

IMPLEMENTASI KOORDINASI PERAWATAN PASIEN PERIOPERATIF OLEH PERAWAT

Hendrik Kurniawan*, Luky Dwiantoro, Madya Sulisno

Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Jl. Prof. Soedarto, Tembalang, Kec. Tembalang, Kota Semarang, Jawa Tengah, Indonesia 50275

*hendrikkurniawansmg@gmail.com

ABSTRAK

Kegiatan koordinasi perawatan perioperatif meliputi kegiatan pelayanan perawatan fase pre, intra dan post operatif. Beberapa kesalahan dalam menyiapkan pasien untuk diprogramkan operasi elektif dapat menyebabkan masa lama rawat pasien memanjang, *readmissions* berulang, menurunkan kualitas hidup, mengurangi keselamatan dan kepuasan pasien dan peningkatan biaya. Situasi tersebut memerlukan upaya koordinasi perawatan yang berpusat pada pasien. Penelitian yang digunakan adalah kualitatif diskriptif, dengan analisa data metoda *Colaizzi*. Sebanyak lima partisipan perawat perioperatif dengan masa kerja lebih dari 3 tahun sebagai narasumber penelitian dengan kriteria tiga perawat ruang rawat inap bedah (katim, penanggung jawab shif dan perawat pelaksana), satu perawat kepala ruang bedah sentral dan satu perawat pelaksana kamar bedah serta satu partisipan sebagai triangulasi sumber yang merupakan dokter spesialis bedah mulut dan selaku kepala instalasi bedah sentral. Hasil didapatkan enam tema yaitu: keterlibatan pasien dan keluarga dalam pengelolaan layanan kesehatan sejak awal masuk rumah sakit, mekanisme penjadwalan program operasi elektif, pengkajian pasien sebelum operasi, optimalisasi kelayakan kondisi kesehatan pasien, metode koordinasi yang dilakukan oleh perawat serta keadaan atau situasi yang membutuhkan koordinasi dengan berbagai profesional pemberi asuhan, pasien dan keluarga. Perawat dalam melaksanakan koordinasi perawatan menemukan hambatan atau tantangan dalam mensukseskan koordinasi perawatan yang dilakukan. Perawat dalam melakukan fungsi koordinasi perawatan, berfungsi sebagai *care coordinator* bukan hanya sebagai perawat pelaksana atau ketua tim.

Kata kunci : koordinasi perawatan, perioperatif, perawat

THE IMPLEMENTATION OF PERIOPERATIVE PATIENT CARE COORDINATION BY NURSES

ABSTRACT

Perioperative care coordination activities include pre, intra and post operative care service activities. Some errors in preparing patients for elective surgery programs can cause prolonged hospitalization, repeated readmissions, reduced quality of life, reduced patient safety and satisfaction and increased costs. This situation requires coordinating efforts for patient-centered care. The research used is descriptive qualitative, with Colaizzi method data analysis. Five perioperative nurse participants with a working period of more than 3 years as research sources with the criteria of three nurses inpatient surgery (Katim, person in charge of shif and executive nurse), one head nurse in the operating room and one nurse in the operating room and one participant as a participant as a nurse triangulation of sources who are oral surgeons and as the head of the central surgical installation. The Results obtained six themes, namely: involvement of patients and families in the management of health services from the beginning of the hospital admission, scheduling mechanisms for elective surgery programs, assessment of patients before surgery, optimization of the feasibility of the patient's health conditions, methods of coordination performed by nurses and circumstances or situations that require coordination with various care professionals, patients and families. Nurses in implementing care coordination find obstacles or challenges in the success of the coordination of care performed. Nurses in performing the care coordination function, functions as a care coordinator not just as an executive nurse or team leader.

Keywords: care coordination, perioperative, nurse

PENDAHULUAN

Koordinasi perawatan merupakan aspek penting dalam pelayanan kesehatan yang berpusat pada pelayanan terhadap pasien (*patient center care*) (Schultz EM, Pineda N 2013). Kegiatan koordinasi perawatan dilakukan supaya masa lama rawat pasien tidak memanjang, *readmissions* dapat dikurangi, meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan keselamatan dan kepuasan pasien. Perawatan perioperatif merupakan salah satu layanan perawatan yang memiliki peran strategis dalam pelaksanaan koordinasi perawatan perioperatif yang terintegrasi dengan melibatkan interdisiplin profesional pemberi asuhan serta berhubungan erat dengan sasaran keselamatan pasien. (Vizient®, 2018)

Care Coordination (koordinasi perawatan) adalah proses kolaboratif yang menilai, merencanakan, mengimplementasikan, mengkoordinasikan, memonitor, dan mengevaluasi pilihan dan layanan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan layanan kesehatan dan klien. (Cropley, S & Sanders, ED, 2013). Nilai koordinasi keperawatan sebagai elemen penting untuk sukses pada rumah sakit yang melakukan pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien (*Patient Centre Care*) (Van Houdt 2013)

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) pada salah satu rumah sakit umum daerah di Jawa Tengah tahun 2016 dan 2017 berupa Kejadian Nyaris Cedera (KNC) meningkat dari 32% pada tahun 2016 menjadi 36,3% tahun 2017. Adapun faktor penyebabnya adalah koordinasi perawatan rawat inap yang salah kirim pasien ke ruang operasi dan koordinasi perawatan dengan farmasi berupa kejadian pemberian obat pre medikasi yang tidak sesuai resep dokter anestesi.

Peneliti melakukan studi pendahuluan dengan data bahwa terdapat 3 dari 10 pasien mengalami keadaan klinis dan psikis yang belum stabil (*vital signs* pasien tidak stabil, hasil laboratorium pasien belum normal serta kesiapan mental pasien pre operasi), pasien belum dilakukan prosedur *site marking* area operasi, *inform* dan *consent* tindakan pembedahan dan pembiusan belum lengkap serta syarat administrasi pasien yang tidak

lengkap menyebabkan pasien tidak dapat dijadualkan dalam operasi elektif.

Upaya untuk mengungkap masalah umum yang terkait dengan koordinasi perawatan perioperatif, Vizient® Patient Safety Organization, 2018 melakukan tinjauan retrospektif peristiwa *periprocedural* yang dilaporkan secara nasional dari Januari 2016 hingga Juni 2017 yang menunjukkan bahwa terjadi kesalahan penjadwalan operasi (22%), Hasil tes atau temuan fisik pada hari operasi yang diperlukan dalam manajemen medis (16%), Persiapan pra operasi atau tes pemeriksaan penunjang tidak dilakukan atau salah atau hasil tes tidak tersedia (10%), Peralatan operasi atau persediaan tidak dipesan atau tidak tersedia, tidak steril (4%), Tim Kamar Operasi (Perawat Kamar Operasi) tidak menerima pemberitahuan (mis., dalam kasus emergensi yang terjadi) atau ada beberapa informasi yang hilang. (2%), Pasien dibawa ke O.R. atau kamar operasi sebelum waktunya atau ruangan yang salah, atau perawatan tidak terkoordinasi. (2%), *Handover* post operasi tidak diberikan kepada unit penerima atau informasi atau pesanan tidak benar atau hilang. (5%).

Bowen *et.al*, (2016) menyatakan bahwa terdapat 9% masalah yang berkaitan dengan kesalahan koordinasi dengan kamar bedah, termasuk kesalahan prosedur pembedahan secara detail, kegagalan/kesalahan dalam pencatatan terhadap alergi, termasuk identifikasi dan penjadwalan operasi untuk pasien dengan *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM). Penelitian ini menunjukkan bahwa kunjungan multidisiplin dapat mengidentifikasi adanya gaps/masalah dalam proses pra operasi yang berfokus pada pasien. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa masalah yang teridentifikasi dapat mempengaruhi perbaikan kualitas praktek klinis, keselamatan, dan efisiensi operasional perawatan pasien.

Penelitian ini penting dilakukan untuk mengetahui fenomena-fenomena koordinasi perawatan yang dilakukan dengan baik menyebabkan dampak layanan kesehatan menjadi lebih baik, mendapatkan keuntungan ekonomi karena ada hubungan langsung antara perawatan yang terkoordinasi dengan

peningkatan efisiensi pemanfaatan layanan kesehatan dan kualitas perawatan. Dampak dari kinerja model koordinasi perawatan yang baik dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap perawatan, kemitraan dalam perawatan kesehatan, peningkatan komunikasi antara penyedia layanan perawatan dengan pasien, pengurangan pemanfaatan ruang gawat darurat yang tidak sesuai, hasil klinis yang ditingkatkan, penghematan biaya, dan lebih sedikit kebutuhan yang tidak terpenuhi. (Prokop, J, 2016)

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi secara mendalam pengalaman perawat perioperatif dalam implementasi koordinasi perawatan pasien perioperatif. Dalam pelaksanaan koordinasi perawatan tersebut, perawat melakukan kolaborasi dengan profesional pemberi asuhan lainnya untuk memberikan layanan perioperatif yang terintegrasi.

METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi diskriptif. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purpose sampling*. Instrumen dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara. Jumlah partisipan dalam penelitian ini 6 partisipan yang terdiri dari 5 perawat perioperatif dan satu orang dokter spesialis bedah mulut sebagai triangulasi sumber. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam/*in-depth interview* secara semi terstruktur. Analisa data menggunakan model *Colaizzi* (Moleong, L, 2010). Adapun kriteria inklusi partisipan adalah perawat perioperatif dengan masa kerja lebih dari 3 tahun baik yang bekerja di ruang rawat inap dan perawat yang bekerja di kamar bedah. Penelitian ini dilakukan di salah satu rumah sakit umum daerah provinsi Jawa Tengah, pada bulan Agustus-Oktober 2019. Penelitian ini telah mendapatkan *Ethical Clearance* dari Komisi etik penelitian dan Kesehatan RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah, dengan No.116/KEPK.EC/VIII/2019.

HASIL

Terdapat 6 partisipan perawat perioperatif sebagai narasumber dan satu dokter spesialis bedah mulut sebagai triangulasi sumber. Berikut adalah partisipan/narasumber

penelitian; P1 adalah perawat pelaksana, pendidikan Ners, berusia 30 tahun, masa kerja 5 tahun diruang rawat inap bedah, P2 berusia 39 tahun merupakan ketua tim, pendidikan Ners, dengan masa kerja 14 tahun dengan penjabaran: Ruang anak 2 tahun, Ruang rawat inap 7 tahun, 4 tahun di IBS, 3 tahun Ruang rawat inap bedah, P3 berusia 32 tahun merupakan Penanggung jawab Shift, pendidikan Ners, dengan masa kerja Ruang rawat inap bedah 8 tahun, P4 berusia 34 tahun merupakan Perawat Pelaksana Instalasi Bedah Sentral 15 tahun dengan pendidikan Sarjana Keperawatan, P5 berusia 48 tahun merupakan kepala ruang kamar bedah dengan masa kerja di unit gawat darurat selama 5 tahun dan kamar bedah selama 14 tahun. Partisipan terakhir sebagai triangulasi sumber merupakan seorang dokter spesialis bedah mulut, selakukepala instalasi bedah sentral, ketua komite Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) dan dokter penanggungjawab pelayanan, berusia 54 tahun, dengan masa kerja 11 tahun.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat melibatkan pasien dan keluarga dalam pengelolaan layanan kesehatan sejak awal masuk rumah sakit, dengan 1) melakukan orientasi yang meliputi, pengenalan, pelepasan informasi, orientasi sarana dan prasarana, Informasi terkait pelimpahan wewenang pasien, 2) Pelepasan informasi 3) Jenis edukasi pada pasien dan keluarga, 4) Dukungan keluarga dalam perawatan pasien sangat penting.

Perawat telah memberikan informasi kepada pasien dan keluarga dengan melakukan orientasi seperti disampaikan oleh informan berikut ini : *“Pasien dan keluarga terlibat aktif dalam program yang dilakukan.”* (P1)

“Pemberian informasi oleh perawat meliputi gelang identitas, rencana pemeriksaan, orientasi ruangan, dan nama DPJP.” (P1)

“Pemberian edukasi dan informed consent kepada pasien yang telah direncanakan program dari dokter.” (P1)

“Pada saat pertama kali pasien masuk, perawat memberikan fase orientasi dalam ruangan, pertama tentang pelimpahan

tanggungjawab informasi, pelepasan informasi pasien, kepada pasien dan kepada dua anggota keluarga yang berhak mengetahui informasi terkait kesehatan pasien, yang kedua adalah orientasi tentang tempat di mana pasien tersebut dirawat, baik fasilitas maupun saranadan prasarananya. Kemudian tentang hak dan kewajiban pasien itu sendiri, kemudian informasi yang menjelaskan tentang apa tujuan beliau masuk ke rumahsakit.”(P2)

“Terdapat satu bendel untuk form orientasi.”“Terdapat pelepasan informasi.”(P3)

Joint Commission international (JCI) accreditation standar for hospital pada standar patient and family education (PFE) menyatakan bahwa pendidikan pada pasien dan keluarga akan membantu pasien dan keluarga membuat keputusan. Pendidikan pada pasien diberikan oleh dokter, perawat dan tim kesehatan lainnya yang terkait dengan kasus pasien.

“Keluarga berperan penting untuk memantau kondisi pasien saat sebelum dilakukan program operasi seperti pengawasan puasa, eliminasi fekal, dan personal hygiene. Perawat memberikan edukasi terkait hal-hal yang harus diperhatikan oleh keluarga saat pasien akan menjalani program.Koordinasi dengan keluarga dan pasien dibutuhkan dalam keberjalanan program pasien. Koordinasi dengan keluarga dibutuhkan saat sebelum program dilakukan terutama saat terdapat urusan administratif.” (P1)

“Memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya kembali saat dokter menjelaskan program operasinya. Penjaminan atau persyaratan BPJS atau jasa raharja atau oleh perusahaan. Perawat menyampaikan persyaratan BPJS kepada keluarga pasien. Informasi yang menjelaskan tentang apa tujuan beliau masuk ke rumah sakit.” (P2)

“Penjelasan program operasi ke keluarga untuk menghindari mis komunikasi. Menjelaskan sakitnya pasien dan tindakan yang akan dilakukan, Kondisi pasien juga harus diterangkan, Memastikan pasien tahu tindakan yang akan dilakukan saat masuk ruangan. Apabila pasien menggunakan dana

mandiri maka perawat melakukan edukasi pada pasien dan keluarga terkait persetujuan jaminan kesehatan yang berhubungan dengan jadwal operasi, termasuk biaya operasi yang diluar tanggungan dari jaminan kesehatan.” (P3)

“Penjelasan dari perawat ke pasien sekilas saja, yang penting pasien tahu, tidak mendalam.”(P4)

“Kerjasama antara pasien dan perawat akan mengetahui riwayat kesehatan pasien.”(P5) (triangulasi sumber)

Hasil penelitian relevan dengan referensi bahwa pendidikan kesehatan harus diberikan kepada pasien dan keluarga terkait tentang kondisi pasien dan persyaratan dilakukannya operasi, dan hasil pendidikan kesehatan dibuktikan dengan lembar *inform consent* yang telah diterapkan di rumah sakit. Pendidikan tersebut dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan: dokter bedah, anestesi dan perawat serta profesional pemberi asuhan yang lain.

“Dokter memberikan informasi yang jelas terkait kondisi dan kebutuhan yang diperlukan pasien pada pasien dan keluarga.”P5(triangulasi sumber)

“Dokter memberikan informasi terkait kondisi sesuai dengan hasil lab, prognosis, dan juga jalannya operasi.”(P5/triangulasi sumber).

Beberapa hal yang perlu dipersiapkan pada saat preoperatifadalahmemastikan dalam kondisi terbaik pasien untuk operasi. Perawat melakukan pengkajian meliputi pengkajian kesehatan dan resiko,seperti yang disampaikan oleh informan bahwa perawat melakukan pengkajian fisik dan psikologis:

“Perawat ruangan melakukan asesmen ulang terkait riwayat kesehatan, riwayat alergi, dan pemeriksaan yang belum dilakukan. Pengkajian yang berhubungan dengan keperawatan yaitu kebutuhan dasar, pengkajian risiko jatuh dan lain-lain sudah terlampir di rekam medik. Pengkajian fisik, dilakukan pengecekan ulang kepada pasien.Pengkajian apakah pasien mengalami ketegangan dan rileks.”(P2)

“Lembar pengkajian berupa checklist yang mencakup seluruh tindakan perawat yang digunakan untuk persiapan peri-operatif hingga post-operatif. Pengkajian preoperasi dilakukan saat hand over dengan re-validasi pada identitas pasien terkait alergi, puasa, marking area operasi, dan risiko jatuh. Lembar pengkajian berisi kewajiban berpuasa sebelum operasi, riwayat alergi, teknik relaksasi, risiko jatuh, marking area operasi.”(P4)

“Perawat di ruang pra induksi melakukan re-validasi pengkajian pada pasien. Lembar pengkajian menggunakan checklist agar lebih efektif (lebih mudah dan cepat).” (P4)

“Pengkajian itu sangat penting. Riwayat kesehatan diperoleh melalui pengkajian dari pasien. pengkajian yang tepat untuk melakukan terapi sebelum operasi. Pengkajian pre operasi di ruang operasi dimulai dari serah terima pasien, verifikasi identitas pasien dan pengkajian pasien. Pengkajian pasien diawali dengan riwayat penyakit, puasa, tindakan yang akan dilakukan, dokter yang melakukan operasi, penyakit dan kebiasaan sebelumnya (riwayat merokok).” (P5/triangulasi sumber)

Form pengkajian tersebut dilakukan oleh dokter bedah dan dilakukan di ruang rawat inap pada saat visite minimal satu hari sebelum program operasi dilakukan. Penandaan lokasi operasi *site marking* pada tubuh pasien yang memiliki lateralisasi/bukan organ tunggal. Hal ini serupa yang disampaikan oleh narasumber sebagai triangulasi bahwa “Dokter menulis rencana tindakan yang akan dilakukan seperti estimasi lama operasi, tindakan yang dilakukan (saat operasi), jenis anestesi, tindakan yang dibutuhkan (sebelum operasi)”. (Triangulasi)

Form pengkajian khusus keperawatan sudah terlampir di rekam medis. Pengkajian yang dilakukan oleh perawat berdasarkan form pengkajian yang telah tersedia di rekam medis Perawat ruangan melengkapi kekurangan keperluan yang belum dilengkapi oleh perawat poliklinik maupun IGD. (P1)

Terdapat form RS untuk persiapan pasien operasi. Dan itu memudahkan kita

mengkoreksi apakah sudah dilakukan atau belum (P2)

Pada catatan integrasi sudah terdapat form pengkajian, penunjang. Perawat merasa gampang (mudah) dengan adanya form pengkajian (P3)

Adanya form pengkajian pasien pada saat itu untuk serah terima pasien. (P5)

“Ketika pasien tiba di ruang pra induksi, tim akan menentukan pelaksanaan operasi dilanjutkan atau tidak. (P5)

Pengkajian pre operasi sangatlah penting dalam menjamin kesuksesan program operasi, hal ini pernah terjadi pada salah satu pasien yang pada akhirnya pasien harus dibangunkan lagi setelah anestesi berlangsung, untuk memastikan lagi lokasi operasi yang akan dilakukan operasi. Hal ini masih perlu dibenahi oleh pihak manajemen rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu layanan kesehatan. Menurut narasumber sebagai triangulasi (P5) menyatakan bahwa:

“Dokter operator akan mempersiapkan keadaan umum pasien operasi elektif, yang dipersiapkan yaitu keadaan umum pasien jika diperlukan, konsul dan pemeriksaan penunjang. Setelah semuanya sudah dipersiapkan, dokter memberikan informasi yang jelas pada pasien. Pada H-1 setelah semua siap, dokter menginstruksikan pada perawat untuk mendaftar operasi elektif untuk esok hari”. (P5/Triangulasi sumber)

“Pengawasan teknis biasanya dilakukan secara berkala dan dievaluasi oleh bidang pelayanan, dan untuk mungkin kasus-kasus tertentu juga kadang kita diskusikan di Komite Medik untuk dokter-dokter”. (P5/Triangulasi sumber)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi komunikasi antara perawat kamar bedah dengan perawat ruang rawat inap saat melakukan koordinasi perawatan pasien perioperatif.

“Proses pendaftaran operasi memang kita tetap harus menunggu program dari dokter, kemudian perawat akan mendaftarkan via online pada komputer.” (P1)

“Daftar program operasi tanpa konsul dokter anestesi terlebih dahulu.” (P2)

“Pada SPO, perawat akan mendaftar operasi bila dokter anestesi sudah Acc.”(P3)

“Perawat ruangan memastikan dengan dokter anestesi.” (P4)

“Apabila dokter operator sudah setuju dilakukan tindakan operasi. Selanjutnya, H-1 tindakan operasi dokter operator dan dokter anestesi harus visit ke pasien untuk persetujuan tindakan operasi dan pembiusan.” (P5/ triangulasi sumber)

Proses penjadwalan program operasi memerlukan koordinasi perawatan yang baik, peran strategis perawat sebagai koordinator perawatan dapat dikembangkan. Perawat melakukan koordinasi dengan berbagai pihak terkait dengan layanan kesehatan yang harus diberikan.

“Tim perawat kamar bedah nya juga melakukan pengecekan.” (P1)

“Tim perawat kamar bedah berkoordinasi dengan perawat terkait jadwal program operasi pasien dan perawat konfirmasi dengan dokter terkait jadwal yang diberikan oleh tim OK.” (P1)

“Penjadwalan dilakukan oleh kepala ruang IBS.”(P4)

“Setelah jam 12.00 Wib, tim akan menyusun jadwal untuk operasi elektif hari esoknya.” (P5/triangulasi sumber)

Pembatalan program operasi yang paling sering terjadi adalah karena dokter anestesi tidak Acc pasien untuk program operasi, satu hari sebelum operasi tidak melakukan visite. Hal ini dapat berdampak pada kualitas layanan rumah sakit, LOS (*Lange Of Stay*) yang memanjang, biaya yang meningkat dan energi yang dibutuhkan oleh pemberi layanan kesehatan bertambah. Berikut adalah yang disampaikan oleh informan ;

“Dokter anestesi atau dokter bedah menunda program dikarenakan ada keperluan lain.” (P1)

“Pembatalan pendaftaran program operasi ke IBS karena tidak acc dokter anestesi.” (P2)

“Program operasi didaftarkan terlebih dahulu tanpa adanya acc dari dokter anestesi , karena belum visit, dihubungi tidak bisa. Ketika dokter anestesi tidak acc maka ruangan akan membatalkan ke IBS dan ini akan menjadi kendala di IBS.” (P2)

“Terjadinya pembatalan sewaktu-waktu dari jadwal yang telah dibuat tim OK karena ada pasien yang belum konsul atau tidak acc dokter anestesi.” (P5/triangulasi sumber)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa koordinasi yang dilakukan oleh perawat dengan tim kesehatan lainnya, pasien dan keluarga dilakukan dengan cara berkomunikasi, melakukan konferen dan *handover*, adanya dokumentasi atau catatan medik, pendampingan visite dokter, pelimpahan tugas kepala ruang kepada katim, validiasi atau verifikasi oleh kepala ruang atau ketua tim kepada perawat pelaksana, adanya konsultasi dengan atasan. Bukti tertulis penolakan pasien dan keluarga dengan surat penolakan.

“Perawat melakukan koordinasi dengan tim, seperti dokter operator, dokter anestesi, dan dokter spesialis.” (P1)

“Perawat akan melaporkan ke DPJP yang mempunyai kewenangan dalam mengambil keputusan untuk pelaksanaan operasi.”(P2)

“Perawat menceritakan contoh kasus gagalnya program operasi atau tertundanya karena tidak ada acc alat dari pihak manajemen.” (P3)

“Koordinasi antara karu, perawat pelaksana, dan katim dengan metode diskusi dan musyawarah.” (P4)

“Tim selalu koordinasi dengan dokter bedah dan dokter anestesi terkait pelaksanaan operasi.” (P5/ triangulasi sumber)

Perawat melakukan komunikasi pada saat melakukan timbang terima atau *handover* diantara perawat antar shif. Saat melakukan timbang terima perawat perlu berkomunikasi

secara jelas, tentang kebutuhan pasien, intervensi yang sudah dilakukan dan yang belum dilakukan serta respon yang terjadi pada pasien. Pada saat timbangan dilakukan berbagai kegiatan yang bertujuan menyampaikan kondisi pasien secara akurat. Timbangan sangat diperlukan karena disinilah terjadi koordinasi antar perawat dalam memberikan asuhan atau layanan kesehatan pada pasien.

“Perawat melakukan komunikasi antar shift terkait hal-hal yang belum terselesaikan di shift sebelumnya.” (P1)

“Pelaksanaan hand over sesuai SPO wajib didampingi oleh perawat.” (P2)

“Permasalahan yang disampaikan saat operan, akan perawat awasi atau kontrol.” (P3)

“Proses handover akan dilakukan pengecekan kembali terkait kesiapan kondisi pasien yang akan dipindahkan dari RR ke ruangan.” (P4)

“Tim melakukan hand over antara perawat RR dengan perawat ruangan.” (P5/ triangulasi sumber)

Handover dapat meminimalkan terjadinya salah persepsi layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, dan “pengawasan secara teknis terkait pelaksanaan handover dilakukan secara berkala.” (P5/ triangulasi sumber)

Komunikasi secara tertulis juga dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan dalam bentuk Rekam medik atau dokumentasi. Dokumentasi sebagai salah satu alat komunikasi diantara pemberi layanan kesehatan di rumah sakit. Dokumentasi digunakan untuk memvalidasi layanan kesehatan, sarana komunikasi antar perawat dan pemberi asuhan lainnya seperti dokter operator, dokter anastesi dan lainnya.

“Komunikasi dan dokumentasi oleh dokter operator dengan menuliskan instruksi secara singkat dan jelas di CPPT.” (P5/ triangulasi sumber)

Dalam koordinasi juga diperlukan kepatuhan dalam menjalankan aturan yang telah diberlakukan sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO). Kesadaran semua

profesional pemberi asuhan/layanan kesehatan akan mempengaruhi keberlangsungan kerja tim pemberi layanan kesehatan di rumah sakit. Masih terdapat ketidak patuhan pemberi layanan kesehatan dalam menjalankan SPO yang telah ditetapkan rumah sakit, seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

“Ketika yang mendampingi dokter visite adalah perawat pelaksana, ketua tim tetap mengecek sendiri, karena terkadang perawat pelaksana tidak secara lengkap melaporkan hasil visite.” (P2)

“Perawat menebak-nebak hasil dari kondisi klinisnya.” (P3)

Bila yang mengoperkan bukan PJ shift IBS, biasanya ada yang terlewat dioperkan.” (P3)

“Perawat kurang teliti dalam pengecekan ulang.” (P4)

“Teman-teman lain sibuk dengan tugasnya masing-masing.” (P5/ triangulasi sumber)

Pertukaran informasi dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti berkomunikasi verbal dan tulisan dalam hal ini adalah Rekam medik resmi rumah sakit. Rekam medik merupakan sarana tim pemberi layanan kesehatan yang diakui secara hukum. Namun informan menyampaikan bahwa perawat mempunyai kendala dalam Rekam medik, sehingga masih diperlukan komunikasi ulang atau koordinasi untuk mengklarifikasi catatan tersebut dikarenakan tulisan dokter operator yang terkadang tidak dapat terbaca atau kurang jelas oleh perawat, bahkan istilah perawat menyampaikan tulisannya seperti “benang ruwet”.

“Tulisan dokter seperti “benang ruwet”. (P4)

“Dokter operator belum menuliskan laporan post operasinya, sehingga Perawat IBS hanya melaporkan secara singkat, seperti..” ini operasi spinal ya...berarti harus posisi kepala 30°.” (P3)

Peran perawat dalam layanan kesehatan ini mengharuskan perawat dalam melakukan komunikasi dengan berbagai pihak untuk kepentingan pasien, termasuk mengklarifikasi catatan tim pemberi layanan yang kurang sesuai dengan aturan pendokumentasian pada Rekam medik. Kegagalan dalam komunikasi

dapat terjadi karena kesalahan dokumen (Rekam medik).

Optimalisasi kondisi pasien dilakukan dengan cara melakukan pengkajian ulang pasien, mengecek pemeriksaan laboratorium, konsul dokter lain, telusur rekam medik, memonitoring kondisi pasien, dan dengan memotivasi pasien. Proses evaluasi pasien preoperatif memiliki peran kunci dalam mengkoordinasikan perawatan pasien dan menjadi kebutuhan terhadap penilaian risiko dini. Optimalisasi kondisi kesehatan pasien dan prosedur yang meningkatkan hasil perawatan pasien, menurunkan biaya dan meningkatkan efisiensi operasional. (Vizient® Patient Safety Organization 2017)

Optimalisasi juga dilakukan dengan melakukan pemantauan kondisi pasien dengan bed side monitor (tanda-tanda vital) di ruang pra induksi Kemudian perawat ruangan akan melakukan asesmen ulang, pemeriksaan penunjang, dan diberikan terapi sesuai dengan kondisi pasien, seperti yang disampaikan oleh informan berikut ;

“Optimalisasi pasien oleh perawat dengan melakukan pemeriksaan penunjang, konsultasi dengan dokter spesialis. Pemeriksaan lanjutan dari perawat tergantung dari diagnosa medis atau fokus pada gejala yang dirasakan pasien.” (P1)

“Apabila kondisi pasien memburuk (seperti hipoalbumin, anemia, Hb turun sampai 8 mmHg) perawat akan melapor DPJP untuk mendapatkan koreksi kemudian cek Laborat kembali, bila hasilnya membaik program operasi dilanjutkan tapi bila hasil tidak baik, akan ada pembatalan program operasi.” (P3)

Optimalisasi juga dilakukan dengan menelusur rekam medik terkait dengan riwayat kesehatan pasien, apabila pasien pernah dirawat di rumah sakit atau mengkonfirmasi ulang kepada dokter yang pernah merawat pasien. Berdasarkan hasil penelitian perawat memberikan motivasi pada pasien, memberikan dukungan mental, mempersilahkan keluarga untuk mendampingi pasien, perawat menganjurkan untuk dzikir atau berdoa sesuai dengan kepercayaan masing-masing, berikut adalah yang disampaikan oleh informan;

“Perawat memberikan motivasi pada pasien.” (P1)

“Pada saat persiapan operasi perawat akan meminta keluarga mendampingi pasien.” (P3)

“Solusi yang ditawarkan ketika pasien belum siap adalah dengan mental support. Perawat menganjurkan untuk dzikir atau berdoa sesuai dengan kepercayaan masing-masing.” (P4)

“Perawat melakukan monitor kondisi pasien agar tidak terjadi perburukan kondisi.” (P1)

“Optimalisasi pemantauan kondisi pasien dengan bed side monitor (tanda-tanda vital) di ruang pra induksi.” (P4)

“Keikutsertaan keluarga dan pendampingan dari perawat kamar bedah.” (P4)

PEMBAHASAN

Tema pertama adalah Keterlibatan pasien dan keluarga dalam pengelolaan layanan kesehatan sejak awal masuk rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat melibatkan pasien dan keluarga dalam pengelolaan layanan kesehatan sejak awal masuk rumah sakit, dengan : 1) melakukan orientasi yang meliputi : pengenalan, pelepasan informasi, orientasi sarana dan prasarana, Informasi terkait pelimpahan wewenang pasien, 2) Pelepasan informasi, 3) Jenis edukasi pada pasien dan keluarga, 4) Dukungan keluarga dalam perawatan pasien sangat penting. Berdasarkan konsep *patient centerdeness*, keterlibatan pasien dan atau keluarga dalam layanan kesehatan terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan yaitu : informasi pasien, keterlibatan pasien, keluarga pengunjung dalam perawatan, pemberdayaan pasien, support fisik dan psikologis (Scholl, I. *et al.*, 2014).

Keterlibatan Pasien dalam Pengambilan Keputusan Perawatan Kesehatan, terdapat 6 kategori yaitu definisi, partisipasi, pentingnya partisipasi pasien, faktor yang mempengaruhi partisipasi dalam pengambilan keputusan, metoda partisipasi pasien, dan alat ukur mengevaluasi partisipasi dan manfaat serta konsekuensi dari partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatan (Vahdat, S *et al.*, 2014). Hal ini juga sesuai

dengan standar *joint Commission international (JCI) accreditation standar for hospital* pada standar patient and *family education (PFE)* menyatakan bahwa pendidikan pada pasien dan keluarga akan membantu pasien dan keluarga membuat keputusan. Pendidikan akan diberikan oleh dokter dan perawat dan tim kesehatan lainnya yang terkait dengan kasus pasien (Standar JCI, 2010)

Tema kedua adalah Pengkajian pasien sebelum operasi. Pengkajian pasien pre operasi yang dilakukan perawat ruangan meliputi pengkajian fisik dan psikologis pasien serta adanya dokumentasi keperawatan. Menurut AORN standar perioperatif pada aspek pengkajian meliputi pengkajian fisiologis dan psikologis. Pengkajian fisiologis meliputi pengkajian sistem tubuh, data normal laboratorium, kebiasaan minum berakohol. Pengkajian psikologis meliputi kemampuan coping menghadapi situasi stress, religi dan sosio ekonomi (Hardjito,D, 2010).

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (Muttaqin.A.& Sari, 2011)

Dokter ahli bedah dan dokter anastesi melakukan pengkajian pra operasi/ pra anastesi terkait pemeriksaan fisik, riwayat penyakit, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, melakukan *site marking* area operasi, penentuan kelayakan pembiusan, pre medikasi dan pemberian inform consent tindakan medis operatif dan tindakan pembiusan. Perawat melakukan pengkajian pra operasi sesuai dengan kebutuhan pasien, persiapan pra operasi yang meliputi pemberian obat pre medikasi, puasa bagi pasien, melakukan pendidikan kesehatan pra operasi serta melakukan koordinasi layanan perawatan pasien pra operasi. Perawat melakukan konfirmasi, verifikasi keakuratan dokumen pasien terkait program tindakan operasi dan pembiusan (Vizient®, 2017).

Tema ketiga adalah Mekanisme penjadualan dan Pembatalan program operasi elektif. Kebutuhan koordinasi tergantung dari aktivitas yang perlu diintegrasikan. Menurut Stoner dan Wankel koodinasi dibedakan menjadi 3 kebutuhan koordinasi yaitu ketergantungan kelompok, ketergantungan sekuensial dan ketergantungan timbal balik. Koordinasi perawatan pasien perioperative termasuk dalam kebutuhan koordinasi ketergantungan sekuensial, dimana ketergantungan ini tercermin kegiatan sebuah unit yang dilaksanakan setelah unit lain melaksanakan kegiatan (Hardjito,D, 2001).

Perawat kamar bedah akan memprogram operasi setelah perawat ruang bedah melakukan pendaftaran on line setelah dokter bedah dan anastesi melakukan koordinasi untuk memprogram operasi pasien. Proses ini juga termasuk koordinasi ketergantungan timbal balik, dimana perawat kamar bedah akan melakukan koordinasi kembali dengan perawat ruang bedah saat memastikan dan menginformasikan jadwal program operasi Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi komunikasi antar perawat perawat kamar bedah dan perawat ruang saat melakukan koordinasi perawatan pasien perioperative (Hardjito,D, 2001)

Tema keempat adalah Metode koordinasi yang dilakukan oleh perawat. Metoda yang digunakan oleh perawat adalah komunikasi verbal, non verbal dan paraverbal, verifikasi/validasi oleh kepala ruang dan katim, konsultasi dengan Pimpinan, bukti tertulis Penolakan pasien dan keluarga dan dengan menggunakan standar prosedur operasional (SPO).

Komunikasi merupakan ketrampilan yang sangat penting dalam melakukan koordinasi. Koordinasi perawatan memiliki empat atribut utama yaitu komunikasi, berfokus pada pasien yaitu melibatkan pasien, Pendekatan tim terpadu, gambaran tugas yang terorganisir (Prokop J, 2016). Komunikasi dilakukan dalam rangka mencapai tujuan koordinasi pada kamar operasi yaitu menjamin kecepatan, keamanan, keefektifan perawatan bedah bagi pasien dan pusat dari semua adalah perawat. Perawat kamar bedah akan menerima informasi pada setiap koordinasi dalam

perawatan pasien perioperatif. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa komunikasi perawat kamar bedah sebanyak 37%, dokter bedah 17%, dan 13% oleh *floor nurse*. Sebanyak 67% komunikasi *face to face*, 27% menggunakan telepon, paper 3% dan intercom 2%. Sebanyak 78% komunikasi dengan dokter bedah untuk penjadualan atau penjadual ulang operasi, 50% komunikasi dengan *floor nurse* untuk berkoordinasi pasien saat di ruang pra induksi (*patient preparedness*). Sebanyak 31% antara perawat dengan staf, 31% perawat dengan room assignment, 15% perawat dengan equipment dan 50% perawat dengan patient preparedness. (Moss, J et all, 2016).

Tema kelima adalah Keadaan atau situasi yang membutuhkan koordinasi dengan berbagai Profesional pemberi asuhan (PPA), pasien dan keluarga. Adapun kategori tersebut adalah kurang optimalnya keluarga penunggu pasien, kondisi pasien itu sendiri, ketidaklengkapan berkas administrasi pasien, berhubungan dengan dokter DPJP dan anestesi, tidak Acc peralatan dari pihak manajemen, mis-komunikasi yang terjadi pada ruang operasi, hasil penunjang yang belum keluar, dokumentasi/catatan medik dokter yang kurang baik, kelalaian Perawat pelaksana/kekurangan perawat, berpikir negatif terhadap rekan kerja.

Kompleksnya keadaan atau situasi dalam layanan kesehatan mengharuskan perawat mempunyai strategi koordinasi. Terdapat 14 kunci dalam koordinasi perawatan, yaitu ; Faktor Eksternal, struktur tim, organisasi, atau jaringan antar organisasi, karakteristik tugas, Faktor budaya, Pengetahuan dan teknologi, Kebutuhan koordinasi, Proses operasional administrasi, Pertukaran informasi, Tujuan koordinasi, Peran, Kualitas hubungan, *Patient outcome*, Hasil tim, Organisasi atau antar organisasi hasil (Van Houdt *et.al*, 2013)

Tema keenam adalah optimalisasi kelayakan kondisi kesehatan pasiendilakukan dengan cara melakukan pengkajian ulang pasien, mengecek pemeriksaan laboratorium, konsul dokter lain, Telusur rekam medik, memonitoring kondisi pasien, dan dengan memotivasi pasien. Proses evaluasi pasien preoperatif memiliki peran kunci dalam mengkoordinasikan perawatan pasien dan

menjadi kebutuhan terhadap penilaian risiko dini. Optimalisasi kondisi kesehatan pasien dan prosedur yang meningkatkan hasil perawatan pasien, menurunkan biaya dan meningkatkan efisiensi operasional.(Vizient®, 2017).

Optimalisasi kelayakan pasien sebelum operasi dilakukan dengan tujuan evaluasi pra operasi dan optimalisasi kondisi kesehatan pasien merupakan komponen penting dari praktik anestesi (Sweitzer, BJ). Optimalisasi kelayakan pasien dapat dilakukan dengan manajemen pemberian produk darah seperti untuk meningkatkan kadar hemoglobin. Apabila kondisi pasien memburuk (seperti hipoalbumin, anemia, HB turun sampai 8 mmHg) perawat akan melapor DPJP untuk mendapatkan koreksi kemudian cek laboratorium kembali, bila hasilnya membaik program operasi dilanjutkan tapi bila hasil tidak baik, akan ada pembatalan program operasi. Apabila ada pasien yang mengalami tanda perburukan, maka perawat memberikan rekomendasi kepada dokter dan tim kesehatan sesuai dengan kondisi pasien (Munoz, M et , 2015). Optimalisasi pasien di kamar bedah juga dilakukan dengan pemberian terapi sementara untuk meredakan sakit sebelum dipindahkan ke ruang rawat inap.

SIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan koordinasi perawatan pasien perioperatif di rumah sakit telah dilakukan oleh perawat dengan tim pemberi layanan kesehatan. Adapun jenis koordinasi perawatan yang dilakukan meliputi Keterlibatan pasien dan keluarga dalam pengelolaan layanan kesehatan sejak awal masuk rumah sakit, Pengkajian pasien sebelum operasi, Mekanisme Penjadualan program operasi elektif, Metode koordinasi yang dilakukan oleh perawat, keadaan atau situasi yang membutuhkan koordinasi dengan berbagai professional pemberi asuhan (PPA), pasien dan keluarga dan Optimalisasi kelayakan kondisi kesehatan pasien.

Konsep dimensi koordinasi perawatan pasien perioperatif disampaikan bahwa salah satu dimensi tersebut adalah *handover* postoperasi. Berdasarkan hasil penelitian bahwa koordinasi perawatan dilakukan dengan berbagai cara

yang salah satunya adalah dengan *handover*, oleh karenanya peneliti memasukan *hand over* pada metode koordinasi yang dilakukan oleh perawat, tidak berdiri sendiri seperti yang terdapat dalam teori.

Peneliti merumuskan tema keadaan atau situasi yang membutuhkan koordinasi dengan berbagai profesional pemberi asuhan (PPA), pasien dan keluarga. Tema tersebut tidak termasuk dalam salah satu dimensi koordinasi perawatan pasien perioperatif. Dalam melaksanakan koordinasi perawatan perawat banyak menemukan hal hal atau keadaan yang memerlukan koordinasi lebih lanjut atau dapat dikatakan sebagai hambatan atau tantangan perawat dalam mensukseskan koordinasi perawatan yang dilakukan. Dalam pelaksanaannya perawat banyak melakukan fungsi koordinasi perawatan atau sebagai *care coordinator* bukan hanya sebagai perawat pelaksana atau ketua tim.

DAFTAR PUSTAKA

Aliyu D et.al.(2013) Knowledge, Attitude and Practice of Preoperative Visit: A Survey of Nigerian Perioperative Nurses. American Journal of Health Research. Special Issue: Health Information Technology in Developing Nations: Challenges and Prospects Health Information Technology. Vol. 3, No. 1-1, 2015, pp. 54-60. doi: 10.11648/j.ajhr.s.2015030101.18

American Nurses Association. (2010) Nursing: Scope and standards of practice(2nd ed). 2010 Silver Spring,MD: Nursebooks.org.

Bowen D et.al.(2016) The value of the visit:Quantifying the value added from a preoperative assessment, Perioperative Care and Operating Room Management,<http://dx.doi.org/10.1016/j.pcorn.2016.05.005>

Cropley, S & Sanders, ED. (2013)

Care coordination and the essential role of the nurse. Creative Nursing. Volume 19.Issue 4. Springer publisher company.

Dossey, B and Keegan L.(2013). Holistic Nursing: a handbook for practice.Jones

& Bartlett Learning,LLC, an Ascend Learning Company.

Ehrlich C, Kendall E, & Muenchberger H. (2012)Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession. 42(1), 67–75 doi:10.5172/conu.2012.42.1.67

Ferrari, L.(2015)Perioperative Care Coordination Measurement:A Tool to Support Care Integration of PediatricSurgical Patients, International Anesthesia Research Society2015doi: 10.1213/XAA.0000000000000246, volume 6 number 5, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26517234> 2015

Hardjito,D. Teori Organisasi dan teknik pengorganisasian. PT Raja Grafindo persada, 2001

Majid, Abdul, Muhammad Judha & Umi Istinah, (2011). Keperawatan Perioperatif. Yogyakarta : Gosyen Publishing

McDonald KM, Schultz E, Albin, L., Pineda, N.,Lonhart, J., Sundaram, V., Davies, S. (2014)*Care coordination measures atlas*. AHRQ publication no. 14-0037-EF. Retrieved from <http://www.ahrq.gov>

McDonald KM,Schultz E, Albin L,Pineda et.al (2010) *Care Coordination Atlas Version 3* (Prepared by Stanford University under sub contract to Battle on Contract No.290-04-0020). AHRQ Publication No. 11-0023-EF.Rockville,MD:Agency for Healthcare Reasearch and Quality. 2010 Retrieved from <http://www.ahrq.gov/qual/careatlas/>

Moleong, L. metodologi penelitian kualitatif.Rosdakarya offset-Bandung. Bandung.2010

Moss, J et all. The operating room charge Nurse : coordinator and communicator. Download from

- [http://jamia.oxfordjournals.org/by/gueston april 2016](http://jamia.oxfordjournals.org/by/gueston%20april%202016)).
- Munoz, M et all. Fit to fly : overcoming barriers to perioperative haemoglobin optimization in surgical patients. *British Journal of anaesthesia*, volume 115, issue 1, july 2015, pages 15-24, <http://doi.org/10.1093/bja/aev165>
- Muttaqin.A,& Sari, 2011. Asuhan Keperawatan Perioperatif Konsep, Proses, dan Aplikasi.Jakarta: Salemba Medika.
- Prokop J,*Care Coordination Strategies in Reforming Health Care : A Concept Analysis*. Wiley periodicals.inc. Nursing Forum. Volume 51. No 4. Oktober–Desember 2016<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27400338>
- Scholl, I. et al. *An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis*. *PLOS ONE*.Vol 9. Issue 9. September 2014E107828.www.plosone.org dan Schultz, *as systematic review of the care coordination measurement landscape*
- Pelzang, Rinchen. (2019) Time to learn: understanding patient-centred care.<https://pdfs.semanticscholar.org/d9e7/b8e301ab774b129f0d83d33d7fa52151ad1a.pdf> diunduh pada 21 April 2019
- Rothrock J, (2011) Perencanaan Asuhan Keperawatan Prioperatif (*Perioperative Nursing Care Planning*). EGC. Jakarta
- Schultz et al, (2013) A systematic review of the care coordination measurement landscape, *BMC Health Services Research* 13:119,<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/119>
- Sweitzer,BJ. Preoperative screening, evaluation and optimalization of the patient’s medical status before outpatient surgery.*Current opinion in anesteologi*, 21(6). 711-718.[doi:10.1097/aco.Obo13e3283126cf](https://doi.org/10.1097/aco.Obo13e3283126cf)
- Van Houdt et. al,*An in-depth analysis of theoretical frameworks for the study of care coordination*, *International Journal of Integrated Care*. Volume 13, 27 June 2013. URN:NBN:NL:UI:10-1-114598 – <http://www.ijic.org/>
- Vizient® Patient Safety Organization,*Perioperative care coordination conducted a retrospective review of periprocedural events reported nationally from January 2016 through June 2017*