dari lima tahapan yaitu; pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana perawatan, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan ini digunakan sebagai kerangka kerja pemecahan masalah kesehatan yang ditemukan (Adeyomo dan Olaogun, 2013). Tahapan awal dari proses keperawatan adalah pengkajian keperawatan yang bertujuan untuk menemukan data-data pengkajian dari hasil wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik

Pengalaman perawat dalam pengkajian menemukan tema materi, sumber dan keterbatasan pengkajian. Dalam materi pengkajian terdapat pengkajian awal

berupa pengkajian primer dan lanjutan berupa pengkajian sekunder. Hal ini sesuai dengan konsep yang disampaikan *Emergency Nurses Association* (2000) bahwa pengkajian keperawatan gawat darurat meliputi pengkajian primer berupa pemeriksaan ABCD. Lebih lanjut Depkes (2005) juga menyampaikan pengkajian keperawatan di IGD untuk pengkajian sekunder dilakukan dengan mengkaji subjektif riwayat penyakit sekarang, terdahulu, pengobatan dan keluarga sedangkan secara objektif dikaji singkat exposure, tanda vital, pemeriksaan fisik dan inspeksi permukaan bagian punggung.

Pada kenyataannya banyak pengkajian yang dilakukan oleh perawat hanya keluhan utama, riwayat kesehatan dan riwayat cedera. Survei primer lebih banyak dikaji bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya dan pemeriksaan fisik pada pengkajian sekunder jarang dilakukan oleh perawat dan lebih banyak dilakukan dokter. Data pengkajian juga lebih banyak berupa data sekunder yang diambil dari pengkajian dokter. Hal tersebut akibat keterbatasan dalam pengkajian seperti tenaga perawat terbatas, jumlah tenaga dokter yang lebih banyak, pengetahuan perawat, jumlah pasien banyak dan kondisi pasien yang mudah marah akibat situasi kegawatannya.

Menurut Domres, Koch, Manager dan Becker (2001) menyatakan bahwa jumlah tenaga kesehatan sebagai sumber daya manusia di IGD terbatas tidak dapat memenuhi kebutuhan pasien gawat atau kritis yang berlebihan. Jumlah pasien yang banyak dan berlebihan disebut *overcrowding* merupakan masalah paling umum di IGD yang memberikan beban tinggi perawat dan mempengaruhi kualitas perawatannya (Baer, Pasternack, dan Zwemer, 2001; Hoot dan Aronsky, 2008; Kolb, Peck, Schoening, dan Lee, 2008; Powell dkk, 2012). Wolf (2007) juga menyatakan bahwa perawat yang bekerja di IGD harus memiliki keterampilan memprioritaskan dan melakukan pengkajian dengan cepat tetapi akurat serta

dilakukan berdasarkan pengkajian primer dan sekunder. Berdasarkan penelitian Adeyemo dan Olagon (2013) menemukan bahwa faktor pengetahuan perawat memiliki pengaruh lebih besar daripada faktor lainnya dalam aplikasi proses keperawatan yang termasuk pengkajian keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

SIMPULAN

Penelitian pengalaman perawat dalam melaksanakan pengkajian keperawatan gawat darurat menghasilkan 3 tema besar, yaitu materi, sumber data dan keterbatasan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan khususnya dalam melakukan pengkajian keperawatan kegawatdaruratan sehingga data-data ditemu-kan akurat dan tepat sebagai dasar intervensi kritis untuk menurunkan angka kecacatan dan kematian.

DAFTAR RUJUKAN

- Adeyemo, F.O., dan Olaogun, A.A.A.E. 2013. Factors Affecting The Use of Nursing Process in Health Institutions in Ogbomosho Town, Oyo State. *International Journal of Medicine and Pharmaceutical Sciences*, 3(1): 91-98.
- Alves, A.R., Lopes, C.H., dan Jorge, M.S. 2008. The Meaning of The Nursing Process for Nurses of Intensive Therapy Units: an Interactionist Approach. *Rev Esc Enferm USP*, 42 (4): 649-655.
- Baer, R.B., Pasternack, J.S., dan Zwemer, F.L. 2001. Recently Discharge Inpatients as A Source of Emergency Department Overcrowding. *Academic Emergency Medicine*, 8(11): 1091-1094
- Bruce, K., dan Suserud, B.O. 2005. The Handover Process and Triage of Ambulance-Borne Patients: The Experiences of Emergency Nurses. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 10(4): 201-209.

- Depkes. 2005. *Pedoman Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit*. Direktorat Keperawatan dan Pelayanan Medik, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI. Jakarta
- Domres, B., Koch, M., Manger, A., Becker, H.D. 2001. Ethics and triage. *Prehospital Disaster Med*, **16**:53-8
- Eeden, I.E. 2009. Development of A Nursing Record Tool for Critically Ill or Injured Patients in An Accident and Emergency (A&E) Units. *Dissertation*. University of Pretoria.
- Emergency Nurses Association. 2000. *Emergency Nursing Core Curriculum*. Fifth Edition. WB. Saunders Company. Philadelphia
- Geyer, N. (2005). *Record Keeping: Professional Nurse Practitioners Series*. Juta .CapeTown.
- Healy, S., dan Tyrrell, M. 2011. Stress in Emergency Departments: Experiences of Nurses and Doctors. *Emergency Nurse*, **19**(4): 31-36.
- Kolb, E.M.W., Peck, J., Schoening, S., dan Lee, T. 2008. Reducing Emergency Departemen Overcrowding-Five Patient Buffer Concepts in Comparasion. *Proceeding*. Winter Simulation Conference
- McKerras, R. 2002. Emergency Nurses and Documentation. *Emergency Nurse New Zealand*, **1**(3): 5-11
- Muller, M. 2001. *Nursing Dynamics*. Third Edition. Heinemann. Cape Town.
- Powell, E.S., Khare, R.K., Venkatesh, A.K., Roo, B.D., Adams, J.G., dan Reinhardt, G. (2012). The Relationship Between Inpatient Discharge Timing and Emergency Departement Boarding. *The Journal of Emergency Medicine*, **42**(2): 186-196.
- Renfro, D.H., O'Sullivan, P.S., dan McGee, G.W. 1990. The Relationship of Attitude, Subjective Norm and Behavioural Intent to The Documentation Behaviour of Nurses. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: an International Journal*, **4**(1): 47-60.
- Ross-Adjie, G., Leslie, G., Gillman, L. 2007. Occupational Stress in The ED: What Matters to Nurses?. *Australasian Emergency Nursing Journal*, **10**(3): 117-123.
- Wolf, L. 2007. Teaching Critical Thinking: Lesson from An Emergency Departemen Educator. *Paper Presented at Conference The 39th Bienial Convention*, Massachusetts, USA, 3-7 November 2007. https://stti.confex.com/stti/bc39/techprogram/paper_35514.htm. Diakses pada tanggal 22 Mei 2013.