

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Anestesi

2.1.1 Pengertian Anestesi

Berdasarkan kata anestesi diperkenalkan pertama kali oleh Oliver Wendell Holmes yang menggambarkan keadaan tidak sadar yang bersifat sementara, karena pemberian obat dengan tujuan untuk menghilangkan nyeri pembedahan. Anesthesia ada tiga jenis, yakni anestesi umum, anestesi lokal, dan anestesi regional (HIPKABI 2014). Anestesi umum/general anestesi digunakan pada pasien yang memerlukan penanganan operasi dalam jangka waktu yang panjang, anestesi lokal dilakukan dengan cara menyuntikkan obat anesthesia lokal pada daerah atau disekitar lokasi pembedahan, sedangkan anestesi spinal sebagian diindikasikan pada anestesi bedah, khususnya di bawah umbilikus, dan terutama di mana kesadaran diinginkan, misalnya, kebidanan (*area sesarea*) (Euliano 2011). Anestesi adalah prosedur untuk menghilangkan rasa sakit selama operasi dan prosedur lain yang menyebabkan rasa sakit pada tubuh (Morgan 2013).

2.1.2 Tujuan Anestesi

Menurut Brunton (2011), pengembangan anestesi memiliki tiga tujuan umum:

- a) Minimalkan potensi efek samping anestesi dan teknik anestesi.
- b) Mempertahankan homeostasis fisiologis sepanjang prosedur bedah bisa jadi mengaitkan kehabisan darah, iskemia jaringan, reperfusi jaringan iskemik, penggantian cairan, paparan area dingin, serta kendala koagulasi.
- c) Tingkatkan hasil pasca pembedahan dengan memilah metode yang menghindari ataupun menyembuhkan komponen respons tekanan pikiran bedah yang bisa menimbulkan indikasi sisa jangka pendek ataupun jangka panjang.

2.2 Pelayanan Anestesi

2.2.1 Definisi

Pelayanan anestesi adalah aksi kedokteran yang dicoba lewat pendekatan regu cocok dengan kompetensi serta kewenangan yang dipunyai. Regu pengelola pelayanan anestesi dipandu oleh dokter spesialis anesthesiologi dengan anggota dokter partisipan program pembelajaran dokter spesialis anesthesiologi ataupun dokter lain serta penata anestesi (Kemenkes RI 2011).

Pemakaian anestesi, sedasi serta intervensi bedah ialah proses yang lingkungan serta kerap ditemukan di rumah sakit. Bersumber pada *standar Anesthesia and Surgical Care (ASC)* bagi JCI, Pemakaian tersebut memerlukan *Assessment* lengkap serta merata terhadap penderita, perencanaan perawatan yang terintegritas, pemantauan penderita secara terus menerus serta transfer bersumber pada kriteria tertentu buat perawatan lanjutan, rehabilitas, dan transfer serta pemulangan pada kesimpulannya. Anestesi serta sedasi biasanya ditatap selaku suatu rangkaian proses mulai dari sedasi minimum sampai anestesi penuh. Sebab respons penderita bisa berubah- ubah selama berlangsungnya rangkaian tersebut, pemakaian anestesi serta sedasi diatur secara terpadu (Frelita, G, Situmorang TJ., Silitonga 2011).

2.2.2 Indikator Area Klinis Pelayanan Anestesi

Indikator area klinis pelayanan anestesi adalah standar yang digunakan untuk mengevaluasi mutu pelayanan anestesi di rumah sakit yang menjadi parameter kualitas pelayanan anestesi. Indikator area klinis merupakan salah satu standar dalam Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP). Dimana PMKP merupakan yang tergolong mayor standar dalam standar akreditasi rumah sakit (Kemenkes RI 2011). Untuk mengevaluasi kualitas pelayanan anestesi, rumah sakit memastikan sesuatu penanda yang jadi parameter mutu pelayanan anestesi, meliputi:

a. Kelengkapan assesment pre anestesi

Assesment Pra Anestesi adalah penilaian terhadap kondisi pasien sebelum dilakukan tindakan anestesi.

b. Angka penundaan operasi

Definisi penundaan operasi yaitu perubahan jadwal operasi yang disebabkan adanya perbaikan keadaan umum, kurangnya kelengkapan pemeriksaan penunjang medis maupun permintaan dari pasien yang selanjutnya dilakukan penjadwalan ulang operasi.

c. Angka pembatalan operasi

Pembatalan operasi yaitu pembatalan yang terjadi karena suatu hal yang berdampak resiko terhadap pasien atau karena kurangnya fasilitas pendukung yang ada di rumah sakit atau permintaan klien untuk membatalkan operasi oleh karena pertimbangan tertentu.

d. Waktu tunggu operasi elektif

Menurut Permenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 waktu tunggu operasi elektif kurang dari atau sama dengan 2 hari setelah dilakukan *informed consent* anestesi.

e. Angka ketidaklengkapan *Informed Consent* anestesi

Informed Consent anestesi adalah persetujuan tindakan anestesi yang diberikan pasien kepada dokter setelah diberi penjelasan.

f. Angka ketidaklengkapan laporan anestesi

Laporan anestesi adalah pendokumentasian dari proses kegiatan anestesi yang dimulai dari fase pra anestesi, intra dan post anestesi.

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan indikator area klinis pelayanan anestesi (Najori 2015).

a. Standar ketenagaan

Pelayanan anestesi serta pengobatan intensif di rumah sakit dilaksanakan lewat pendekatan time yang terdiri dari dokter spesialis anesthesiologi serta ataupun dokter partisipan program pembelajaran dokter spesialis anesthesiologi serta ataupun dokter lain dan bisa dibantu oleh penata anestesi (Kemenkes RI 2013).

Depkes memperhitungkan jumlah tenaga penata anestesi bersumber pada jumlah tipe pembedahan, jumlah kamar pembedahan serta konsumsi

kamar pembedahan yang diprediksikan 6 jam satu hari, dan tingkatan ketergantungan penderita pembedahan besar, lagi serta kecil, dengan jumlah pembedahan 3 penderita satu hari tercantum darurat, yang diperlukan 3 (tiga) orang penata anestesi dengan 1 orang cadangan dari regu inti. Di RR yang diperlukan tenaga penata anestesi 1 (satu) orang penata anestesi. Jumlah kebutuhan tenaga pada pelayanan anestesiologi serta 16 pengobatan intensif bagi Permenkes 519 tahun 2011 dijabarkan pada table 2. 1 berikut ini.

Table 2.1. Ketenagaan Pelayanan Anestesi Rumah Sakit					
No	Jenis Tenaga	Klasifikasi RS			
		Kelas D	Kelas C	Kelas B	Kelas A
1	Dokter Spesialis Anestesiologi	-	+/-	+	+
2	Dokter PPDS	-	+/-	+	+
3	Dokter lain	+	+	-	-
4	Penata Anestesi	+	+	+	+
5	Perawat Pelatihan	+	+	+	+

Sumber : (Kemenkes RI 2013)

b. Beban Kerja

Beban kerja ialah perbandingan antara jumlah tenaga kesehatan spesialisnya tenaga perawat dengan volume kerja yang wajib disesuaikan pada sesuatu unit dalam jangka waktu tertentu (UU Kesehatan Nomor 39 tahun 2009). Dimana beban kerja tenaga perawat ialah melakukan pelayanan kesehatan keperawatan disuatu rumah sakit yang sepatutnya berorientasi kepada tugas serta gunanya, tetapi realitasnya seseorang perawat yang ditempatkan di pelayanan kesehatan bawah rumah sakit tidak cocok dengan jumlah kunjungan, waktu kerja yang terkadang lebih, melakukan tugas limbah serta melakukan tugas administrasi (Kurniadi 2013).

c. Standar Sarana Pelayanan Anestesi

Sarana ialah seluruh wujud perlengkapan serta kelengkapan yang dipakai dalam membagikan pelayanan (Pohan 2013). Mutu pelayanan penata anestesi didukung SDM yang terampil serta lumayan dan

perlengkapan yang mencukupi cocok standar. Kamar pembedahan ialah pelayanan yang berhubungan langsung dengan penderita yang lebih banyak mempergunakan perlengkapan kedokteran ataupun non kedokteran, kehancuran perlengkapan sangat pengaruhi performan kerja penata anestesi (Najori dan Kuntjoro T 2010).

d. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Anestesi

Standar operasional prosedur (SOP) merupakan kebijakan bersama antara pelaksana serta manajemen rumah sakit yang ditelaah secara bersama serta diputuskan jadi standar prosedur yang baku, memiliki waktu berlakunya serta wajib komitmen dalam penerapannya (Permenkes RI 2018). SOP jadi tanggung jawab tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban buat mematuhi standar profesi, standar pelayanan rumah sakit serta wajib dibekali peraturan, pedoman, standard serta panduan buat menyelenggarakan pelayanan kesehatan tercantum pelayanan anestesiologi di rumah sakit.

e. Regulasi Pelayanan Anestesi

Regulasi dalam perihal ini merupakan Ketentuan, pedoman serta standar dalam penyelenggaraan pelayanan anestesiologi. Permenkes Nomor. 18 tahun 2016 tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi Pasal 19 melaporkan kalau, Dalam melaksanakan praktik keprofesiannya, Penata Anestesi mempunyai hak:

1. Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik keprofesiannya sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar operasional prosedur;
2. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien dan keluarga;
3. Melaksanakan pelayanan sesuai dengan kompetensi;
4. Menerima imbalan jasa profesi; dan
5. Memperoleh jaminan perlindungan terhadap risiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sehingga dibutuhkan aspek sah (legislasi) yang jadi payung hukum untuk penata anestesi dalam melakukan pelayanan anestesi. Legislasi merupakan Ketetapan hukum yang mengendalikan hak serta kewajiban penata anestesi yang berhubungan erat dengan aksi anestesi, hingga penata anestesi dalam melaksanakan pekerjaan pelayanan anestesi di Sarana Kesehatan harus mempunyai STRPA serta SIKPA.

Permenkes Nomor. 18 tahun 2016 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi Pasal 20 ayat 1 juga menyatakan bahwa: Dalam melaksanakan praktik keprofesiannya, Penata Anestesi mempunyai kewajiban:

1. Menghormati hak pasien
2. Menyimpan rahasia pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan
3. Memberikan informasi tentang masalah kesehatan dan pelayanan yang dibutuhkan
4. Meminta persetujuan tindakan yang akan dilaksanakan kepada pasien
5. Melakukan rujukan untuk kasus di luar kompetensi dan kewenangannya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
6. Mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar operasional prosedur

Kewenangan klinis perawat anestesi ialah kewenangan yang diberikan oleh rumah sakit buat melaksanakan asuhan keperawatan anestesi. Kewenangan perawat anestesi dalam melaksanakan aksi anestesi wajib menemukan persetujuan secara tertulis dari dokter anestesi pada wilayah yang memiliki dokter anestesi. Untuk wilayah yang tidak memiliki dokter anestesi pelimpahan kewenangan dalam melaksanakan aksi anestesi bisa dicoba oleh dokter operator ataupun direktur rumah sakit, yang cocok dengan Permenkes Nomor. 31 tahun 2016 Pasal 11 Tentang Pelayanan asuhan kepenataan praanestesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf a yaitu melakukan pengkajian penatalaksanaan pra anestesia yang meliputi:

- a. persiapan administrasi pasien;
- b. pemeriksaan tanda-tanda vital;
- c. pemeriksaan lain yang diperlukan sesuai kebutuhan pasien baik secara inspeksi, palpasi, maupun auskultasi;
- d. pemeriksaan dan penilaian status fisik pasien;
- e. analisis hasil pengkajian dan merumuskan masalah pasien;
- f. evaluasi tindakan penatalaksanaan pelayanan pra anestesia, mengevaluasi secara mandiri maupun kolaboratif;
- g. mendokumentasikan hasil anamnesis/ pengkajian;
- h. persiapan mesin anestesia secara menyeluruh setiap kali akan digunakan dan memastikan bahwa mesin dan monitor dalam keadaan baik dan siap pakai;
- i. pengontrolan persediaan obat-obatan dan cairan setiap hari untuk memastikan bahwa semua obat-obatan baik obat anestesia maupun obat emergensi tersedia sesuai standar rumah sakit; dan
- j. memastikan tersedianya sarana prasarana anestesia berdasarkan jadwal, waktu, dan jenis operasi tersebut.

Pelayanan asuhan kepenataan intraanestesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf b, terdiri atas:

- a. Pemantauan peralatan dan obat-obatan sesuai dengan perencanaan teknik anestesia;
- b. Pemantauan keadaan umum pasien secara menyeluruh dengan baik dan benar; dan
- c. Pendokumentasian semua tindakan yang dilakukan agar seluruh tindakan tercatat baik dan benar.

Pelayanan asuhan kepenataan pascaanestesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf c meliputi:

- a. Merencanakan tindakan kepenataan pasca tindakan anestesia;
- b. Penatalaksanaan dalam manajemen nyeri sesuai instruksi dokter spesialis anestesi.
- c. Pemantauan kondisi pasien pasca pemasangan kateter epidural;
- d. Pemantauan kondisi pasien pasca pemberian obat anestetika regional;

- e. Pemantauan kondisi pasien pasca pemberian obat anestetika umum;
- f. Evaluasi hasil kondisi pasien pasca pemasangan kateter epidural;
- g. Evaluasi hasil pemasangan kateter epidural dan pengobatan anestesia regional;
- h. Evaluasi hasil pemasangan kateter epidural dan pengobatan anestesia umum;
- i. Pelaksanaan tindakan dalam mengatasi kondisi gawat;
- j. Pendokumentasian pemakaian obat-obatan dan alat kesehatan yang dipakai; dan pemeliharaan peralatan agar siap untuk dipakai pada tindakan anestesia selanjutnya.

Sesuai dengan Permenkes Nomor. 519/ MENKES/ PER/ III/ 2011 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Anestesi serta Pengobatan Intensif di Rumah Sakit, kalau dalam rangka tingkatan kualitas pelayanan anestesi di Rumah Sakit, hingga disusunlah Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi serta Pengobatan intensif di Rumah Sakit. Dalam pedoman ini yang diartikan dengan:

- a. Pelayanan anestesiologi serta pengobatan intensif merupakan aksi kedokteran yang dicoba oleh dokter spesialis anestesiologi dalam kerja sama regu meliputi evaluasi pra operatif (pra anestesia), intra anestesia serta pasca anestesia dan pelayanan lain cocok bidang anestesiologi antara lain pengobatan intensif, gawat darurat serta penatalaksanaan perih.
- b. Time pengelola pelayanan anestesiologi serta pengobatan intensif merupakan regu yang dipandu oleh dokter spesialis anestesiologi dengan anggota dokter partisipan program pembelajaran dokter spesialis anestesiologi ataupun dokter lain serta penata anestesia ataupun perawat.
- c. Dokter spesialis anestesiologi ialah dokter yang sudah menuntaskan pembelajaran program riset dokter spesialis anestesiologi di institusi pembelajaran yang diakui ataupun lulusan luar negara serta yang sudah

menemukan Surat Tanda Registrasi (STR) serta Surat Izin Praktek (SIP).

- d. Dokter peserta program pendidikan dokter spesialis (PPDS) anestesiologi yaitu dokter yang sedang menjalani pendidikan dokter spesialis anestesiologi.
- e. Dokter lain yaitu dokter spesialis lain dan/atau dokter yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan di bidang anestesiologi atau yang telah bekerja di pelayanan anestesiologi dan terapi intensif minimal 1 (satu) tahun.
- f. Kepala Instalasi Anestesiologi dan Terapi Intensif adalah seorang dokter yang diangkat oleh Direktur Rumah Sakit. Perawat anestesi adalah tenaga penata anestesi yang telah menyelesaikan pendidikan sarjana dan ilmu pelatihan anestesi.
- g. Perawat adalah perawat yang telah mendapat pelatihan anestesia.
- h. Kolaborasi adalah tindakan yang dilakukan penata anestesi dan perawat dalam ruang lingkup medis dalam melaksanakan instruksi dokter.
- i. Kewenangan klinik adalah proses kredensial pada tenaga kesehatan yang dilakukan di dalam rumah sakit untuk dapat memberikan pelayanan medis tertentu sesuai dengan peraturan internal rumah sakit.
- j. Kredensial adalah penilaian kompetensi/kemampuan (pengetahuan, ketrampilan, perilaku profesional) profesi didasarkan pada kriteria yang jelas untuk memverifikasi informasi dan mengevaluasi seseorang yang meminta atau diberikan kewenangan klinik.
- k. Standar prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, berdasarkan standar kompetensi, standar pelayanan kedokteran dan pedoman nasional yang disusun, ditetapkan oleh rumah sakit sesuai kemampuan rumah sakit dengan memperhatikan sumber daya manusia, sarana, prasarana dan peralatan yang tersedia.

- l. Pelayanan pra-anestesia adalah penilaian untuk menentukan status medis pra anestesia dan pemberian informasi serta persetujuan bagi pasien yang memperoleh tindakan anestesia.
- m. Pelayanan intra anestesia adalah pelayanan anestesia yang dilakukan selama tindakan anestesia meliputi pemantauan fungsi vital pasien secara kontinu.
- n. Pelayanan pasca-anestesia adalah pelayanan pada pasien pasca anestesia sampai pasien pulih dari tindakan anestesia.

Selain itu Permenkes No.519/MENKES/PER/III/2011 juga mengatur tentang standar ketenagaan dan standar sarana pelayanan anestesi. Berdasarkan aturan tersebut rumah sakit dituntut untuk membuat suatu pedoman, panduan dan standar operasional prosedur dalam pelaksanaan pelayanan anestesi.

2.3 Konsep Formulir Kartu Anestesi

2.3.1 Kajian Lembar Status Anestesi

Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 Tahun 2017 pada Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) menyatakan bahwa Anestesi dan sedasi merupakan suatu rangkaian proses yang dimulai dari sedasi minimal hingga anestesi penuh. Oleh karena itu, respons pasien dapat berubah-ubah sepanjang berlangsungnya rangkaian tersebut maka penggunaan anestesi dan sedasi diatur secara terpadu. Karena tindakan bedah juga merupakan tindakan yang berisiko tinggi maka harus direncanakan dan dilaksanakan secara hati-hati. Rencana prosedur operasi dan asuhan pasca-operasi dibuat Menurut atas asesmen dan didokumentasikan.

Menurut SNARS Edisi 1 Tahun 2017 Pada PAB 6 menyatakan bahwa Monitoring fisiologis memberikan informasi terpercaya tentang status pasien selama anestesi berjalan (umum, spinal, regional, lokal) dan pasca-operasi. Hasil monitoring menjadi acuan pengambilan keputusan selama operasi berlangsung atau pasca-operasi, misalnya pre-operasi, atau pindah ke tingkat asuhan lainnya, atau lanjut ruang pulih. Informasi dari monitoring menentukan

kebutuhan asuhan medis dan keperawatan serta kebutuhan diagnostik dan pelayanan lainnya. Hasil monitoring dicatat di form anestesi, sedangkan untuk anestesi lokal dapat digunakan form tersendiri. Metode memonitor ditentukan oleh status pasien pada pra-anestesi, jenis anestesi yang akan dipergunakan, dan kompleksitas operasi atau tindakan lain yang dilaksanakan selama anestesi. Pelaksanaan monitoring selama anestesi dan operasi harus dijalankan sesuai dengan panduan praktik klinis. Hasil monitoring dicatat di Rekam Medis pasien.

Menurut KepMenKes RI Nomor HK.02.02/MenKes/251/2015 Pada Bab IV menyatakan bahwa pelayanan anestesiologi dan terapi intensif mencakup tindakan anestesia (pra anestesia, intra anestesia dan pasca anestesia) serta pelayanan lain sesuai bidang anestesiologi seperti pelayanan kritis, gawat darurat, penatalaksanaan nyeri, dan lain-lain. Dokter spesialis anestesiologi hendaknya membatasi beban pasien yang dilayani dan tanggung jawab supervisi anestesi sesuai dengan jumlah, kondisi dan risiko pasien yang ditangani.

2.3.2 Kajian Lembar Catatan Keperawatan Intra dan Pasca Operasi

Menurut SNARS Edisi 1 Tahun 2017, Pada Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) menyatakan bahwa rencana asuhan pascaoperasi dapat dimulai sebelum Tindakan operasi. Menurut asesmen kebutuhan dan kondisi pasien serta jenis operasi yg dilakukan. Rencana asuhan dicatat di Rekam Medis pasien dalam waktu 24 jam dan diverifikasi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai pimpinan tim klinis untuk memastikan kontinuitas asuhan selama waktu pemulihan dan masa rehabilitasi. Kebutuhan pasca-operasi dapat berubah sebagai hasil perbaikan klinis atau informasi baru dari asesmen ulang rutin, atau dari perubahan kondisi pasien yang mendadak.

Menurut KepMenKes RI Nomor HK.02.02/MenKes/251/2015, Rencana pengelolaan pasca bedah, antara lain:

1. Menjelaskan teknik dan obat yang digunakan untuk penanggulangan nyeri pasca bedah.

2. Menjelaskan rencana perawatan pasca bedah (ruang rawat biasa atau ruang perawatan khusus).

2.3.3 Kajian Lembar Laporan Operasi

Laporan operasi harus segera dibuat setelah pembedahan dan dimasukkan dalam rekam kesehatan. Bila terjadi penundaan dalam pembuatannya maka informasi tentang pembedahan harus dimasukkan dalam catatan perkembangan, perlu diperhatikan catatan operasi yang terlalu singkat dapat mengakibatkan ketidakjelasan urutan prosedur dan hal tersebut dapat menimbulkan permasalahan serius terutama bila sampai di pengadilan (Hatta 2012).

Menurut SNARS Edisi 1 Tahun 2017 pada PAB 7.2 menyatakan bahwa laporan yang tercatat tentang operasi memuat paling sedikit diantaranya diagnosis pascaoperasi, nama dokter bedah dan asistennya, prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan, ada dan tidak ada komplikasi; spesmen operasi yang dikirim untuk diperiksa, jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi, nomor pendaftaran alat yang dipasang (implan), tanggal, waktu, dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab.

2.3.4 Kajian Lembar Informed Consent

Menurut PerMenKes RI Nomor 290/MenKes/Per/III/2008 Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Penjelasan tentang tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya mencakup:

1. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran,
2. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan,
3. Alternatif tindakan lain dan risikonya,
4. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi,
5. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan,
6. Perkiraan pembiayaan

7. Penjelasan tentang tindakan kedokteran yang dilakukan meliputi:
 - a. Tujuan tindakan kedokteran yang dapat berupa tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif.
 - b. Tata cara pelaksanaan tindakan apa yang akan dialami pasien selama dan sesudah tindakan, serta efek samping atau ketidaknyamanan yang mungkin terjadi.
 - c. Alternatif tindakan lain berikut kelebihan dan kekurangannya dibandingkan dengan tindakan yang direncanakan.
 - d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi pada masing-masing alternatif tindakan.
 - e. Perluasan tindakan yang mungkin dilakukan untuk mengatasi keadaan darurat akibat risiko dan komplikasi tersebut atau keadaan tak terduga lainnya.

2.3.5 Kajian Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis

Menurut Hatta (2012), Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis. Yang membuat atau mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

1. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien dirumah sakit.
2. Dokter tamu yang merawat pasien dirumah sakit.
3. Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
4. Tenaga para medis perawatan dan tenaga para medis non perawatan yang langsung terlihat didalam antara lain: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anestesi, penata rontgen, rehabilitasi medik, dan lain sebagainya.
5. Untuk dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan atau konsultasi kepada pasien, maka yang membuat rekam medis pasien adalah dokter yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit.

2.3.6 Kajian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Menurut PerMenKes RI Nomor 129/MenKes/SK/II/2008 SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

Menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri (PerMenDaGri) Nomor 6 Tahun 2007 Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Menurut PerMenKes Nomor 129/MenKes/SK/II/2008 SPM ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target nasional untuk tahun 2007 sampai dengan tahun 2012, cara perhitungan / rumus / pembilangan penyebut / standar / satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

2.3.7 Kajian Faktor Penyebab Ketidaklengkapan

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Menurut Sedarmayanti (2017), manajemen sumber daya manusia (MSDM) adalah kebijakan dan praktik menentukan aspek “manusia” atau sumber daya manusia dalam posisi manajemen, termasuk merekrut, menyaring, melatih, memberi penghargaan dan penilaian.

2. Pelatihan

Menurut Sabarguna (2011), Pelatihan adalah alat untuk mengubah, maka perubahan yang dapat dilakukan oleh perorangan, group dan organisasi dalam rangka meningkatkan efektivitas. Jadi pelatihan sangat penting dalam rangka “mengubah” dari tak terlatih menjadi terlatih.

3. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2017), Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya).

4. Kepatuhan

Menurut Kemenkes RI (2011), Kepatuhan terhadap kewaspadaan mengandung arti bahwa seseorang tenaga kesehatan memiliki kesadaran untuk:

- a. memahami dan menggunakan peraturan kesehatan yang berlaku.
- b. mempertahankan tertib terhadap pelayanan kesehatan dan
- c. menegakkan kepastian kewaspadaan standar.

2.4 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi SNARS edisi 1

2.4.1 Pengertian

Catatan perkembangan pasien terintegrasi adalah catatan perubahan subjektif dan objektif serta pengkajian selanjutnya yang berdasarkan prinsip cost effectiveness. CPPT juga merupakan hasil asuhan pelayanan medis pasien atau kesimpulan rapat dari tim asuhan atau diskusi lain tentang kolaborasi terhadap pelayanan pasien dicatat dalam rekam medis pasien di catatan terintegrasi. Penulisan dalam CPPT ini mempunyai sistematika model SOAP.

2.4.2 Tujuan

- a. Memudahkan pemberi pelayanan kesehatan dalam mengikuti pemberian pelayanan dan pengobatan pasien sehingga mempermudah mengetahui perkembangan kondisi pasien.
- b. Sebagai acuan dalam menuliskan asuhan pelayanan pasien pada catatan terintegrasi agar terjadi keseragaman dalam penulisan di lembar CPPT dalam rekam medis pasien

2.4.3 Kebijakan

Sesuai surat keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Nomor 102 tahun 2018 tentang keseragaman pelayanan.

2.4.4 Prosedur

- a. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) membuat perencanaan asuhan pelayanan pasien dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap.
- b. DPJP membuat rencana asuhan pasien secara individual dan diriview serta diverifikasi dengan mencatat kemajuan dalam catatan terintegrasi.
- c. Bila asuhan sudah sesuai dengan rencana dan pencapaian sasaran. DPJP melakukan verifikasi dengan memberikan paraf dan cap nama. Gelar serta SIP DPJP pada pojok kanan bawah tiap lembar CPPT.
- d. Dokter membuat hasil asuhan pelayanan medis pasien atau kesimpulan rapat dari tim asuhan atau diskusi lain tentang kolaborasi dalam rekam medis pasien didalam catatan terintegrasi.
- e. Dokter, perawat, bidan, ahli gizi dan fisioterapi dalam membuat
 1. Asuhan yang diberikan kepada pasien haruslah terintegrasi dan terkoordinasi, yaitu:
 2. Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab dalam waktu 24 jam setelah terbit struk rawat inap tercetak.
 3. Rencana asuhan pasien harus individual dan berdasarkan data pengkajian awal pasien.
 4. Rencana asuhan dicatat direkam medis dalam bentuk kemajuan terukur pencapaian sasaran.
 5. Dokter dan perawat mencatat atau merevisi kemajuan pasien sesuai kebutuhan pasien berdasarkan hasil pengkajian ulang.
 6. DPJP mereview dan melakukan verifikasi rencana asuhan dan mencatat kemajuannya dalam catatan terintegrasi.
 7. Setiap pemberi pelayanan kesehatan yang memberikan asuhan dicatat dalam rekam medis pasien.
- f. Memberi pelayanan kesehatan yang diizinkan memberikan intruksi atau menuliskan intruksi dalam rekam medis pasien di lokasi seragam adalah dokter, perawat, bidan, ahli gizi fisioterapist yang memberikan asuhan kepada pasien.

- g. Dokter anastesi menulis intruksi post anastesi-sedasi pada formulir laporan anastesi-sedasi dan pada catatan terintegrasi dengan menuliskan “instruksi post operasi lihat pada laporan operasi:
- h. Perintah yang harus tertulis adalah pemberian oksigen, pemberian terapi obat-obatan, pemeriksaan penunjang yang diperlukan, pemberian diet, pemberian fisioterapi dan konsultasi.
- i. DPJP membuat permintaan pemeriksaan diagnosik imajing dan laboratorium klinis atas indikasi klinis dan alasan pemeriksaan yang rasional agar mendapatkan interprestasi yang diperlukan kecuali dipelayanan khusus seperti IGD dan High Care Unit (HCU) dan Perinatologi yang memerlukan pemeriksaan cito dapat dilakukan oleh dokter jaga IGD dan dokter jaga ruangan.
- j. Tindakan diagnostik dan tindakan lain yang dilakukan termasuk hasilnya dicatat dalam rekam medis pasien.
- k. Untuk penulisan di catatan terintegrasi, dokter menggunakan bolpoint.
- l. Cara penulisan data dilembar catatan perkembangan pasien terintegrasi dengan format problem oriented dikenal dengan konsep SOAP. Konsep SOAP terdiri atas 4 bagian:
 - 1. *Subjective* (Data Subjektif)

Berisikan keluhan yang dirasakan oleh pasien sekarang atau saat ini.
 - 2. *Objective* (Data Objektif)

Berisikan hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.
 - 3. *Assessment* (Pengkajian)

Kesimpulan dalam bentuk suatu diagnosis kerja, diagnosis differensial, atau suatu penilaian keadaan berdasarkan hasil data subjektif dan data objektif.
 - 4. *Plan* (Rencana)

Beriiskan tentang rencana diagnostic, rencana terapi atau tindakan rencana monitoring dan rencana edukasi kolaborasi.

- a) Semua petugas kesehatan menulis SOAP lurus dibawah di kolom hasil pemeriksaan, analisis, rencana, dan penatalaksanaan pasien.
- b) Kolom penatalaksanaan (SOAP) oleh tenaga kesehatan adalah semua rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien.
- c) Konsul dilakukan oleh perawat, bidan dan petugas tenaga kesehatan lainnya ke dokter umum atau dokter specialist, maka intruksi tenaga kesehatan di sebelah kanan.
- d) Konsul dilakukan oleh dokter umum ke DPJP atau dokter spesialis maka intruksi DPJP tetap ditulis di kolom penatalaksanaan sebagai bagian dari Plan (SOAP).

m. Tanggal dan jam

Semua petugas kesehatan menulis waktu pelaksanaan pencatatan yaitu tanggal, bulan, tahun, dan jam dalam WIB.

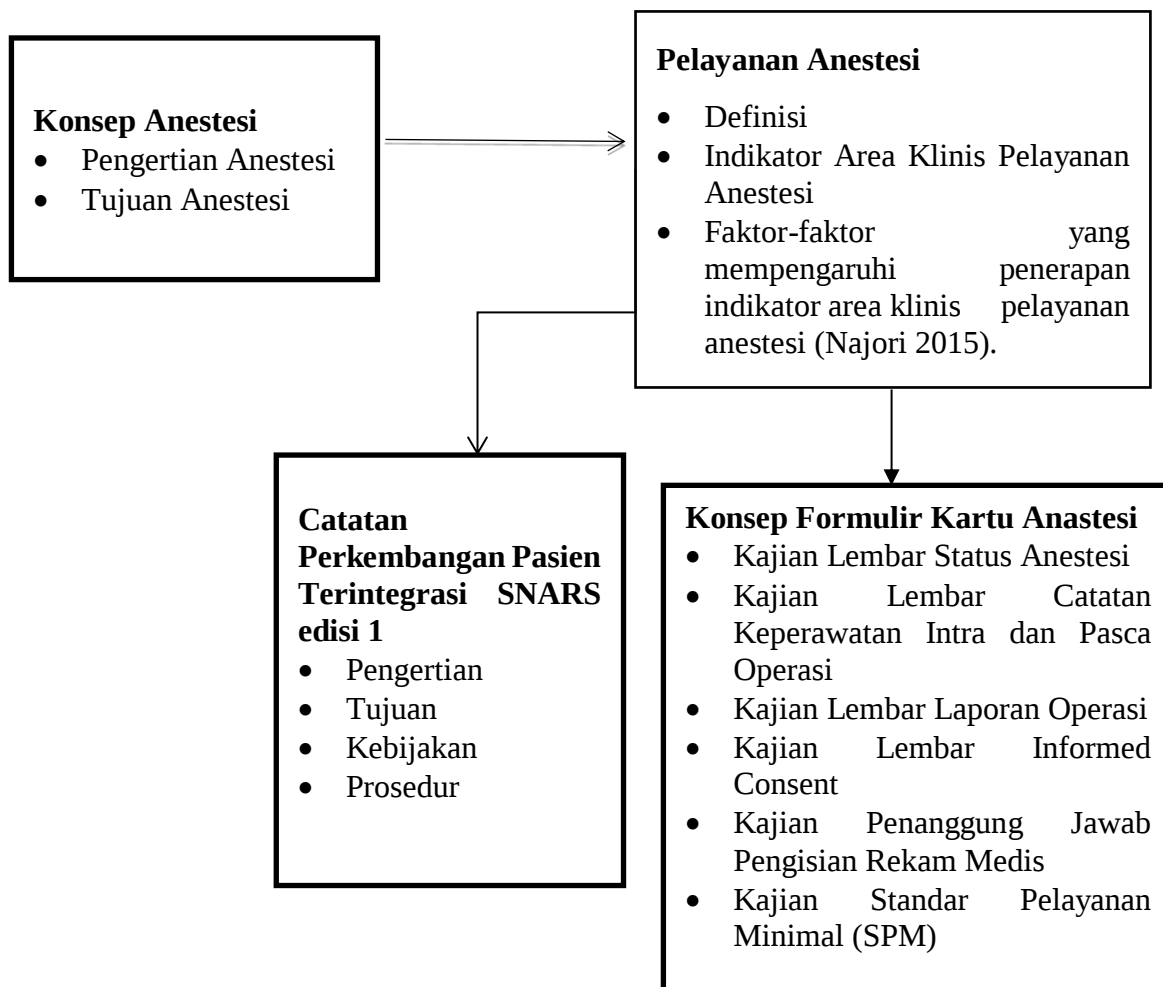
n. Nama dan paraf

Setiap petugas kesehatan menulis CPPT dilengkapi paraf dan cap nama dan gelar petugas kesehatan.

o. Catatan

Berisi catatan dari DPJP untuk perhatian semua petugas kesehatan.

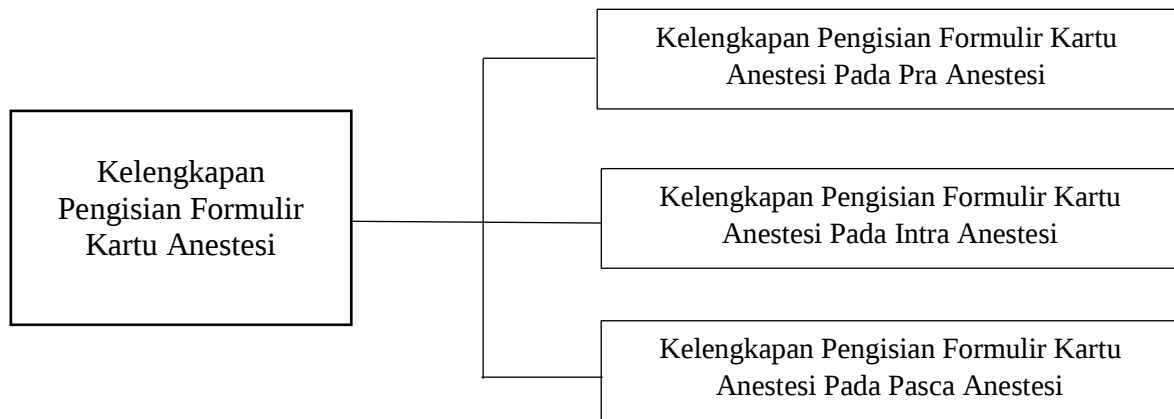
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Morgan, (2013), Frelita, (2011), Najori, (2015), Hatta, (2012), Sudarmayanti, (2017).

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.7 Kajian Hasil-Hasil Penelitian Terdahulu

Tabel 2.2 Kajian Hasil-Hasil Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Metode Penelitian	Persamaan	Perbedaan	Kesimpulan
1	Gambaran Ketidaklengkapan Pengisian Formulir Laporan Anestesi Kasus Bedah Di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan Valentina dan Sri Mulia Melayu (2020)	Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan desain cross sectional. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Maret sampai Agustus 2020. Tempat penelitian ini dilakukan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan.	• Variable yang di teliti sama yaitu Kelengkapan Pengisian Formulir Kartu Anestesi	• Jumlah sampel 88 formulir laporan anestesi, sedangkan pada penelitian yang akan di lakukan sebanyak 83 formulir kartu anestesi • Jenis penelitian ini adalah observasional deskriptif, dengan jenis data kuantitatif. Observasional deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan suatu peristiwa.	Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan, maka dapat disimpulkan bahwa dengan jumlah sampel 88 formulir laporan anestesi kasus bedah terdapat 24 formulir laporan anestesi yang terisi lengkap dan 64 formulir laporan anestesi yang tidak terisi lengkap. Persentase tertinggi ketidaklengkapan pengisian pada komponen identitas pasien pada item tanggal lahir sebesar 10 formulir (11%), pada komponen waktu anestesi pada item lama pembedahan sebesar 39 formulir (44%), pada komponen diagnosis pada item diagnosis pasca bedah sebesar 28 formulir (32%), pada komponen pemeriksaan pada item keadaan pra bedah sebesar 63 formulir (72%) dan pada komponen tanda tangan yaitu sebesar 2 formulir (2%).

2	Kelengkapan Pengisian Formulir Laporan operasi Kasus Bedah obgyn Sebagai Alat Bukti Hukum. Listia Nur Febrianti dan Ida Sugiarti (2019)	Metodologi Penelitian deskriptif dengan pendekatan mixed methode, total sample 82 formulir laporan operasi, dan informan penelitian adalah dokter bedah obgyn, koordinator administrasi dan pelayanan rekam medis, serta perawat bedah Hasil Penelitian menunjukkan rata-rata persentase kelengkapan pengisian laporan operasi kasus bedah obgyn adalah 63,78%.	• Variable yang di teliti sama yaitu Kelengkapan Pengisian Formulir Kartu Anestesi	• Jumlah sampel 82 formulir laporan anestesi, sedangkan pada penelitian yang akan di lakukan sebanyak 83 formulir kartu anestesi. • Jenis penelitian ini adalah observasional deskriptif, dengan jenis data kuantitatif. Observasional deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan suatu peristiwa.	Hasil Penelitian menunjukkan rata-rata persentase kelengkapan pengisian laporan operasi kasus bedah obgyn adalah 63,78%. Faktor penghambat ketidak lengkapan adalah keterbatasan waktu, jumlah pasien, keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis, tidak ada pelaporan ketidaklengkapan pengisian laporan operasi, dan item yang harus diisi banyak. Rata-rata presentase kelengkapan pengisian laporan operasi masih di bawah standar pelayanan minimal. Sebaiknya Rumah Sakit memperbaiki faktor penyebab yang menghambat tidak terisinya laporan operasi.
3	Tinjauan Terhadap Kelengkapan Pengisian Laporan Tindakan Operasi Di Rumah Sakit Peln Petamburan. Soni Hidayat (2012)	Penelitian yang digunakan adalah deskritif untuk memperoleh gambaran lebih jelas tentang ketepatan dan keakuratan dalam pengisian laporan tindakan operasi,	• Variable yang di teliti sama yaitu Kelengkapan Pengisian Formulir Kartu Anestesi	• Jumlah sampel 90 formulir laporan anestesi, sedangkan pada penelitian yang akan di lakukan sebanyak 83 formulir kartu anestesi.	Kelengkapan data hasil penelitian dari (90) berkas laporan operasi mendapatkan gambaran kelengkapan data pengisian laporan tindakan operasi yang paling tinggi (100%) yaitu: Nama Pasien, operator. Sedangkan data yang memiliki persentase paling rendah kelengkapan pengisian laporan operasi (0%) yaitu: Obat-obatan selama operasi, Jam Operasi Selesai. Dan pengisian laporan operasi kurang lengkap yaitu: 8 (8,88%) Dokter abestesi tidak diisi, 9 (10%) Assisten anestesi tidak diisi, 27 (30%) Metode anestesi tidak diisi, 38 (42,2%) pengisian diagnose post operasi tidak diisi, 24 (22,2%) pengisian jam

					operasi dimulai tidak diisi, 46 (1,11%) pengisian jam operasi selesai tidak diisi.
4	Analisis Kelengkapan Lembar Laporan Operasi Pada Rekam Medis Pasien Bedah Di Rsu Pku Muhammadiyah Bantul. Dwi Ratna Sari, Nurvita Wikansari, dan Tri Ariani. (2022)	Penelitian ini merupakan jenis penelitian mixed methodology. Penelitian kuantitatif digunakan untuk menggambarkan dan mendeskripsikan kelengkapan pengisian lembar laporan operasi pasien bedah. Penelitian kualitatif digunakan untuk menggali informasi terkait faktor ketidaklengkapan pengisian lembar laporan operasi pasien bedah. Populasi dari penelitian adalah lembar laporan operasi pada bulan April 2022 dan sampel diambil dengan rumus slovin dan didapat hasil berjumlah 100 dokumen rekam medis menggunakan taraf kesalahan 10%.	• Variable yang diteliti sama yaitu Kelengkapan Pengisian Formulir Kartu Anestesi	• Jumlah sampel 100 formulir laporan anestesi, sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan sebanyak 83 formulir kartu anestesi. • Jenis penelitian ini adalah observasional deskriptif, dengan jenis data kuantitatif. Observasional deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan suatu peristiwa.	Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, pelaksanaan kegiatan pengisian lembar laporan operasi di RSU PKU Muhammadiyah Bantul belum memenuhi standar pelayanan minimal rumah sakit. Ketidaklengkapan pengisian lembar laporan operasi disebabkan karena kesibukan dokter dan perawat. Perlu adanya peningkatan kedisiplinan petugas kesehatan dalam pengisian lembar laporan operasi dan sosialisasi pentingnya kelengkapan pengisian berkas rekam medis.
5	Multiple Case Study: Burnout Dan Kepatuhan Dalam Pengisian Formulir Laporan Anestesi Pada Penata Anestesi	Penelitian dilakukan pada bulan April 2022 menggunakan studi kualitatif dengan pendekatan multiple case study. Pengumpulan data	• Variable yang diteliti sama yaitu Kelengkapan Pengisian Formulir Kartu Anestesi	• Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 3 orang penata anestesi. Sedangkan pada penelitian yang akan di	Beberapa hal yang dapat disimpulkan dari penelitian ini, yaitu tingkat Burnout Penata Anestesi cenderung mengalami kelelahan emosional dalam kategori ringan, pada dimensi depersonalisasi partisipan cenderung masuk dalam kategori berat dan

Di Rsud Karangasem. Ni Made Utari Dewi, I Ketut Swarjana, dan Sri Dewi Megayanti (2022)	dilakukan dengan wawancara mendalam (deep interview) tingkat burnout dan kepatuhan, serta dilakukan penilaian observasi secara langsung pengisian formulir laporan anestesi. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 3 orang penata anestesi. Data dianalisis secara deskriptif kualitatif.	lakukan sebanyak 83 formulir kartu anestesi. • Jenis penelitian ini adalah observasional deskriptif, dengan jenis data kuantitatif. Observasional deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan suatu peristiwa.	pada dimensi penurunan prestasi diri, ketiga partisipan cenderung masuk dalam kategori rendah. Pada kelengkapan pengisian formulir laporan anestesi pengisian formulir assesmen pre anestesi terdapat 3 item yang tidak terisi, yaitu pada item riwayat obat-obatan, pembedahan sebelumnya dan riwayat kebiasaan hidup. Pada pengisian formulir monitoring intra anestesi, item yang tidak terisi adalah lama pembiusan dan pembedahan. Pada formulir evaluasi pasca anestesi, seluruh item terisi dengan lengkap sesuai dengan kondisi pasien
--	--	---	---
