

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

a. Definisi

Rumah sakit merupakan suatu instansi atau organisasi social dan kesehatan yang berfungsi sebagai pelayanan yang memiliki manajemen yang baik dalam memberikan pelayanan kepada pasien seperti pelayanan yang secara menyeluruh, dan pengobatan sebagai bentuk peningkatan kualitas pelayanan asuhan, dimana bagian utama terdepan rumah sakit adalah Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang merupakan tempat pertama pasien ditangani berdasarkan kegawatdaruratan ataupun pengelompokkan triage pasien (Musliha,2015).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit pelayanan di Rumah Sakit yang memberi penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang membutuhkan perawatan gawat darurat (Queensland Helth ED,2012). IGD memiliki tujuan utama diantaranya adalah menerima, melakukan triage, menstabilisasi, dan memberikan pelayanan kesehatan akut untuk pasien, termasuk pasien yang membutuhkan resusitasi dan pasien dengan tingkat kegawatan tertentu (*Australasian Collage for Emergency*

Medicine, 2014). Beberapa tipe pasien khusus yang biasa ditemui di IGD yang membutuhkan pemeriksaan dan tindakan yang khusus, antara lain: pasien dengan trauma mayor, pasien lansia, anak-anak dan remaja, pasien dengan gangguan jiwa, pasien dengan penyakit infeksius, dan pasien yang terpapar bahan kimia, biologi atau kontaminasi radiologi (*Australasian Collage for Emergency Medicine*, 2014).

Kementrian Kesehatan RI telah mengatur kebijakan mengenai standarisasi pelayanan di IGD rumah sakit dalam Kemenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009. Peraturan ini ditujukan untuk memperbaiki kualitas IGD di Indonesia. Harus ada komitmen dari pemerintah pusat maupun daerah untuk berpartisipasi dalam memberikan sosialisasi 12 kepada masyarakat bahwasannya penanganan kegawatdaruratan dan life saving tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat harus dilakukan kurang dari 5 menit setelah pasien sampai di IGD.

b. Prinsip Pelayanan di IGD

Prinsip umum pelayanan IGD Rumah Sakit dari Depkes (2010):

1. Rumah sakit harus memiliki pelayanan *emergency* yang memiliki kemampuan dan pengetahuan untuk melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus *emergency* dan resusitasi serta stabilisasi (*live saving*).

2. Instalasi Gawat Darurat rumah sakit diwajibkan untuk memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari selama satu minggu
3. Nama untuk instalasi atau unit gawat darurat di Rumah Sakit harus sama atau diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat.
4. Rumah sakit tidak diperkenankan meminta uang pembayaran awal pada saat menangani kasus gawat darurat.
5. Pasien gawat darurat wajib ditangani maksimal dalam waktu 5 menit setelah sampai di IGD.
6. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi fungsional, dimana terdapat unsur pimpinan dan unsur pelaksanaan.
7. Semua Rumah sakit harus berusaha dalam penyesuaian pelayanan gawat darurat minimal sesuai dengan standar yang ada.

c. Fasilitas

Menurut Kemenkes (2012), kebutuhan ruang, fungsi dan luasan ruang serta kebutuhan fasilitas pada ruang gawat darurat di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1) Ruang Penerimaan

- a) Ruang administrasi, berfungsi untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi, meliputi: pendataan pasien, keuangan dan rekam medik. Besaran ruang/luas bekisar antara 3-5 m²/

petugas (luas area disesuaikan dengan jumlah petugas). Untuk kebutuhan fasilitas antara lain seperti meja, kursi, lemari berkas/arsip, telepon, *safety box* dan peralatan kantor lainnya.

- b) Ruang tunggu pengantar pasien, berfungsi sebagai ruangan dimana keluarga/pengantar pasien menunggu. Ruang ini perlu disediakan tempat duduk dengan jumlah yang sesuai aktivitas pelayanan. Besaran ruang/luas 1-1,5 m²/ orang (luas disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien/hari). Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain kursi, meja, televisi dan alat pengkondisi udara (*AC/Air Condition*).
- c) Ruang triase, ruang tempat memilah – milah kondisi pasien, *true emergency* atau *false emergency*. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti wastafel, kit pemeriksaan sederhana, label.
- d) Ruang penyimpanan brankar, tempat meletakkan/ parker brankar pasien yang siap digunakan apabila diperlukan.
- e) Ruang dekontaminasi (untuk RS di daerah industri), ruang untuk membersihkan/ dekontaminasi pasien setelah *drop off* dari ambulan dan sebelum memasuki area triase. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah shower dan sink lemari/rak alat dekontaminasi.

- f) Area yang dapat digunakan untuk penanganan korban bencana massal. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah area terbuka dengan/tanpa penutup, fasilitas air bersih dan drainase.

2) Ruang Tindakan

- a. Ruang resusitasi, ruangan ini dipergunakan untuk melakukan tindakan penyelamatan penderita gawat darurat akibat gangguan ABC. Luasan ruangan minimal 36 m². Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti nasoparingeal orofaringeal, laringoskop set anak, laringoskop set dewasa, nasotrakeal, orotrakeal, suction, trakeostomi set, bag valve mask, kanul oksigen, oksigen mask, chest tube, ECG, ventilator transport monitor, infusion pump, vena suction, nebulizer, stetoskop, warmer, NGT, USG.
- b. Ruang tindakan bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan bedah ringan pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m²/meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu meja periksa, dressing set, infusion set, vena section set, torakosintesis set, metalkauter, tempat tidur, tiang infus, film viewer.
- c. Ruang tindakan non bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan non bedah pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m²/ meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan

yaitu kubah lambung set, EKG, irrigator, nebulizer, suction, oksigen medis, NGT, infusion pump, jarum spinal, lampu kepala, otoskop set, tiang infus, tempat tidur, film viewer, ophtalmoskop, bronkoskopi, slit lamp.

- d. Ruang observasi, ruang untuk melakukan observasi terhadap pasien setelah diberikan tindakan medis. Kebutuhan fasilitas hanya tempat tidur periksa.
- e. Ruang pos perawat (*nurse station*), ruang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelayanan keperawatan, pengaturan jadwal, dokumentasi s/d evaluasi pasien. Pos perawat harus terletak dipusat blok yang dilayani agar perawat dapat mengawasi pasiennya secara efektif. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain meja, kursi, wastafel, computer, dll.

3) Ruang Penunjang Medis

- a. Ruang petugas/staf, merupakan ruang tempat kerja, istirahat, diskusi petugas IGD, yaitu kepala IGD, dokter, dokter konsulen, perawat. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah sofa, lemari, meja/kursi, wastafel, pantry.
- b. Ruang perawat, ruang ini digunakan sebagai ruang istirahat perawat. Luas ruangan sesuai kebutuhan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain sofa, lemari, meja/kursi, wastafel.

- c. Gudang kotor, fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. Spoolhoek berupa bak atau kloset yang dilengkapi dengan leher angsa. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah kloset leher angsa, kran air bersih.
- d. Toilet petugas, terdiri dari kamar mandi/ WC untuk petugas IGD
- e. Ruang loker, merupakan ruang tempat menyimpan barang barang milik petugas/staf IGD dan ruang ganti pakaian.

4) Kepadatan IGD

Kepadatan atau dalam bahasa Inggris disebut *overcrowded* dapat diartikan penuh sesak atau terlalu penuh. Belum ada definisi universal mengenai *overcrowded* di IGD (Weiss, 2004). Kepadatan dalam layanan kegawat daruratan dapat diartikan kondisi ketika semua tempat tidur dalam IGD penuh, pasien ditempatkan di koridor IGD karena instalasi rawat inap penuh, IGD tidak menerima pasien baru atau mengalihkan ambulan yang akan datang, ruang tunggu IGD penuh, tenaga kesehatan di IGD merasa sibuk sekali dan waktu tunggu diperiksa dokter lebih dari satu jam (Hwang et al., 2011).

1. Faktor yang mempengaruhi kepadatan di IGD (Clark, 2009)
 1. Kurang bed di IGD
 2. Kompleksitas kasus IGD
 3. Volume pasien meningkat

4. Kunjungan pasien tidak gawat
 5. Kurangnya staf perawatan
 6. Kurangnya spesialis sebagai konsulen
 7. Kurangnya dukungan administratif
2. Penyebab kepadatan IGD (Asplin et al., 2003)
1. Input
 - a) Peningkatan jumlah rujukan pasien
 - b) Peningkatan kompleksitas kasus penyakit/cedera di masyarakat
 - c) Kunjungan pasien yang tidak dalam keadaan gawat darurat di IGD
 - d) SPGDT belum optimal
 2. Proses
 - a) Respon petugas kesehatan, proses registrasi, triase, konsultasi, hasil tes diagnostik dan pengambilan keputusan yang lambat
 - b) Tidak tersedia brankar/tempat tidur di IGD
 - c) Pelayanan antar tim kesehatan yang tidak berkesinambungan
 - d) Miskoordinasi dalam tim kesehatan
 - e) Tim kesehatan yang tidak patuh pada prosedur
 - f) Desain bangunan IGD yang belum sesuai standar

- g) Kuantitas dan kualitas sumber daya manusia yang kurang

3. Output

- a) Tidak tersedia tempat tidur pada instalasi rawat inap
- b) Perubahan kondisi pasien yang tiba-tiba
- c) Menunggu proses pemulangan pasien yang berada di instalasi rawat inap
- d) Menunggu proses penyiapan serta pembersihan kamar ranap
- e) Tingginya LOS pasien di instalasi rawat inap
- f) Jumlah perawat di ruang perawatan belum sesuai kebutuhan

4. Pengukuran Kepadatan IGD

NEDOCS (*National Emergency Department Overcrowding Scale*) adalah alat *screening* yang dapat digunakan dengan mudah dan cepat untuk menentukan derajat dari tingkat kepadatan IGD (Boyle et al., 2016). NEDOCS disebut juga alat pelacakan dan komunikasi untuk manajemen lonjakan pasien di pelayanan gawat darurat (Weiss, 2004). Pengertian lain dari NEDOCS adalah alat skrining yang dapat digunakan dengan mudah dan cepat untuk menentukan tingkat kepadatan IGD di rumah sakit (Hwang et al., 2011). NEDOCS terdiri dari tujuh komponen yaitu

(Boyle et al., 2016) :

Variabel tetap :

- a. Jumlah tempat tidur di IGD (bED)
- b. Jumlah tempat tidur di rumah sakit (bh)

Variabel berubah :

- a. Jumlah pasien IGD (LED)
- b. Jumlah pasien IGD dengan ventilator/respirator (Lrp)
- c. Jumlah pasien IGD yang sudah diputuskan ranap tapi masih berada di IGD/boarding (Ladmit)
- d. Waktu terlama pasien IGD yang *boarding* dalam jam (WED)
- e. Waktu tunggu pemeriksaan dokter yang terakhir dalam jam (Wadmit)

Rumus NEDOCS, yang memberikan bobot pada variabel untuk menghasilkan skor adalah sebagai berikut: $NEDOCS = -20 + 85,8 (LED/bED) + 600(Ladmit/bh) + 5,64 WED + 0,93 Wadmit + 13,4 Lrp$ (Boyle et al., 2016). Sedangkan penilaian skor dari NEDOCS dibagi menjadi 6 level, yaitu level 1 : tidak sibuk ($0 \leq NEDOCS < 20$), Level 2: Sibuk ($20 \leq NEDOCS < 60$), Level 3: Sangat sibuk tapi tidak penuh sesak ($60 \leq NEDOCS < 100$), Level 4: penuh sesak ($100 \leq NEDOCS < 140$), Level 5: Sangat penuh sesak ($140 \leq$

NEDOCS <180), Level 6: Berbahaya ($180 \leq \text{NEDOCS}$)
(Boyle et al., 2016).

2. Response Time (Waktu Tanggap)

a. Pengertian

Response time (waktu tanggap) perawat merupakan indikator proses untuk mencapai indikator hasil yaitu kelangsungan hidup. *Response time* adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan pertolongan yang sesuai dengan kegawatdaruratan penyakitnya sejak memasuki pintu IGD (Depkes, 2010). *Response time* merupakan indikator dari mutu pelayanan yang ada di suatu rumah sakit. *Response time* juga dikategorikan dengan prioritas P1 dengan penanganan 0 menit, P2 dengan penanganan <30 menit, P3 dengan penanganan <60 menit. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standart (Permenkes, 2018).

Response time merupakan faktor penentu dalam mencapai indikator hasil yaitu kelangsungan hidup pasien. *Response time* (waktu tanggap) dalam sistem realtime, didefinisikan sebagai waktu dari saat kejadian baik di Internal maupun eksternal rumah sakit sampai instruksi pertama untuk pertolongan dilakukan, disebut dengan *event response time*. *Response time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan, waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu \leq

5 menit. (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2009). Tujuan dari hal tersebut adalah untuk mengurangi angka keterlambatan waktu tanggap dalam pelayanan terhadap pasien gawat darurat/*emergency response time rate* (WHO-Depkes, 1998 cit Nafri, 2009). Menurut Kepmen: No: 63/KEP/M.PAN/7/2003 kecepatan pelayanan yaitu standar waktu pelaksanaan tindakan yang dilakukan tenaga penyelenggara layanan, yang dimaksudkan adalah pelaksanaan tindakan yang dilakukan oleh dokter maupun perawat maksimal dalam waktu 5 menit mulai pasien datang di IGD sampai pasien pulang atau dipindahkan keruang rawat inap.

Response time merupakan indikator dari mutu pelayanan yang ada di suatu rumah sakit. *Response time* sangat berpengaruh terhadap mutu pelayanan rumah sakit. *Response time* juga dikategorikan dengan prioritas P1 dengan penanganan 0 menit, P2 dengan penanganan <30 menit, P3 dengan penanganan <60 menit. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kepmenkes, 2009).

b. Faktor yang Mempengaruhi Response Time

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wa Ode, et al (2012) mengatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan *response time* penanganan kasus di IGD bedah dan non bedah adalah:

1. Ketersediaan stretcher

Canadian of Association Emergency Physician (2012)

menuliskan ketidakcukupan terhadap ketersediaan stretcher pada penanganan pasien di IGD akan menyebabkan hal yang serius terhadap pasien baru dimana pasien tersebut keadaannya kritis. Maka, penanganan pada pasien tersebut akan terhambat karena ketersediaan stretcher yang kurang memadai.

2. Ketersediaan petugas triage

Ketersedian petugas triage sangat berpengaruh karena pada saat pasien masuk IGD maka pertama kali pasien akan dilakukan penggolongan triage terlebih dahulu untuk menentukan prioritas tindakan, namun jika petugas triage tidak tersedia maka hal tersebut tidak dilakukan sehingga pasien yang masuk akan berkumpul dalam satu ruangan tanpa adanya penggolongan prioritas penanganan dan membuat petugas yang akan melakukan tindakan menjadi kualahan.

3. Tingkat karakteristik pasien

Kondisi pasien yang masuk di IGD akan mempengaruhi waktu tanggap perawat itu sendiri, semakin kritis keadaan pasien, maka waktu tanggap perawat harus semakin cepat karena berhubungan dengan keselamatan dan nyawa pasien.

4. Faktor pengetahuan petugas kesehatan, ketrampilan dan pengalaman bekerja petugas kesehatan yang menangani kejadian gawat darurat.
5. Beban kerja fisik (Widodo, et al, 2007)

Menurut Karokaro, Tati Murni, dkk (2020,) ada beberapa faktor lain yang mempengaruhi *response time* perawat di Ruang Gawat Darurat. Beberapa faktor tersebut meliputi :

1. Usia

Usia adalah masa hidup responden yang dinyatakan dalam satuan tahun sesuai pernyataan dari responden. Al Amin (2017) menuliskan bahwa klasifikasi usia menurut Kementerian Kesehatan sebagai berikut : masa remaja akhir yaitu usia 17-25 tahun, masa dewasa awal yaitu usia 26-35 tahun, masa dewasa akhir yaitu usia 36-45 tahun, masa lansia awal yaitu 46-55 tahun (Hakim, 2020). Menurut Putri & Rizal (2020), perawat dengan umur kategori muda masih perlu bimbingan dalam melakukan layanan keperawatan dengan disiplin dan harus menanamkan rasa tanggung jawab, sedangkan perawat dengan umur kategori tua memiliki tanggung jawab terhadap pekerjaanya karena lebih berpengalaman dan tanggap.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin tidak mempengaruhi waktu tanggap dan kualitas askep pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Imabla, 2018 yaitu didapatkan hasil p-value sebesar 0,129 yang berarti tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat.

3. Pendidikan

Efandi (2016), mengemukakan bahwa pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar semakin tinggi dan pendidikan seseorang, semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan luas pengetahuannya.

4. Lama Kerja

Hardikriyawan dalam Supriyatna, (2020) mengemukakan bahwa masa kerja dapat diartikan sebagai

jumlah waktu seorang pegawai untuk bekerja pada sebuah perusahaan atau instansi. Klasifikasi lama kerja menurut Tulus, (2022) secara garis besar dikategorikan menjadi 3 yaitu, masa kerja baru adalah < 6 tahun, masa kerja sedang adalah 6-10 tahun dan masa kerja lama adalah > 10 tahun.

Menurut Hakim Abdul, Julia Rottie, dan Michael Y. karundeng (2016), faktor faktor yang mempengaruhi *response time* perawat antara lain pendidikan, pengetahuan, lama kerja, dan pelatihan dengan *response time* perawat. Menurut Naser, Rima Wahyu Aprianti M, Mulyadi Reginus T, dan Malara (2015) ada beberapa faktor eksternal yang mempengaruhi *response time* perawat, yaitu manajemen rumah sakit, ketersediaan stretcher, dan banyaknya jumlah pasien disaat yang bersamaan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Hartati dan Halimuddin (2017) menunjukkan bahwa pendidikan dan lama kerja juga merupakan faktor yang mempengaruhi *response time*.

a. Dampak dari Response Time

Response time sangat berdampak pada tingkat kepuasan pasien. Berdasarkan penelitian terkait kepuasan pasien terhadap *response time* yang dilakukan oleh Widodo E, et al (2015) mendapatkan hasil tingkat kepuasan pasien yang tinggi yaitu 87,4%

dari 95 pasien yang diberikan tindakan oleh perawat di RS. Panti Waluyo Surakarta. Selain itu, *response time* yang cepat dari perawat juga akan bermanfaat bagi pasien dengan trauma ataupun pasca kecelakaan. Pada kasus henti jantung jika tidak ditangani dalam waktu 4 menit maka akan mengakibatkan kerusakan pada otak dan kematian akan terjadi jika tidak ditangani dalam 10 menit (AHA, 2010).

b. Metode Pengukuran Response Time

Kecepatan pelayanan petugas di Instalasi Gawat Darurat merupakan indikator standart pelayanan rumah sakit dalam pengukuran waktu tanggap yang merupakan jumlah komulatif waktu akan diperlukan sejak pasien datang saat dilayani oleh petugas IGD dengan waktu <5 menit sesudah pasien datang dengan pelayanan yang cepat, tepat serta mampu mengatasi pasien gawat darurat (Kemenkes. 2009).

1. Menurut ATS (*Australian Triage Scale*) berprinsip

dari model triase, adalah titik kontak pertama pasien pada saat kedatangan di IGD, yaitu :

Untuk mengurangi antrian, proses triase dan registrasi dilakukan secara simultan atau gunakan

pendaftaran mobile (di sisi tempat tidur pasien) oleh staf administrasi.

2. Triase dilakukan tidak > 5 menit.
3. Setelah triase perawat senior melakukan pengkajian triase menggunakan ATS.
4. Kemudian memilah pasien ke dalam bagian-bagian ruangan IGD, bagian resusitasi/trauma, akut atau *sub acute*. Semua pemeriksaan di IGD diselesaikan dalam waktu 2 jam untuk selanjutnya ditransfer ke area yang paling sesuai untuk perawatan. (Hodge et al., 2013)

3. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Definisi

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, indentifikasi diagnosa keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya (Suarli & Yahya, 2012). Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan

yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari lima fase asuhan keperawatan: 1) Pengkajian; 2) Diagnosa; 3) Perencanaan; 4) Implementasi; dan 5) Evaluasi. Salah satu manfaat dari penerapan asuhan keperawatan yang baik adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang keperawatan (Kozier, 2010).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan menyatakan asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya (Pemerintah Republik Indonesia, 2014). Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien /pasien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat *humanistic*, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Asuhan keperawatan dapat di pertanggungjawabkan berdasarkan substansi ilmiah yaitu logis, sistimatis, dinamis dan restruktur (Muhlisin, 2011). Asuhan keperawatan adalah segala bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) (Carpenito, 2009).

Pemberi asuhan keperawatan adalah tugas perawat pelaksana (Hidayat, 2011).

Menurut Sumijatun (2010, p.88) permasalahan pelayanan keperawatan di negara Indonesia adalah banyaknya perawat yang belum melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar. Di sebagian besar tatanan pelayanan keperawatan, masih terbatas melakukan kegiatan-kegiatan yang belum memenuhi kaedah asuhan keperawatan secara profesional yang bertanggung gugat.

Agar pencapaian kepuasan pasien dan pelayanan keperawatan yang bermutu, maka perlu dibuat pelaksanaan keperawatan agar pelayanan keperawatan yang diberikan kepada individu yang sedang sakit dapat memenuhi kebutuhan pasien sebagai makhluk hidup dan dapat mengadaptasikannya terhadap stres dengan menggunakan potensi yang tersedia pada pasien itu sendiri. Apabila kebutuhan pokok pasien dapat terpenuhi dan kemampuan beradaptasi terhadap stres baik, maka individu akan dalam keadaan sehat (Aditama, 2002). Pelaksanaan asuhan keperawatan masih kurang diperhatikan oleh pihak keperawatan di rumah sakit. Ini dapat dibuktikan dari berbagai keluhan keluarga pasien yang menganggap bahwa terjadinya komplikasi atau kematian pasien disebabkan oleh karena keterlambatan tenaga perawat dalam memberikan tindakan pada saat pasien sedang gawat (<http://depkes/go.id>, edit 9 Februari 2009).

Penelitian Wirawan (2000) dalam Wahyuni (2015) tentang tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap kualitas asuhan keperawatan di sebuah rumah sakit di Jawa Timur menunjukkan hanya 17% pasien rawat inap yang mengatakan puas terhadap kualitas asuhan keperawatan, sedangkan 83% menyatakan tidak puas. Penelitian tersebut juga memberikan informasi bahwa keluhan utama pasien terhadap pelayanan keperawatan adalah kurangnya komunikasi perawat (80%), kurang perhatian (66,7%) dan kurang ramah (33,3%). Khusus terhadap kinerja perawat, keluhan terbesar adalah perawat jarang menengok pasien bila tidak diminta dan bila dipanggil tidak segera datang perawat datang sekitar 10 menit, Wahyuni (2015). Keadaan tersebut diperkirakan juga dapat disebabkan oleh karena jumlah sumber daya perawat itu tersendiri belum memadai, rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih sangat rendah. Menurut Kemenkes RI (2015), jumlah dokter umum sekitar 40.787, sedangkan rasio dokter umum terhadap jumlah penduduk 40 : 100.000 penduduk, jumlah perawat di Indonesia saat ini sekitar 237.181, sedangkan rasio perawat terhadap jumlah penduduk yaitu 158 : 100.000 penduduk. Jumlah bidan 124.948, sedangkan rasio bidan terhadap penduduk yaitu 100 : 100.000 penduduk. Namun daya serap tenaga kesehatan oleh jaringan pelayanan kesehatan masih sangat terbatas (Kemenkes RI, 2015).

b. Standar Asuhan Keperawatan

Standar asuhan keperawatan dapat digunakan sebagai target atau ukuran untuk menilai penampilan. Jika standar dipakai sebagai target maka standar merupakan rencana yang akan dicapai. Standar memberikan arah dan panduan langsung pada perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Jika standar dipakai sebagai ukuran maka standar merupakan alat kontrol terhadap penampilan kerja yang ada. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) RI Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang standar profesi perawat telah dijabarkan bahwa: Daftar Diagnosis berisikan diagnosis keperawatan yang mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Daftar ini diperlukan untuk membantu institusi pendidikan keperawatan dalam penyusunan bahan ajar dan pelatihan keterampilan untuk mencapai standar kompetensi perawat. Daftar keterampilan berisikan intervensi keperawatan yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Daftar ini diperlukan untuk perumusan bentuk, mekanisme, fasilitas kesehatan, dan sarana pendukung keterampilan yang diperlukan untuk memenuhi standar kompetensi perawat. Dengan adanya aturan pemerintah terkait penggunaan SDKI & SIKI ini dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan perawat di seluruh Indonesia (MENKES, 2020).

c. Tujuan Ditetapkannya Standar Asuhan Keperawatan

Menurut *The National Database of Nursing Quality Indicators* (2013), Tujuan ditetapkan standar asuhan keperawatan diantaranya yaitu:

1. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan memusatkan upaya dan meningkatkan motivasi perawat terhadap pencapaian tujuan
2. Mengurangi biaya asuhan keperawatan dengan mengurangi kegiatan perawat yang tidak penting atau tidak tepat dengan kebutuhan pasien.
3. Memberikan landasan untuk mengantisipasi suatu hasil yang tidak memenuhi standar asuhan keperawatan atas kelalaian petugas keperawatan.

d. Proses Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respons unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik actual maupun potensial (Deswani, 2011). Proses keperawatan terdiri atas lima tahap, yaitu :

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, pekerjaan, nama orang tua, pekerjaan orang tua, dan sebagainya.

b. Keluhan Utama

Keluhan yang membuat seseorang datang ke tempat pelayanan kesehatan untuk mencari pertolongan

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Kronologi penyakit yang diderita saat ini mulai awal hingga di rawat ke rumah sakit

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Merupakan riwayat penyakit fisik maupun psikologi yang pernah diderita pasien sebelumnya.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA, diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respons individu (klien dan masyarakat) tentang masalah kesehatan aktual atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Nursalam, 2008).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan 25 penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018).

4. Implementasi Keperawatan

Menurut (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, & Chairani,2013), implementasi dalam proses keperawatan terdiri dari rangkaian aktivitas keperawatan dari hari ke hari yang harus dilakukan dan didokumentasikan dengan cermat. Perawat melakukan pengawasan terhadap efektifitas tindakan/intervensi yang dilakukan, bersamaan pula dengan menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Bagian dari pengumpulan data ini memprakarsai tahap evaluasi proses keperawatan. Implementasi dicatat di *flow sheet* atau CP 4 yang spesifik.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung,2011).

e. **Kualitas Asuhan Keperawatan**

Pendokumentasian askep (*assesmen* sampai evaluasi) dalam rekam medik/RM pasien sangat penting karena merupakan suatu alat pembuktian hukum dari suatu kejadian, merupakan indikator penting dari kualitas pemberian perawatan pasien dan merupakan alat penilaian kualitas dari askep yang diberikan juga menjadi bagian penting dari dokumentasi klinis serta askep yang bermutu tinggi, efektif dan aman (Akhu-Zaheya et al., 2018). Dokumentasi evaluasi keperawatan adalah catatan yang berisi kemajuan pasien yang mengacu pada tujuan. Dokumentasi keperawatan yang berkualitas tinggi sangat penting untuk menunjukkan kualitas dan kontinuitas askep dan mendorong komunikasi yang efektif antara pemberi asuhan, yang memfasilitasi kesinambungan dan individualitas asuhan (De Groot et al., 2019). Dokumentasi keperawatan yang berkualitas harus dapat diukur dengan alat/tools audit yang menggambarkan berbagai jenis tanggapan kualitas dokumentasi. Mutu dokumentasi keperawatan menunjukkan bentuk pertanggungjawaban atas apa yang dikerjakan perawat dalam memberikan askep kepada pasien (Saraswasta et al., 2020).

Dokumentasi askep dengan pendekatan SOAP seringkali kurang berkualitas dan merupakan problem utama perawat baik secara nasional maupun internasional. Hasil penelitian menunjukkan 47,8% dokumentasi askep tidak memadai dan

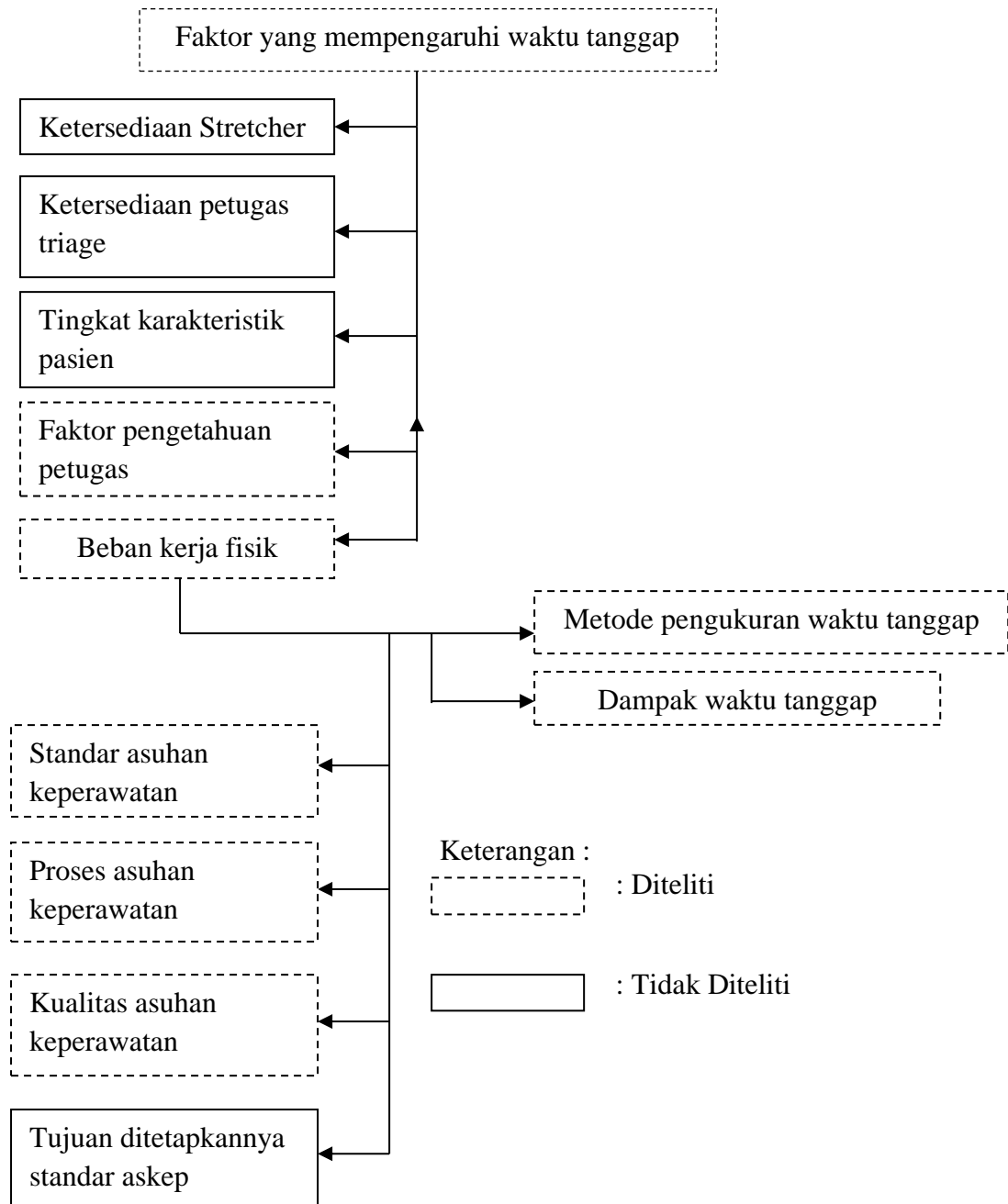
disimpulkan bahwa lebih dari setengah perawat tidak mendokumentasikan askep mereka (Tasew et al., 2019). Penelitian Siswanto juga menunjukkan 71,6% pendokumentasian rerata belum lengkap. Kelemahan dalam dokumentasi keperawatan dapat dilihat melalui hasil audit dokumentasi keperawatan. Hal tersebut mengindikasikan rendahnya kualitas dokumentasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Padahal perawat dapat menghabiskan 25 - 50% dari waktu mereka untuk melakukan dokumentasi. Pelaksanaan askep yang tidak maksimal dapat mengakibatkan penurunan kepuasan dan keselamatan pasien yang dibuktikan dengan hasil riset bahwa pelaksanaan dokumentasi belum optimal di ruang rawat jalan tiga Rumah Sakit Umum Daerah/RSUD sebesar 56,8% (Zendrato et al., 2019).

Journal of Telenursing (JOTING) 3 (1) 252-265 254

komunikasi yang dilakukan oleh perawat dalam menyampaikan informasi penting dan berhubungan dengan angka mortalitas pasien yang dirawat di Rumah Sakit/RS (Tasew et al., 2019). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas dokumentasi keperawatan seperti belum adanya panduan yang jelas terkait bagaimana melakukan dokumentasi keperawatan sesuai dengan standar, perbandingan jumlah pasien dengan perawat, pelatihan yang pernah diikuti perawat, pengetahuan, tingkat pendidikan perawat, serta sikap perawat terhadap dokumentasi askep (Kebede et al., 2017).

Manajer perawat bertanggung jawab dalam memberikan pengarahan, melakukan monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan mengenai proses keperawatan dan dokumentasi (Asmirajanti et al.,2019).

B. Kerangka Teori



(Sumber : Rangkuti, (2013) dan Wa Ode, dkk, (2012))