



Artikel Penelitian

Asesmen Praanestesi: Bukan Sekedar Kepatuhan

ELSE AGUSTINA^{1,2}, VIERA WARDHANI¹, ASTI MELANI ASTARI³

¹Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

²Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang

³Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Email korespondensi: else1311@gmail.com

Dikirimkan 16 Januari 2020, Diterima 3 Juli 2020

Abstrak

Latar Belakang: Asesmen praanestesi adalah prosedur penting yang bertujuan untuk memastikan keamanan tindakan bedah yang akan dilakukan. Prosedur ini sebenarnya adalah tanggung jawab dokter anestesiologi. Namun, dalam prosesnya melibatkan dokter, perawat serta pasien dan keluarganya.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan asesmen praanestesi serta menggali praktik pendelegasian tugas (*task shifting*) dalam pelaksanaan asesmen praanestesi di ruangan rawat inap.

Metode: Penelitian ini dilakukan di sebuah rumah sakit (RS) tipe C (140 tempat tidur) di kota Malang Jawa Timur. Peneliti melakukan observasi selama 11 hari terhadap pelaksanaan asesmen praanestesi pada kasus operasi elektif. Untuk melengkapi data, dilakukan juga pengamatan terhadap dokumen rekam medis pasien yang sama. Untuk menilai praktik pendelegasian tugas dari dokter ke perawat, peneliti menggunakan kuesioner yang berisi 28 aspek aktivitas asesmen praanestesi. Kuesioner ini didistribusikan kepada 80 orang responden yang terdiri dari perawat dan dokter spesialis yang terlibat dalam operasi elektif. Kuesioner ini menilai persepsi responden mengenai harapan dan kenyataan tentang siapa yang seharusnya melaksanakan aktivitas tersebut. Data dianalisis secara deskriptif untuk menggambarkan pola pelaksanaan pendelegasian tugas dan asesmen praanestesi.

Hasil: Asesmen praanestesi hanya dilakukan pada 19,5% dari total 43 kasus operasi elektif, namun tidak satupun yang menuliskan hasil asesmen pada dokumen yang semestinya. Dokumen rekam medis tentang asesmen praanestesi akan dilengkapi saat setelah pelaksanaan operasi (di kamar operasi). Sebagian besar responden beranggapan bahwa asesmen praanestesi dilaksanakan secara kolaborasi antara dokter dan perawat. Namun, dalam praktiknya, kebanyakan aktivitas dalam asesmen praanestesi dilakukan oleh perawat. Pendelegasian tertinggi dari dokter ke perawat terjadi pada aspek meminta tanda tangan persetujuan tindakan medis (*informed consent*) serta aspek menjelaskan tentang puasa kepada pasien dan keluarganya.

Kesimpulan: Asesmen praanestesi belum terdokumentasi dengan lengkap dan tepat sebelum pelaksanaan operasi, serta terjadi pendelegasian tugas ke perawat terutama pada proses persetujuan tindakan medis.

Kata kunci: asesmen praanestesi, kepatuhan, pendelegasian tugas, kolaborasi interprofesional

Latar Belakang

Asesmen praanestesi memiliki peran yang sangat penting untuk menjamin keselamatan pelayanan tindakan pembedahan karena proses operasi merupakan proses yang paling berisiko untuk terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit (Greer & Irwin, 2002). Selain untuk mencegah insiden keselamatan pasien, asesmen praanestesi juga bertujuan untuk mengurangi angka penundaan ataupun kegagalan pelaksanaan operasi pada saat pasien sudah berada di kamar operasi. Tujuan lain dari asesmen praanestesi ialah untuk mengurangi pemeriksaan penunjang, sehingga meningkatkan efisiensi biaya dan mengurangi beban pasien dan rumah sakit (Greer & Irwin, 2002; Sutoto & Garna, 2017; Weinstein & Aglio, 2016).

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 2018 yang dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)

menyebutkan bahwa asesmen praanestesi dilakukan oleh pihak yang berwenang dalam hal ini dokter spesialis anestesiologi sebelum pasien masuk rawat inap atau sebelum dilakukan tindakan bedah. Pada kasus operasi darurat, asesmen praanestesi dapat dilakukan sesaat menjelang operasi berurutan dengan asesmen pra induksi (Sutoto & Garna, 2017).

Studi pendahuluan yang dilakukan di dua rumah sakit swasta tipe C di kota Malang menunjukkan angka pelaksanaan asesmen praanestesi pada operasi elektif yang rendah (0-15%) bila dibandingkan dengan standar yang ditetapkan oleh KARS yaitu 100%. Dari penggalan data subjektif di kedua RS tersebut, mengindikasikan bahwa faktor komunikasi dalam tim dan terlalu pendeknya rentang waktu antara pasien masuk rumah sakit (MRS) dengan jadwal pelaksanaan operasi, berpotensi menyebabkan rendahnya angka pelaksanaan asesmen praanestesi pada kasus operasi elektif di ruangan.

Kondisi tersebut menyebabkan dokter spesialis anesthesiologi tidak melakukan asesmen praanestesi di ruang perawatan serta melakukan pendelegasian tugas kewenangan dokter kepada perawat atau yang dikenal dengan istilah *task shifting*.

Pendelegasian tugas bukanlah merupakan hal baru dalam dunia kesehatan. Pada abad ke-19 di Perancis dikenal istilah *Officiers de Santé*, yaitu tenaga kesehatan non dokter yang diakui secara umum oleh masyarakat untuk melakukan beberapa tugas kedokteran. Di Cina dikenal dengan sebutan *barefoot doctors*. Tinjauan sistematis dari berbagai bidang pelayanan kesehatan menyimpulkan bahwa hasil pelayanan kesehatan yang baik dapat dicapai melalui pengalihan tugas dokter kepada perawat dan petugas kesehatan lain dengan melalui pelatihan sesuai dengan tugas yang akan dialihkan (Callaghan, Ford, & Schneider, 2010). Di Indonesia, secara historis dikenal istilah mantri, seorang perawat lelaki yang berperan seperti halnya dokter dan mendapatkan posisi dimasyarakat sebagai dokter. Kurangnya tenaga kesehatan di daerah menyebabkan bidan dan perawat maupun profesi dokter juga memikul tanggung jawab melakukan tugas melebihi kewenangan kompetensinya. Walaupun ada bukti bahwa pendelegasian tugas berpotensi meningkatkan efisiensi dan mengurangi waktu yang diperlukan dalam memberikan pelayanan kesehatan, ada sejumlah tantangan dan hasilnya tidak selalu menguntungkan. Pengawasan dan pelatihan tetap menjadi komponen penting untuk mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan (Fulton, Scheffler, Sparkes, Auh, Vujicic, & Soucat, 2011).

Perawat merupakan tenaga profesional yang berperan penting dalam pelayanan di rumah sakit. Hal itu dikarenakan perawat memiliki porsi terbesar dalam pelayanan di rumah sakit baik dalam hal jumlah tenaga dan juga waktu interaksi dengan pasien serta profesional pemberi pelayanan lainnya. Dalam penilaian praoperatif perawat berperan memberikan saran berdasarkan hasil identifikasi kebutuhan dan faktor risiko pasien terkait dengan tindakan bedah yang akan dijalani pasien (Barrere & Ellis, 2002; Cahyono, 2015; Malley, Kenner, Kim, & Blakeney, 2015).

Tanggung jawab tenaga kesehatan dalam pelayanan terhadap pasien terlihat dalam kolaborasi antara dokter dan perawat, tapi hal ini selalu menjadi masalah yang kompleks. Secara historis, perawat memiliki status bawahan dalam praktek medis yaitu melakukan tindakan sesuai dengan instruksi dokter (Ben Natan, Mahameed, Mordechayev, Saban, Hanukashvili, & Dudkiewicz, 2015). Pelayanan keperawatan yang berhubungan dengan dokter meliputi fungsi independen (mandiri), dependen (instruksi) dan interdependen (kolaborasi). Peran perawat sebagai fungsi dependen lebih banyak dari pada melaksanakan tugas utama perawat (Tribowo, 2010).

Kekurangan dokter di banyak negara dan tuntutan perawatan yang berkualitas tinggi dan terjangkau, menjadikan pendelegasian tugas dokter ke perawat sebagai sebuah strategi dalam pelayanan di rumah sakit (Martínez-González, Tandjung, Djalali, Huber-Geismann, Markun, & Rosemann, 2014). Disamping itu, semakin meningkatnya permintaan operasi di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) saat ini juga menyebabkan arus kedatangan pasien semakin cepat, sehingga praktek pendelegasian dari dokter kepada perawat khususnya pada konteks asesmen praanestesi sangat mungkin terjadi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran dan menganalisis pelaksanaan asesmen praanestesi dan praktek pendelegasian tugas antara dokter dan perawat dalam konteks asesmen praanestesi.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* dan telah mendapatkan kelaikan etik dari Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dengan nomor 030/EC/KEPK-PPS/MMRS/2019. Observasi pelaksanaan asesmen praanestesi di ruangan dilakukan selama sebelas hari yang didukung dengan data rekam medis yaitu dokumentasi proses persiapan anestesi di ruangan, sebelum pasien dibawa ke ruangan operasi. Penilaian terhadap pelaksanaan pendelegasian tugas dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 28 aspek pelaksanaan asesmen praanestesi yang dilaksanakan pada Maret-April 2019.

Responden diminta memberikan pendapat harapan mereka tentang siapa seharusnya yang bertanggungjawab melakukan aktivitas tersebut (dokter, perawat, atau kolaborasi), dan bagaimana pada kenyataannya. Pendelegasian tugas didefinisikan sebagai perbedaan antara harapan dan kenyataan menurut persepsi responden di masing-masing item aktivitas persiapan praoperasi. Sebagai contoh respon dari responden dikategorikan sebagai pendelegasian tugas ke perawat ketika sebelumnya aktivitas tersebut diharapkan dilakukan oleh dokter atau menjadi tanggungjawab bersama namun dalam kenyataannya dilakukan oleh dokter. Responden dalam penelitian ini melibatkan seluruh populasi yang terlibat dalam persiapan operasi elektif yaitu perawat ruangan dan juga manajer bidang keperawatan serta dokter operator, dokter anesthesiologi dan dokter spesialis patologi klinik di RS tempat penelitian.

Hasil

Dari total 80 tenaga kesehatan yang terlibat dalam persiapan anestesi, sebanyak 67 perawat (91,8%) dan 13 dokter (65%) mengembalikan kuesioner (86% *response rate*). Selain itu, juga dilakukan observasi terhadap 43 kasus persiapan operasi elektif.

Pelaksanaan asesmen praanestesi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kunjungan untuk asesmen praanestesi hanya dilakukan pada sebagian kecil kasus operasi yang diobservasi (18,18%) namun tidak ada satupun hasil asesmen yang didokumentasikan pada formulir khusus asesmen praanestesi. Hal itu dapat disebabkan karena formulir asesmen praanestesi hanya disediakan di ruang operasi sehingga dokter menuliskan hasil asesmen pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT). Pengamatan juga menunjukkan bahwa pada akhirnya seluruh rekam medik pasien memiliki formulir asesmen yang terisi lengkap, namun pendokumentasian dilakukan sesudah operasi.

Secara keseluruhan data menunjukkan bahwa operasi dilakukan 2-3 hari sesudah ditetapkan untuk operasi. Pemeriksaan laboratorium dilakukan 2-4 jam sesudah pasien terdaftar menjalani rawat inap dan operasi dilakukan 9-10 jam sesudah pemeriksaan laboratorium. Waktu pelaksanaan operasi adalah 12 jam sejak pasien menjalani rawat inap. Data menunjukkan tidak ada perbedaan rerata waktu antar tahapan pada kasus yang dilakukan maupun tidak dilakukan kunjungan asesmen praanestesi.

Meskipun tidak ada perbedaan rerata waktu dan pelaksanaan operasi dilakukan kurang dari 24 jam sesudah rawat inap, apabila dilihat berdasarkan sif kerja menunjukkan pola berbeda. Sebagian besar pasien terdaftar menjalani rawat

inap pada sif sore (pukul 14.00-21.00), pemeriksaan laboratorium terbanyak pada saat sif malam (pukul 21.00-07.00), dan sebagian besar operasi dilakukan pada saat sif pagi

hari berikutnya (pukul 07.00-14.00). Tidak ditemukan perbedaan pola aktivitas menurut sif baik pada kasus yang dilakukan asesmen praanestesi maupun tidak.

Tabel 1. Kelengkapan dokumentasi asesmen praanestesi berdasarkan sif (n=43)

Aspek Pengamatan		Dokumentasi Asesmen Praanestesi				Total
		Tidak tercatat pada CPPT		Tercatat pada CPPT		
Sif Rawat Inap	07.00-14.00	6	86%	1	14%	7
	14.00-21.00	24	80%	6	20%	30
	21.00-07.00	5	83%	1	17%	6
Sif Operasi	07.00-14.00	31	82%	7	18%	38
	14.00-21.00	3	100%	0	0%	3
	21.00-07.00	1	50%	1	50%	2
Sif Pemeriksaan Laboratorium	07.00-14.00	4	100%	0	0%	4
	14.00-21.00	10	83%	2	17%	12
	21.00-07.00	21	78%	6	22%	27

Tabel 2. Dokumentasi asesmen praanestesi berdasarkan rentang waktu (rerata, standar deviasi (SD)) (n=43)

Rentang Waktu		Dokumentasi Asesmen Praanestesi			
		Tidak tercatat pada CPPT		Tercatat pada CPPT	
		Rerata	SD	Rerata	SD
Waktu penetapan-operasi	hari	3,0	2,64	3,50	2,98
Waktu MRS-Lab	jam	3,7	4,08	2,60	1,56
Waktu Lab-Operasi	jam	9,2	3,63	9,50	3,67
Waktu MRS-Operasi	jam	12,3	4,63	12,10	4,29

Pendelegasian tugas

Sebagian besar responden mengharapkan aktivitas persiapan operasi dan anestesi dilakukan sebagai kolaborasi dokter dan perawat (69%), dan hanya sebagian kecil aktivitas yang diharapkan menjadi tanggungjawab perawat saja (8%). Dalam kenyataannya, meskipun proporsi terbesar responden masih mengharapkan aktivitas dilakukan secara kolaboratif, aktitas yang dilakukan oleh perawat menjadi lebih besar (37,7%) bila dibandingkan dokter (20,5%). Hal ini mengindikasikan terjadinya pengalihan tugas (aktivitas antar profesi).

Tabel 3. Perbandingan antara harapan dan kenyataan pelaksana aktivitas asesmen praanestesi (n=43)

Pelaksana	Harapan (%)	Kenyataan (%)
Dokter	23	20,5
Perawat	8	37,7
Kolaborasi	69	41,8

Sebagian besar responden mempersepsikan sama (tidak ada

peralihan) penanggung jawab pelaksana aktivitas asesmen praanestesi. Pada semua aktivitas (28 poin) persiapan asesmen praanestesi terdapat responden yang mempersepsikan terjadi peralihan tanggung jawab ke perawat (30,28). Peralihan tanggung jawab kepada dokter dipersepsikan pada 23 aktivitas namun hanya oleh sebagian kecil responden (6,33%).

Tabel 4. Persentase respon di setiap tipe pendelegasian tugas (n=43)

Pendelegasian Tugas	Aktifitas	Persentase Respon
Tidak ada peralihan	28	67,52
Beralih ke perawat	28	30,28
Beralih ke dokter	23	6,33
Beralih ke bersama	17	2,7

Apabila dibandingkan dengan standar pelaksana aktivitas asesmen praanestesi, terdapat responden yang menyatakan

terjadi peralihan tugas dari dokter ke perawat maupun dari yang seharusnya menjadi tanggung jawab bersama namun dalam kenyatannya dilakukan oleh perawat. Persentase responden yang mempersepsikan terjadi peralihan tugas dari dokter ke perawat terbanyak adalah pada aspek pendokumentasian yaitu: meminta persetujuan tindakan medis kepada pasien atau keluarga (57,5%), memberikan penjelasan tentang puasa praoperasi kepada pasien dan keluarganya (42,9%), melengkapi dokumen persetujuan tindakan medis (34,2%), serta menuliskan ringkasan hasil pemeriksaan

penunjang ke dalam dokumen rekam medis (32,1%). Di sisi lain terdapat aktivitas pelaksanaan asesmen praanestesi yang seharusnya memang menjadi tugas perawat namun dipersepsikan bukan menjadi tanggung jawab perawat. Perbedaan tersebut ditemukan pada aspek penggalan dan pendokumentasian status kecemasan (37,2%), penentuan dan pendokumentasian status nyeri (32,5% dan 46,3%), menggali dan mendokumentasikan data subjektif (35,1% dan 27,8%) maupun objektif (26,3% dan 33,8%).

Tabel 5. Proporsi peralihan antara yang seharusnya (standar) dan kenyataan (tipe peralihan) pada aktivitas dalam asesmen praanestesi

Aktivitas	Standar	Tipe Peralihan	Frekuensi	Persentase
Melakukan anamnesis	Dokter	Tidak ada pendelegasian	54	67,5
		Didelegasikan ke perawat	21	26,3
		Didelegasikan ke dokter	4	5,0
		Kolaborasi	1	1,3
Mendokumentasikan hasil anamnesis	Dokter	Tidak ada pendelegasian	60	75,0
		Didelegasikan ke perawat	17	21,3
		Didelegasikan ke dokter	3	3,8
Menggali data subjektif	Perawat	Tidak ada pendelegasian	44	59,5
		Didelegasikan ke perawat	26	35,1
		Didelegasikan ke dokter	4	5,4
Menuliskan data subjektif	Perawat	Tidak ada pendelegasian	53	67,1
		Didelegasikan ke perawat	22	27,8
		Didelegasikan ke dokter	4	5,1
Pemeriksaan fisik	Kolaborasi	Tidak ada pendelegasian	58	72,5
		Didelegasikan ke perawat	21	26,3
		Didelegasikan ke dokter	1	1,3
Menulis pemeriksaan fisik	Kolaborasi	Tidak ada pendelegasian	68	86,1
		Didelegasikan ke perawat	10	12,7
		Didelegasikan ke dokter	1	1,3
Menggali data objektif	Perawat	Tidak ada pendelegasian	58	72,5
		Didelegasikan ke perawat	21	26,3
		Didelegasikan ke dokter	1	1,3
Mendokumentasikan data objektif	Perawat	Tidak ada pendelegasian	52	65,0
		Didelegasikan ke perawat	27	33,8
		Didelegasikan ke dokter	1	1,3
Mengevaluasi status kecemasan	Perawat	Tidak ada pendelegasian	45	57,7
		Didelegasikan ke perawat	29	37,2
		Didelegasikan ke dokter	4	5,1
Mendokumentasikan status kecemasan	Perawat	Tidak ada pendelegasian	39	49,4
		Didelegasikan ke perawat	37	46,8
		Didelegasikan ke dokter	3	3,8
Menentukan status nyeri	Perawat	Tidak ada pendelegasian	52	65,0
		Didelegasikan ke perawat	26	32,5
		Didelegasikan ke dokter	1	1,3
		Kolaborasi	1	1,3

Mendokumentasikan status nyeri	Perawat	Tidak ada pendelegasian	43	53,8
		Didelegasikan ke perawat	37	46,3
Rencana penunjang	Dokter	Tidak ada pendelegasian	56	71,8
		Didelegasikan ke perawat	5	6,4
		Didelegasikan ke dokter	11	14,1
		Kolaborasi	6	7,7
Informasi penunjang pasien	Kolaborasi	Tidak ada pendelegasian	53	67,1
		Didelegasikan ke perawat	23	29,1
		Didelegasikan ke dokter	1	1,3
		Kolaborasi	2	2,5
Evaluasi hasil penunjang	Dokter	Tidak ada pendelegasian	60	76,9
		Didelegasikan ke perawat	4	5,1
		Didelegasikan ke dokter	12	15,4
		Kolaborasi	2	2,6
Ringkasan hasil penunjang	Dokter	Tidak ada pendelegasian	37	47,4
		Didelegasikan ke perawat	25	32,1
		Didelegasikan ke dokter	14	17,9
		Kolaborasi	2	2,6
Telaah terapi	Dokter	Tidak ada pendelegasian	53	68,8
		Didelegasikan ke perawat	17	22,1
		Didelegasikan ke dokter	6	7,8
		Kolaborasi	1	1,3
Menulis telaah terapi	Dokter	Tidak ada pendelegasian	49	61,3
		Didelegasikan ke perawat	29	36,3
		Didelegasikan ke dokter	1	1,3
		Kolaborasi	1	1,3
Status ASA	Dokter	Tidak ada pendelegasian	52	65,0
		Didelegasikan ke perawat	14	17,5
		Didelegasikan ke dokter	13	16,3
		Kolaborasi	1	1,3
Menuliskan ASA	Dokter	Tidak ada pendelegasian	46	59,7
		Didelegasikan ke perawat	15	19,5
		Didelegasikan ke dokter	13	16,9
		Kolaborasi	3	3,9
Rencana Anestesi	Dokter	Tidak ada pendelegasian	57	73,1
		Didelegasikan ke perawat	11	14,1
		Didelegasikan ke dokter	7	9,0
		Kolaborasi	3	3,8
Menuliskan rencana anestesi	Dokter	Tidak ada pendelegasian	54	68,4
		Didelegasikan ke perawat	16	20,3
		Didelegasikan ke dokter	6	7,6
		Kolaborasi	3	3,8
Penjelasan puasa	Kolaborasi	Tidak ada pendelegasian	40	51,9
		Didelegasikan ke perawat	33	42,9

		<i>Didelegasikan ke dokter</i>	2	2,6
		<i>Kolaborasi</i>	2	2,6
Melengkapi persetujuan tindakan medis	Dokter	<i>Tidak ada pendelegasian</i>	49	62,0
		<i>Didelegasikan ke perawat</i>	27	34,2
		<i>Kolaborasi</i>	3	3,8
Meminta persetujuan tindakan medis	Dokter	<i>Tidak ada pendelegasian</i>	33	41,3
		<i>Didelegasikan ke perawat</i>	46	57,5
		<i>Kolaborasi</i>	1	1,3
Konseling kecemasan	Perawat	<i>Tidak ada pendelegasian</i>	41	51,3
		<i>Didelegasikan ke perawat</i>	36	45,0
		<i>Didelegasikan ke dokter</i>	1	1,3
		<i>Kolaborasi</i>	2	2,5
Memantau keadaan umum	Perawat	<i>Tidak ada pendelegasian</i>	39	48,8
		<i>Didelegasikan ke perawat</i>	41	51,3
Menuliskan perkembangan pasien	Perawat	<i>Tidak ada pendelegasian</i>	44	55,0
		<i>Didelegasikan ke perawat</i>	34	42,5
		<i>Kolaborasi</i>	2	2,5

Pembahasan

Pelaksanaan asesmen praanestesi di ruangan

Berdasarkan data observasi, dari 43 kasus operasi yang diamati, dokter spesialis anesthesiologi dan reanimasi (SpAn) pada kebanyakan kasus (81,82%) tidak datang untuk melakukan kunjungan praanestesi. Saran terapi dokter spesialis Anestesi hanya disampaikan lewat telepon atau pesan *Whatsapp* kepada perawat ruangan yang sedang bertugas setelah mereka menerima laporan dari perawat tersebut. Perawat ruangan melaporkan keberadaan pasien setelah memperoleh hasil pemeriksaan laboratorium. Meskipun rerata rentang waktu sejak pasien masuk rumah sakit, pemeriksaan laboratorium dan operasi tidak berbeda antara kasus yang dilakukan kunjungan dokter spesialis Anestesi dan tidak, data observasi menunjukkan pasien datang ke rumah sakit paling banyak pada saat sore dan pemeriksaan laboratorium pada sore malam. Perawat ruangan biasanya akan melaporkan keberadaan pasien baru dengan rencana operasi setelah hasil pemeriksaan laboratorium selesai. Kebanyakan perawat akan menghubungi dokter spesialis anesthesiologi pada malam hari melalui telepon ataupun pesan *Whatsapp* setelah memperoleh hasil pemeriksaan laboratorium. Hal ini bisa menjadi salah satu penyebab rendahnya tingkat pelaksanaan asesmen praanestesi.

Hal yang sama juga dinyatakan oleh Yakubu dalam penelitiannya di Nigeria tahun 2018. Kebanyakan pasien dengan rencana operasi baru datang ke RS dan dilakukan asesmen praanestesi malam hari sebelum pelaksanaan operasi. Keadaan ini menyebabkan tidak cukupnya waktu untuk melaksanakan asesmen praanestesi yang menyeluruh dan mengoptimalkan kondisi pasien yang sudah mempunyai faktor komorbid (Yakubu, 2018).

Terdapat berbagai faktor penghambat perubahan perilaku pada seseorang, diantaranya adalah kemauan untuk berubah

dan menerima perubahan. Selain itu, faktor lingkungan juga bisa menyebabkan seseorang untuk enggan berubah (Utami & Prastika, 2015). Dalam konteks ini, dimungkinkan dokter spesialis anesthesiologi merasa tidak masalah jika tidak melakukan asesmen praanestesi dikarenakan belum ada monitoring dan evaluasi untuk hal tersebut. Meskipun mereka mengetahui tujuan dari asesmen praanestesi, serta risiko yang akan timbul jika tidak dilakukan, mereka belum mau untuk mengubah perilakunya.

Kegiatan asesmen praanestesi merupakan rangkaian kegiatan yang berkesinambungan yang seharusnya dilakukan sejak dari ruangan perawatan sebelum pasien dikirim ke kamar operasi, di instalasi bedah sentral (bila ada), dan berlanjut hingga pasien memasuki ruang operasi (Viswanathan & Putra, 2017). Mengingat hal itu, kelengkapan dokumen praanestesi termasuk formulir asesmen praanestesi sudah seharusnya disediakan sejak di ruang perawatan serta disosialisasikan kepada dokter dan perawat.

Meskipun sudah ada standar prosedur operasional tentang pelayanan prabedah di rumah sakit tempat penelitian, termasuk didalamnya syarat kunjungan praanestesi, namun dalam pelaksanaannya kepatuhan terhadap SOP tersebut masih rendah. Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan terhadap SOP adalah sosialisasi (Jeli & Ulfa, 2014). Selain untuk meningkatkan pemahaman, dalam hal ini sosialisasi juga dapat berfungsi sebagai media untuk menyamakan persepsi antara manajemen RS dan pelaksana di lapangan (dokter dan perawat). Sebuah aturan atau dalam hal ini ialah SOP harus diikuti dengan monitoring dan evaluasi (Monev). Selain untuk meningkatkan kepatuhan, monev juga bertujuan untuk mengetahui permasalahan yang dapat menghambat pelaksanaan SOP tersebut (Yunianto, Sriatmi, & Arso, 2019).

Banyak penelitian yang menyatakan pentingnya pelaksanaan asesmen praanestesi terutama untuk menurunkan

angka penundaan ataupun kegagalan pelaksanaan operasi serta berdampak pada lama perawatan pasien pascaoperasi. Hal tersebut pada akhirnya juga akan berdampak pada efisiensi biaya perawatan pasien (Bader, Sweitzer, & Kumar, 2009; Conny & Wan-Yim, 2016; Lozada, Nguyen, Abouleish, Prough, & Przkora, 2016; Tariq, Ahmed, Kulkarni, Hanif, Toolsie, Abbas, & Chilimuri, 2016). Mengingat hal tersebut, pelayanan rawat jalan untuk anestesi atau yang lebih dikenal dengan *Anesthesia Preoperative Evaluation Clinic* (APEC) atau ada juga yang menyebut *Preoperative Assessment Clinic* (POAC) telah banyak dikembangkan terutama di luar negeri (Bader et al., 2009; Conny & Wan-Yim, 2016; Fischer, 1996; Reuter, Jurack, Engelmann, Busch, & Schnoor, 2014; Sebach, Rockelli, Reddish, Jarosinski, & Dolan Jr, 2015; Tariq et al., 2016; Yakubu, 2018).

Menurut Fischer (1996) dalam studi literturnya, konsep pelayanan anestesi berbasis rawat jalan sudah diusulkan sejak 47 tahun yang lalu. Meskipun demikian, pada awalnya program ini masih belum berjalan karena banyak dari ahli bedah yang enggan untuk mengkonsultasikan pasiennya ke APEC. Penyebabnya antara lain ialah kurangnya pemahaman terhadap prosedur pelayanan dan peran APEC dalam persiapan operasi. Namun kedepannya jumlah rujukan ke APEC semakin meningkat dan dapat menurunkan angka penundaan ataupun kegagalan pelaksanaan operasi. Di Indonesia, sistem pembiayaan oleh BPJS Kesehatan belum memasukkan pembiayaan rawat jalan anestesi sebagai komponen biaya.

Pendelegasian tugas

Hasil penelitian menunjukkan terjadi pendelegasian kewenangan dari dokter ke perawat serta perbedaan persepsi kewenangan pelayanan dalam proses asesmen praanestesi. Pola peralihan tugas ke perawat lebih terlihat pada aspek-aspek yang bersifat pendokumentasian data, mulai dari menuliskan hasil anamnesis pasien, telaah terapi, edukasi dan informasi hingga pendokumentasian asesmen praanestesi. Hal ini didukung juga oleh data observasi, dimana dari 43 kasus operasi yang diamati, permintaan persetujuan tindakan medis kepada pasien atau keluarganya seluruhnya dilakukan oleh perawat ruangan. Delapan (17,8%) kasus diantaranya didahului oleh penjelasan dokter spesialis anesthesiologi kepada pasien dan keluarganya pada saat dilakukan asesmen praanestesi, sisanya tanpa didahului penjelasan oleh dokter spesialis Anestesi karena memang tidak dilakukan asesmen praanestesi.

Menurut SNARS 2018, bab Pelayanan Anestesi Bedah 4, asesmen praanestesi dilakukan oleh profesional pemberi asuhan yang kompeten dan berwenang. Dalam hal ini dokter spesialis anesthesiologi. Selain itu, dalam maksud dan tujuan Asesmen Pasien 1 disebutkan pula bahwa asesmen dilakukan oleh disiplin klinis sesuai kebutuhan. Asesmen hanya dilakukan oleh orang yang kompeten dan diberi kewenangan sesuai peraturan perundang-undangan, dan hasilnya harus tersedia sebelum dilakukan tindakan/pengobatan (Sutoto & Garna, 2017).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran disebutkan bahwa "persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien." Sebelum meminta persetujuan tindakan medis, ada enam syarat yang sebaiknya diperhatikan oleh tenaga medis agar tidak menimbulkan salah pengertian dikemudian hari. Syarat tersebut diantaranya

adalah penandatanganan persetujuan tindakan medis sebaiknya diminta oleh pihak yang akan melakukan tindakan (dalam konteks ini ialah dokter spesialis anesthesiologi) kepada pasien atau keluarganya. Syarat lainnya ialah pada saat memberikan persetujuan tindakan medis, pasien atau keluarganya harus dalam keadaan mampu (sadar) untuk memberikan persetujuan (Njoto, 2011).

Berdasarkan pernyataan tersebut tampak bahwa tanggung jawab melengkapi dan meminta persetujuan tindakan medis ada pada dokter spesialis anesthesiologi sebagai pihak yang akan melakukan tindakan anestesi kepada pasien. Telah dijelaskan juga bahwa pada saat memberikan persetujuan tindakan, pasien atau keluarganya harus dalam keadaan mampu (sadar), maka sebaiknya persetujuan tindakan medis ini dilengkapi dan ditandatangani pada saat pasien masih berada di ruang perawatan atau sebelum pasien dikirim ke ruang operasi, kecuali pada keadaan gawat darurat.

Terdapat perbedaan persepsi tentang kolaborasi diantara dokter dan perawat. Ada wilayah abu-abu antara kewenangan dokter sehingga menyebabkan baik dokter maupun perawat rentan terjerat masalah hukum. Untuk itu hal ini perlu didukung oleh Standar Prosedur Operasional (SPO), format khusus, pemilahan tindakan medis dan delegasi (Mike, 2016).

Keterbatasan jumlah dokter, yang dalam konteks ini ialah dokter spesialis anesthesiologi, menyebabkan mereka membutuhkan perawat sebagai tenaga pendukung dalam setiap tugasnya (Mike, 2016). Dalam konteks praanestesi, perawat ruangan berperan dalam hal memberikan asuhan keperawatan prabedah, memantau dan melaporkan kondisi pasien praoperasi kepada dokter operator dan dokter anesthesiologi.

Beberapa penelitian lain juga menyatakan bahwa pendelegasian tugas merupakan suatu kebijakan yang penting dalam mengatasi kekurangan tenaga kesehatan dan *skill* yang tidak merata diantara tenaga kesehatan yang ada. Untuk mencapai tujuan tersebut sebaiknya tenaga kesehatan yang akan menerima pelimpahan tugas (perawat) diberikan pelatihan terlebih dahulu berkaitan dengan tugas yang akan mereka emban (Fulton et al., 2011).

Budhiartie dalam Mike (2016) menyebutkan bahwa pada prakteknya perawat sering menerima perintah dokter yang berupa tindakan medis. Belum adanya batasan yang jelas antara tugas dokter dan perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, akan berdampak pada kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal ini akan sangat berisiko menimbulkan konflik dengan pasien dan keluarga serta akan sangat mungkin menimbulkan masalah hukum.

Pelayanan keperawatan dalam hubungannya dengan dokter meliputi tiga fungsi, yakni: fungsi independen (mandiri), fungsi dependen (melaksanakan instruksi) dan interdependen. Dalam prakteknya, fungsi dependen lebih mendominasi tugas perawat. Hal ini erat kaitannya dengan paradigma dikalangan tenaga kesehatan (terutama perawat dan dokter), bahwa historis perawat memiliki status sebagai bawahan atau asisten dokter dalam pelayanan medis. Paradigma perawat sebagai mitra sejajar dokter masih sulit ditanamkan dalam praktik sehari-hari. Sebagian besar perawat dan dokter masih menganggap perawat adalah bawahan dokter dalam memberikan pelayanan medis, sehingga perawat harus selalu melaksanakan tindakan sesuai dengan instruksi dokter (Mike, 2016).

Berdasarkan UU RI no 38 tahun 2014 tentang keperawatan, dalam pasal 29 ayat 1 dijelaskan bahwa perawat bertugas sebagai pelaksana tugas keperawatan berdasarkan pelimpahan wewenang dari tenaga medis (dokter). Dijelaskan lebih lanjut pada pasal 32 bahwa pelimpahan wewenang secara delegatif dari dokter kepada perawat harus diberikan secara tertulis, tanggung jawab dari tindakan medis yang dilimpahkan tersebut tetap dipegang oleh yang melimpahkan dalam hal ini adalah dokter sebagai tenaga medis. Selanjutnya dalam pasal 32 juga dijelaskan bahwa pelimpahan wewenang ini hanya boleh diberikan kepada perawat profesi atau perawat vokasi yang terlatih dan memiliki kompetensi yang diperlukan (Departemen Kesehatan, 2014).

Pelaksanaan pelimpahan tugas dari dokter, perawat seharusnya tidak hanya sekedar melaksanakan perintah atasan tetapi juga meneliti, menelaah dan memperhatikan situasi berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya sebelum bertindak (Cornock, 2011). Selama ini kesan yang muncul dalam praktik sehari-hari ialah perawat merasa tidak nyaman jika harus menentang dokter. Selain itu, perbedaan cara pandang dari dokter dan perawat tentang makna kolaborasi juga akan mempengaruhi persepsi mereka tentang praktik (perilaku) kolaborasi (Risfiani & Sulihandri, 2013; Suyanti, Asmaningrum, & Ardiana, 2014). Perawat memiliki persepsi bahwa tindakan medis yang dilakukannya adalah merupakan tanggung jawab perawat karena hal tersebut sudah menjadi tugas rutin. Bahkan, belum adanya batasan yang jelas antara tugas dokter dan perawat dalam pelaksanaan pelayanan kepada pasien mengakibatkan perawat lebih mengutamakan melakukan tindakan medis yang didelegasikan oleh dokter daripada asuhan keperawatan yang memang menjadi tugas utamanya (Mike, 2016).

Kesimpulan

Penelitian menunjukkan bahwa tidak ada proses asesmen praanestesi yang terdokumentasi dengan lengkap dan tepat waktu sebelum pelaksanaan operasi. Selain faktor kepatuhan, hal ini kemungkinan disebabkan karena ketersediaan formulir asesmen praanestesi di ruangan rawat inap, jam kedatangan pasien, dan tidak tercakupnya layanan praanestesi dalam pembiayaan asuransi kesehatan. Pelaksanaan asesmen praanestesi sebagian dilakukan dengan pendelegasian tugas kepada perawat, terutama dalam proses persetujuan tindakan medis yang sudah menjadi bagian dari kebiasaan yang berlaku dan diterima dalam pelaksanaan tugas kolaborasi dokter dan perawat.

Untuk meningkatkan pelaksanaan asesmen praanestesi, rumah sakit perlu mengkaji perbaikan alur masuk dan pelaporan rencana operasi kepada dokter spesialis anestesi serta pengembangan poliklinik anestesi untuk evaluasi preoperatif dengan memperhatikan aspek pembiayaan.

Referensi

- Bader, A. M., Sweitzer, B., & Kumar, A. (2009). Nuts and bolts of preoperative clinics: the view from three institutions. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(4), S104-11. doi: 10.3949/ccjm.76.s4.17.
- Barrere, C., & Ellis, P. (2002). Changing attitudes among nurses and physicians: a step toward collaboration. *Journal for Healthcare Quality*, 24(3), 9-15. doi: 10.1111/j.1945-1474.2002.tb00427.x.
- Ben Natan, M., Mahameed, S., Mordechayev, M., Saban, A., Hanukashvili, A., & Dudkiewicz, M. (2015). Medical Staff Attitudes towards Expansion of

Nurse Authority to Perform Peripheral Intra Venous Cannulation. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 69-76.

Cahyono, A. (2015). Hubungan karakteristik dan tingkat pengetahuan perawat terhadap pengelolaan keselamatan pasien di rumah sakit. *Jurnal Ilmiah WIDYA*, 1(1), 97-102.

Callaghan, M., Ford, N., & Schneider, H. (2010). A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 8(1), 8. doi: 10.1186/1478-4491-8-8.

Conny, C. S.-M., & Wan-Yim, I. (2016). The effectiveness of nurse-led preoperative assessment clinics for patients receiving elective orthopaedic surgery: a systematic review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(6), 465-474. doi: 10.1016/j.jopan.2014.08.147.

Cornock, M. (2011). Legal definitions of responsibility, accountability and liability. *Nursing Children and Young People*, 23(3), 25-26. doi: 10.7748/ncyp.2011.04.23.3.25.c8417.

Departemen Kesehatan, R. I. (2014). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Fischer, S. P. (1996). Development and Effectiveness of an Anesthesia Preoperative Evaluation Clinic in a Teaching Hospital. *American Society of Anesthesiologists inc.* (Vol. 85 no.1). Lippincott-Raven Publishers.

Fulton, B. D., Scheffler, R. M., Sparkes, S. P., Auh, E. Y., Vujicic, M., & Soucat, A. (2011). Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human Resources for Health*, 9(1), 1. doi: 10.1186/1478-4491-9-1.

Greer, A. E., & Irwin, M. G. (2002). Implementation and evaluation of guidelines for preoperative testing in a tertiary hospital. *Anaesthesia and Intensive Care*, 30(3), 326-330. doi: 10.1177/0310057X0203000310.

Jeli, M. M., & Ulfa, M. (2014). Kepatuhan Perawat dalam Melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Infus di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong. *Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 14(1), 51-62.

Malley, A., Kenner, C., Kim, T., & Blakeney, B. (2015). The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181, e1-9. doi: 10.1016/j.aorn.2015.06.004.

Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., Huber-Geismann, F., Markun, S., & Rosemann, T. (2014). Effects of physician-nurse substitution on clinical parameters: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 9(2), e89181. doi: 10.1371/journal.pone.0089181.

Mike, A. (2016). Persepsi Perawat Tentang Tanggung Jawab dalam Pelimpahan Kewenangan Dokter Kepada Perawat di Ruang Rawat Inap Non Bedah Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang Universitas Andalas.

Njoto, H. (2011). Pertanggungjawaban Dokter Dan Rumah Sakit Akibat Tindakan Medis Yang Merugikan Dalam Perspektif UU No 44 Th 2009 Tentang Rumah Sakit. *DiH: Jurnal Ilmu Hukum*, 7(14), 57-71.

Reuter, U., Jurack, B., Engelmann, N., Busch, T., & Schnoor, J. (2014). Residents Achieve a High Patient Satisfaction in Pre-Anesthetic Patient Assessment. An Observational Study. *Open Journal of Anesthesiology*, 4(11), 263-275. doi: 10.4236/ojanes.2014.411039.

Risfiani, N., & Sulihandri, H. (2013). Prinsip-prinsip Dasar Keperawatan. Jakarta Timur: Dunia Cerdas.

Sebach, A. M., Rockelli, L. A., Reddish, W., Jarosinski, J. M., & Dolan Jr, C. L. (2015). Development of a Nurse Practitioner-Managed Preoperative Evaluation Clinic Within a Multispecialty Orthopedic Practice. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(9), 869-877. doi: 10.1097/NOR.0000000000000514.

Sutoto, & Garna, H.H. (2017). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (1st ed.). Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

Suyanti, S., Asmaningrum, N., & Ardiana, A. (2014). Perspektif Pasien dengan Perlindungan Sosial Kesehatan tentang Peran Advokasi Perawat di Ruang Rawat Kelas III Rumah Sakit Paru Jember (Nurse's Advocacy Role in Patients with Social Health Insurance in Class III Inpatient Wards Paru Hospital Jember. *Pustaka Kesehatan*, 2(1), 132-139.

Tariq, H., Ahmed, R., Kulkarni, S., Hanif, S., Toolsie, O., Abbas, H., & Chilimuri, S. (2016). Development, functioning, and effectiveness of a preoperative risk assessment clinic. *Health Services Insights*, 9, 1-7. doi: 10.4137/HSI.S40540.

Tribowo, C. (2010). Hukum Keperawatan (Cetakan I). Yogyakarta: Pustaka Book Publisher.

Utami, V. W., & Prastika, M. (2015). Hubungan Pengetahuan Tentang Dismenore Dengan Perilaku Pencegahannya Pada Remaja Putri Kelas X dan XI di SMA Gajah Mada Bandar Lampung Tahun 2014. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 1(1), 5-8. doi: https://doi.org/10.33024/jkm.viii.535.

Viswanathan, P. K., & Putra, K. A. H. (2017). Tatalaksana Anestesia dan Reanimasi pada Operasi Liang Telinga. Diakses dari simdos.unud.ac.id.

Weinstein, A. S., & Aglio, L. S. (2016). Preanesthetic evaluation of a patient with a deep brain stimulator: a practical guide and checklist for patient safety. *Journal of Clinical Anesthesia*, 31, 278–281, doi: 10.1016/j.jclinane.2016.02.009.

Yakubu, S. Y. (2018). Could preanesthesia assessment clinics be of benefit in modern anesthetic practice in Nigeria? *Sub-Saharan African Journal of Medicine*, 5(1), 1-5, doi: 10.4103/ssajm.ssajm_6_17.

Yunianto, I., Sariatmi, A., & Arso, S. P. (2019). Mekanisme Pengawasan dan Pengendalian Tenaga Surveilans Kesehatan (GASURKES) Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 7(1), 64–74