

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Hasil Penelitian**

#### 1. Prosedur Pengisian Laporan Operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang

Berdasarkan hasil wawancara bahwa sudah ada SPO terkait prosedur pengisian laporan operasi. Dari hasil studi dokumentasi prosedur pengisian laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang di atur oleh SK/083/VI/2014 tentang pembuatan laporan operasi, pedoman dengan nomor 003/SPO/MKI/VI/2017 tentang pengisian (Dokumen Rekam Medis) dan SPO nomor 208/SPO/III/2015 tentang Laporan operasi dan di sahkan pada tanggal 05 Maret 2015 dan sudah disosialisasikan oleh ketua Pokja PAB. Hal ini sudah sesuai dengan pernyataan responden A1 sebagai berikut:

“oh, ...adaa dan sudah disosialisasikan oleh ketua POKJA PAB biasanya sosialisasi dilaksanakan setiap triwulan pada saat monitoring dan evaluasi”

Responden B

Berdasarkan hasil studi dokumentasi terdapat tujuh prosedur pembuatan laporan operasi yaitu [1] Pelayanan bedah yang direncanakan bagi pasien didokumentasikan dalam setatus pasien, termasuk diagnosis pra operatif, nama dari prosedur bedah saja tidak bisa untuk menegakkan suatu diagnosis; [2] Dokumen laporan operasi diisi sesuai elemen-elemen pengisiandalam formulir yang telah disusun oleh rumah sakit; [3] Sebelum pasien meninggalkan lokasi pemulihan pasca anestesi, suatu catatan singkat tindakan bedah digunakan sebagai pengganti laporantertulis tindakan bedah; [4] Laporan tertulis atau catatan singkat operasi tersebut minimum memuat: Diagnosa pasca operasi, Nama dokter bedah dan asistennya, Nama prosedur, Spesimen bedah untuk pemeriksaan, Catatan spesifik komplikasi

atau tidak adanya komplikasi selama operasi, termasuk jumlah kehilangan darah, tanggal, waktu, dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab; [5] Setiap elemen pengisian dalam formulir harus terisi lengkap oleh staf (operatif) yang berkualifikasi sesuai aturan rumah sakit; [6] Bila pemeriksaan spesimen bedah diperlukan, formulir yang digunakan yaitu formulir patologi klinik; [7] Laporan operasi atau ringkasan catatan operasi harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

Berdasarkan hasil studi dokumentasi pada pedoman dengan nomor 003/SPO/MKI/IV/2017 pada butir ke tujuh yang menjelaskan bahwa pengisian formulir rekam medis tidak boleh ditulis “NIHIL” tapi menggunakan tanda **Z** pada formulir tersebut.

Berdasarkan hasil observasi pada langkah ke lima hanya menjelaskan terkait dengan staf (operator) yang berkualifikasi yang harus mengisi elemen pada laporan operasi tapi tidak menjelaskan pembagian elemennya. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut :

“setaf operator itu semua, dokter sama perawat. Tapi itu dek biasanya untuk identitas pasien yang mengisi itu perawat tapi untuk yang prosedur operasi atau diagnosis pre dan post itu biasanya dokter. Memang tidak ada kebijakn atau aturannya itu hanya kesepakatan.

Triangulasi

## 2. Tingkat kelengkapan pengisian laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang

Laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang merupakan salah satu lembar formulir yang ada di dalam berkas rekam medis yang harus dilengkapi. Di Rumah sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang sudah ada penilaian terkait kelengkapan laporan operasi namun hasilnya masih belum memenuhi target. Hal ini senada dengan pernyataan dari triangulasi.

”Sudah ada , namun masih belum memenuhi target karena untuk tingkat kelengkapan laporan operasi harus 100%.”

Triangulasi

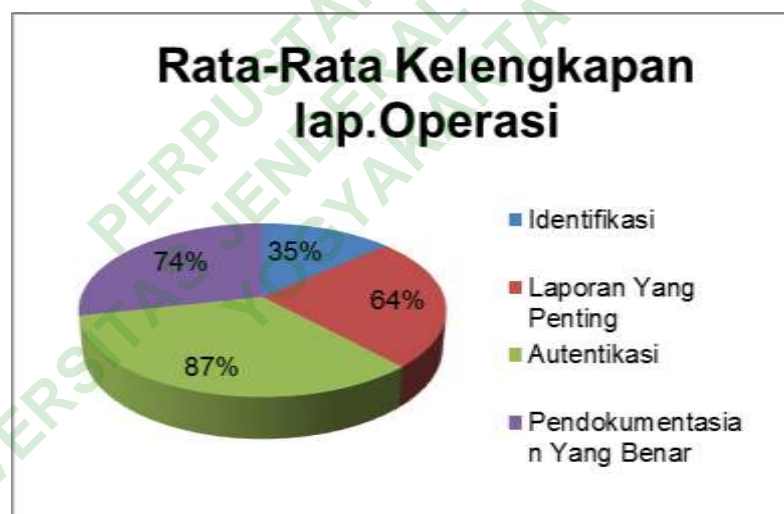
Dalam penelitian ini menitik beratkan pada lembar laporan operasi karena lembar laporan operasi memiliki pengaruh dilihat dari berbagai aspek.

Berdasarkan hasil analisis 88 laporan operasi pada triwulan pertama tahun 2018 di dapatkan hasil rata-rata kelengkapan pertelaah *review* sebagai berikut :

Tabel 4.1 Rata-Rata Kelengkapan Data Laporan Operasi

No	Komponen	Jumlah		Presentase	
		Lengkap	Tidak Lengkap	Lengkap	Tidak Lengkap
1	Identifikasi	31	57	35%	65%
2	Laporan Yang Penting	56	32	64%	36%
3	Autentikasi	76	12	87%	13%
4	Pendokumentasian Yang Benar	65	23	74%	17%

Sumber: Data Primer Peneliti



Gambar 4.1 Persentase Rata-Rata Laporan Operasi

Berdasarkan grafik diatas diketahui bahwa rata-rata tingkat kelengkapan laporan operasi tertinggi 87% (76 dari 88 laporan operasi) pada komponen Autentikasi, sedangkan rata-rata tingkat kelengkapan terendah 35% (31 dari 88 laporan operasi) yakni pada komponen identifikasi. Untuk hasil yang lebih akurat terkait tingkat kelengkapan laporan operasi maka dibagi menjadi empat kriteria yaitu Identifikasi, laporan yang penting, autentikasi dan pendokumentasian yang benar .

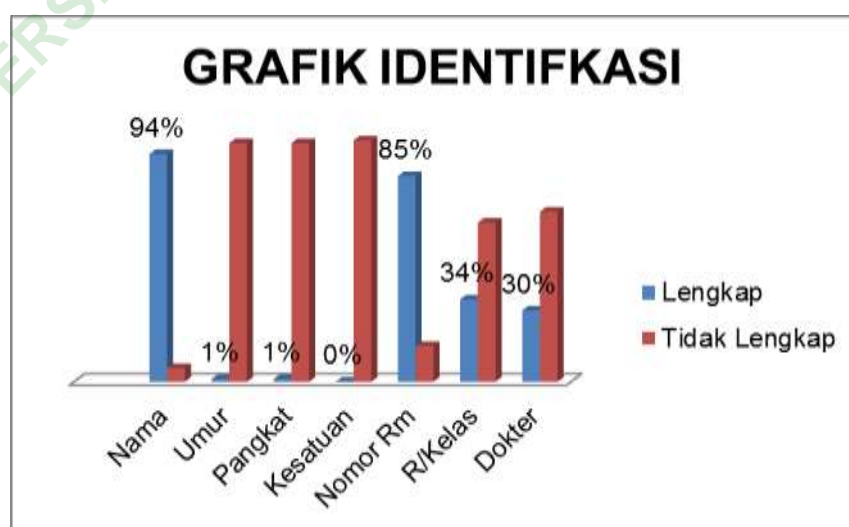
- a. Hasil analisis kelengkapan data identifikasi pada formulir laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II 04.05.01 dr.Soedjono Magelang

Analisis kelengkapan data identifikasi pada formulir laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II 04.05.01 dr.Soedjono Magelang, identifikasi dilakukan dengan cara melihat atau meneliti lengkap dan tidak lengkap pengisian pada formulir laporan operasi. Formulir laporan operasi diidentifikasi meliputi nama, umur, pangkat, kesatuan, nomor rekam medis, Ruangan/Kelas dan dokter.

Tabel 4.2 Hasil Analisis Kelengkapan Data Identifikasi Pada Formulir Laporan Operasi

No	Komponen	Jumlah		Persentase %	
		Lengkap	Tidak Lengkap	Lengkap	Tidak Lengkap
1	Nama	83	5	94%	6%
2	Umur	1	87	1%	99%
3	Pangkat	1	87	1%	99%
4	Kesatuan	0	88	0%	100%
5	Nomor Rm	75	13	85%	15%
6	R/Kelas	30	58	34%	66%
7	Dokter	26	62	30%	70%
Rata-Rata				35%	65%

Sumber : Data Primer Peneliti



Gambar 4.2 Persentase Kelengkapan Identifikasi

Dari tabel 4.2 diperoleh data persentase kelengkapan tertinggi pada item nama sebanyak 94% (83 dari 88 laporan operasi), sedangkan persentase kelengkapan terendah pada item kesatuan sebanyak 0% (0 dari 88 laporan operasi) dikarenakan petugas yang mengandalkan pengisian identifikasi pasien dengan menggunakan label sedangkan informasi pada label pasien belum memenuhi informasi yang ada pada laporan operasi. Berikut contoh penggunaan label di Rumah Sakit TK.II dr.Soedjono Magelang

Gambar 4.3 Contoh Penggunaan Label

Hal ini juga didukung dengan hasil wawancara terhadap responden sebagai berikut:

Pengisian identitas pasien di RST ini memang menggunakan lebel. *Ben cepet dek*

Responden A1

b. Hasil analisis kelengkapan data laporan yang penting pada formulir laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II 04.05.01 dr.Soedjono Magelang

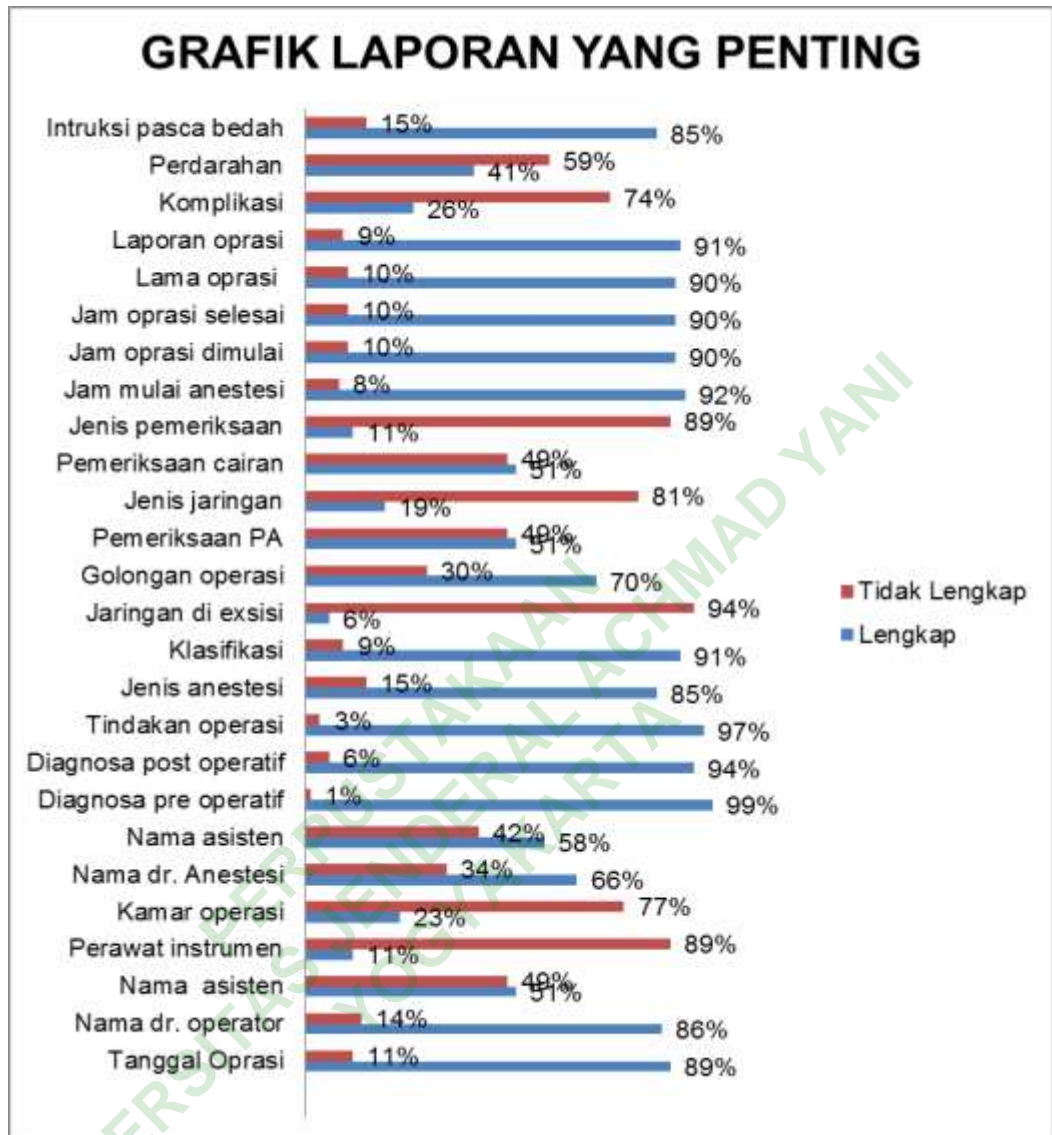
Analisis laporan yang penting pada laporan operasi dilakukan dengan cara melihat item: Tanggal operasi, nama dr. Operator, nama asisten, perawat instrumen, kamar operasi, nama dr.anestesi, nama asisten, diagnosa pre operatif, diagnosa pasca operatif, tindakan operasi, jenis anestesi, klasifikasi, jaringan di exsisi, golongan operasi, pemeriksaan PA, jenis jaringan, pemeriksaan cairan, jenis pemeriksaan, jam mulai anestesi, jam

mulai operasi jam operasi selesai, lama operasi, laporan operasi, komplikasi, perdarahan, dan intruksi pasca bedah. Adapun hasilnya seperti dibawah ini :

Tabel 4.2 Hasil Analisis Kelengkapan Data Laporan Yang Penting Pada Formulir Laporan Operasi

No	Komponen	Jumlah		Persentase %	
		Lengkap	Tidak Lengkap	Lengkap	Tidak Lengkap
1	Tanggal Oprasi	78	10	89%	11%
2	Nama dr. operator	76	12	86%	14%
3	Nama asisten	45	43	51%	49%
4	Perawat instrumen	10	78	11%	89%
5	Kamar operasi	20	68	23%	77%
6	Nama dr. Anestesi	58	30	66%	34%
7	Nama asisten	51	37	58%	42%
8	Diagnosa pre operatif	87	1	99%	1%
9	Diagnosa post operatif	83	5	94%	6%
10	Tindakan operasi	85	3	97%	3%
11	Jenis anestesi	75	13	85%	15%
12	Klasifikasi	80	8	91%	9%
13	Jaringan di exsisi	5	83	6%	94%
14	Golongan operasi	62	26	70%	30%
15	Pemeriksaan PA	45	43	51%	49%
16	Jenis jaringan	17	71	19%	81%
16	Jenis jaringan	17	71	19%	81%
17	Pemeriksaan cairan	45	43	51%	49%
18	Jenis pemeriksaan	10	78	11%	89%
19	Jam mulai anestesi	81	7	92%	8%
20	Jam oprasi dimulai	79	9	90%	10%
21	Jam oprasi selesai	79	9	90%	10%
22	Lama oprasi	79	9	90%	10%
23	Laporan oprasi	80	8	91%	9%
24	Komplikasi	23	65	26%	74%
25	Perdarahan	36	52	41%	59%
26	Intruksi pasca bedah	75	13	85%	15%
Rata-Rata				64%	36%

Sumber : Data Primer Peneliti



Gambar 4.2

Gambar 4.4 Persentase Kelengkapan Laporan Yang Penting

Dari gambar 4.4 untuk tingkat kelengkapan tertinggi yakni pada item diagnosis pre operatif mencapai angka kelengkapan 99% (87 dari 88 laporan operasi), sedangkan untuk tingkat kelengkapan terendah yakni pada item jaringan yang di exsisi 6% (5 dari 88 laporan operasi).

- c. Hasil analisis kelengkapan data autentikasi pada formulir laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II 04.05.01 dr.Soedjono Magelang

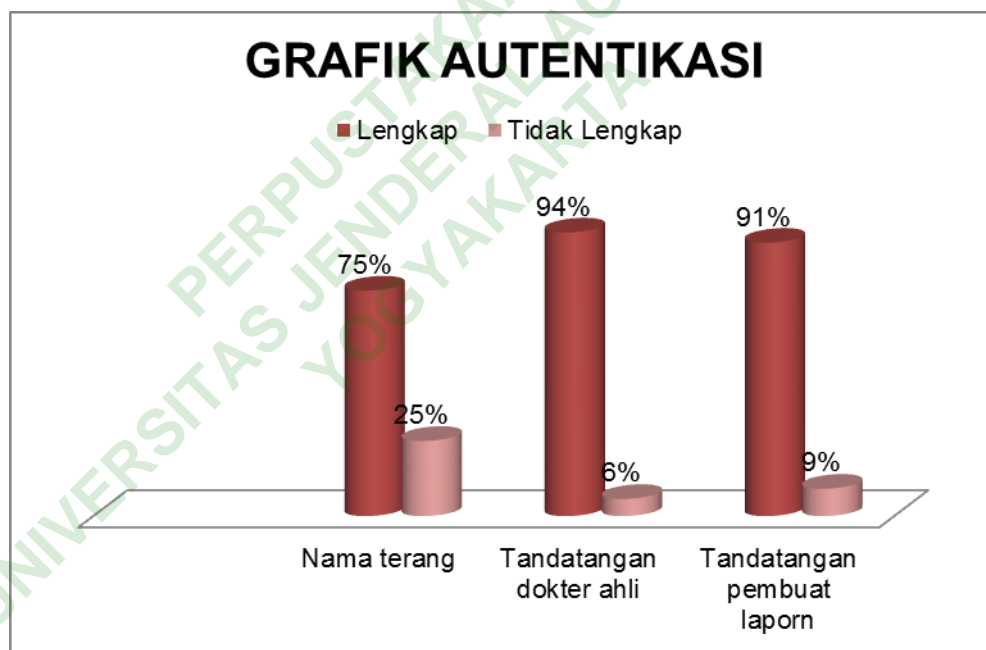
Analisis data autentikasi pada laporan operasi dilakukan dengan cara melihat item: Nama terang, tanda tangan dokter ahli dan tanda tangan

pembuat laporan. analisis autentikasi dilakukan dengan cara melihat dan lengkap dan tidak lengkapnya pengisian tanda tangan dan nama terang pada formulir laporan operasi Adapun hasilnya seperti dibawah ini :

Tabel 4.3 Hasil Analisis Kelengkapan Data autentikasi Pada Formulir Laporan Operasi

No	Komponen	Jumlah		Persentase %	
		Lengkap	Tidak Lengkap	Lengkap	Tidak Lengkap
1	Nama terang dan tanda tangan dokter	71	17	81%	19%
2	Tandatangan pembuat laporn	80	8	91%	9%
Rata-Rata				87%	13%

Sumber: Data Primer Peneliti



Gambar 4.5 Persentase Kelengkapan autentikasi pada Laporan Operasi

Dari gambar 4.5 diperoleh tingkat kelengkapan yakni pada item Nama terang dan tanda tangan dokter ahli sebanyak 81% (71 dari 88 laporan operasi) sedangkan untuk tingkat kelengkapan pada item Tanda tangan pembuat laporan sebanyak 91% (80 dari 88 laporan operasi).



- d. Hasil analisis kelengkapan data pendokumentasian yang benar pada formulir laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II 04.05.01 dr.Soedjono Magelan.

Analisis data pendokumentasian yang benar pada laporan operasi dilakukan dengan cara melihat item: Tanggal dan waktu. Pendokumentasian yang benar dilakukan dengan cara melihat lengkap dan tidak lengkapnya pengisian tanggal dan waktu pada formulir laporan operas.

Tabel 4.4 Hasil Analisis Kelengkapan Data Pendokumentasian yang benar Pada Formulir Laporan Operasi

No	Komponen	Jumlah		Persentase %	
		Lengkap	Tidak Lengkap	Lengkap	Tidak Lengkap
1	Tanggal	80	8	91%	9%
2	Waktu	50	38	57%	43%
Rata-Rata				74%	17%

Sumber :Data Primer Peneliti



Gambar 4.6 Persentase Kelengkapan Pendokumentasian yang benar pada Laporan Operasi

Dari gambar 4.6 diperoleh tingkat kelengkapan tertinggi yakni pada item tanggal sebanyak 91% (80 dari 88 laporan operasi) serta keterangan waktu yakni mencapai 57% (50 dari 88 laporan operasi)

3. Pemenuhan Elemen penilaian 7.2 tentang formulir laporan operasi pada bab pelayanan anestesi dan pembedahan pada standar akreditasi 7.2 tahun 2017 di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang.

- a. PAB 7.2 EP 1

Berdasarkan hasil studi dokumentasi sudah terdapat regulasi yang mengatur terkait dengan laporan operasi butir 1-7 yang meliputi; [1] Diagnosis pasca operasi; [2] Nama dokter bedah dan asistennya; [3] Prosedur operasi dan rinciannya; [4] Ada dan tidak ada komplikasi; [5] Speseimen operasi yang dikirim untuk di periksa; [6] Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi; [7] Tanggal, waktu dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab. Di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang diatur dalam SK/083/VI/2014 tentang pembuatan laporan operasi dan SPO nomor 208/SPO/PAB/III/2015. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara yang dilakukan kepada triangulasi sebagai berikut:

“Untuk kebijakan dan SPO terkait laporan operasi sudah ada, namun untuk butir ke 7 berdasarkan EP 1 tidak ada, karna untuk nomor alat yang dipasang itu hanya untuk operasi-operasi tertentu.

Triangulasi

- b. PAB 7.2 EP 2

Berdasarkan hasil wawancara kepada triangulasi bahwa laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang yang menjelaskan bahwa informasi terkait laporan operasi dicatat dalam formulir laporan operasi. Catatan tersebut minimum memuat 7 dari 8 butir: [1] Diagnosis pasca operasi; [2] Nama dokter bedah dan asistennya; [3] Prosedur operasi dan rinciannya; [4] Ada dan tidak ada komplikasi; [5] Speseimen operasi yang dikirim untuk di periksa; [6] Jumlah darah yang hilang dan jumlah

yang masuk lewat transfusi; [7] Tanggal, waktu dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab.

Hal ini disampaikan oleh responden selaku pihak yang berwenang mengisi laporan operasi.

“diagnosis pasca operatif, nama dokter dan asistennya, prosedur operasi, spesimen bedah, komplikasi tanda tangan dokter dek..”

Responden

Pernyataan diatas didukung oleh triangulasi bahwa catatan dalam laporan operasi yang ada di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang minimum memuat [1] Diagnosis pasca operasi; [2] Nama dokter bedah dan asistennya; [3] Prosedur operasi dan rinciannya; [4] Ada dan tidak ada komplikasi; [5] Speseimen operasi yang dikirim untuk di periksa; [6] Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi; [7] Tanggal, waktu dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab.

“ Yang tercatat pada laporan operasi di rumah sakit ini itu diagnosis pasca operatif, nama dokter bedah sama asistennya, prosedur operasi, spesimen bedah untuk diperiksa, komplikasi, jumlah kehilangan darah, tanggal waktu sama tandatangan dokter dek..”

Triangulasi

Hasil analisis pemenuhan PAB 7.2 EP 2 pada formulir laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang dilakukan dengan cara melihat atau meneliti tercapai penuh, tercapai sebagian atau tidak tercapai. PAB 7.2 EP 2 meliputi diagnosis pasca operasi nama dokter bedah dan asistennya, prosedur operasi yang dilakukan dan rinciannya, ada dan tidak adanya komplikasi, spesimen opeasi yang dikirim untuk dipriksa, jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi, nomor pendaftaran alat yang dipasang, dan tanggal, waktu dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab. Berikut hasil analisis pemenuhan PAB 7.2 EP 2:

**Tabel 4.6 Hasil Analisis Pemenuhan PAB 7.2 EP 2**

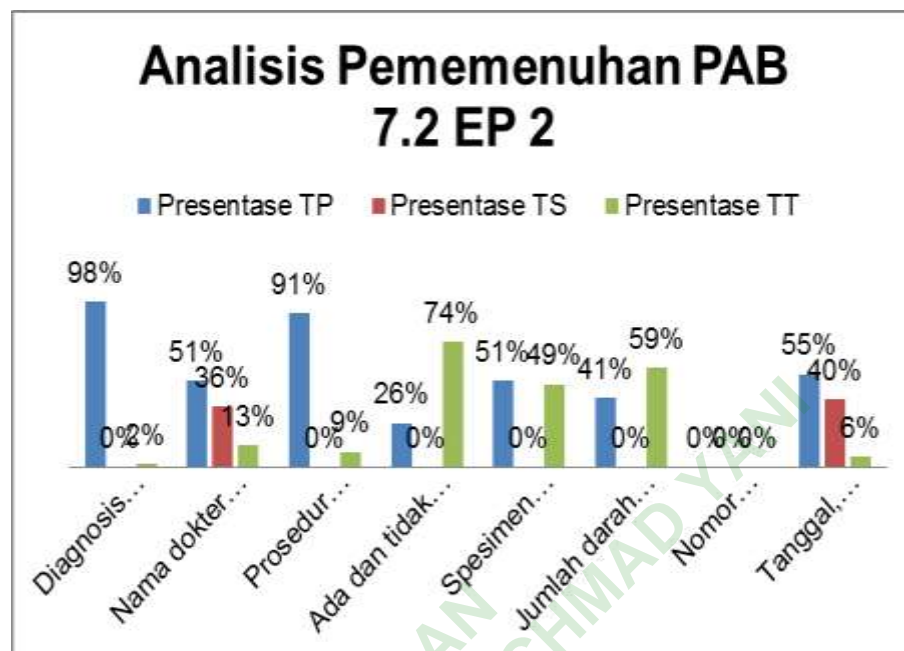
Butir	Komponen penilaian	Jumlah			Presentase			Keterangan
		TP	TS	TT	TP	TS	TT	
1	Diagnosis Pasca Operasi	83	0	5	98%	0%	2%	
2	Nama dokter bedah dan asistennya	45	32	11	51%	36%	13%	
3	Prosedur Operasi yang dilakukan dan rinciannya	80	0	8	91%	0%	9%	
4	Ada dan tidak ada komplikasi	23	0	65	26%	0%	74%	
5	Spesimen operasi yang dikirim untuk di periksa	45	0	43	51%	0%	49%	
6	Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi	36	0	52	41%	0%	59%	
7	Nomor pendaftaran alat yang dipasang							TTD
8	Tanggal, waktu dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab	48	35	5	55%	40%	6%	
	Rata-Rata	51	10	27	59%	11%	30%	

*Sumber: Data Primer Peneliti*

Berdasarkan hasil analisis pemenuhan PAB 7.2 EP 2 didapatkan hasil bahwa rata-rata persentase butir 1-8 yang tercapai penuh sebanyak 59% (51 dari 88 formulir laporan operasi), tercapai sebagian sebanyak 11% (10 dari 88 formulir laporan operasi), dan untuk tidak tercapai sebanyak 30% (27 dari 88 formulir laporan operasi). Pada butir ke tujuh (7) tidak dapat dinilai atau TTD karena pada formulir yang peneliti analisis tidak menjelaskan sehingga tidak dapat di nilai. Hal ini disampaikan oleh triangulasi.

“Di RST memang tidak ada, itu hanya untuk operasi operasi tertentu saja”

Triangulasi



Gambar 4.6 Persentase Pemenuhan PAB 7.2 EP 2

Berdasarkan tabel 4.6 hasil analisis pemenuhan PAB 7.2 EP 2 angka ketercapaian penuh yang tertinggi pada butir 1 yaitu diagnosis pasca operasi sebanyak 98% (83 dari 88 laporan operasi), angka ketercapaian sebagian yang paling tinggi pada butir tanggal, waktu dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab sebanyak 40% (35 dari 88 laporan operasi) sedangkan angka tidak tercapai yang tertinggi pada butir 4 yaitu ada dan tidak adanya komplikasi sebanyak 74% (65 dari 88 laporan operasi).

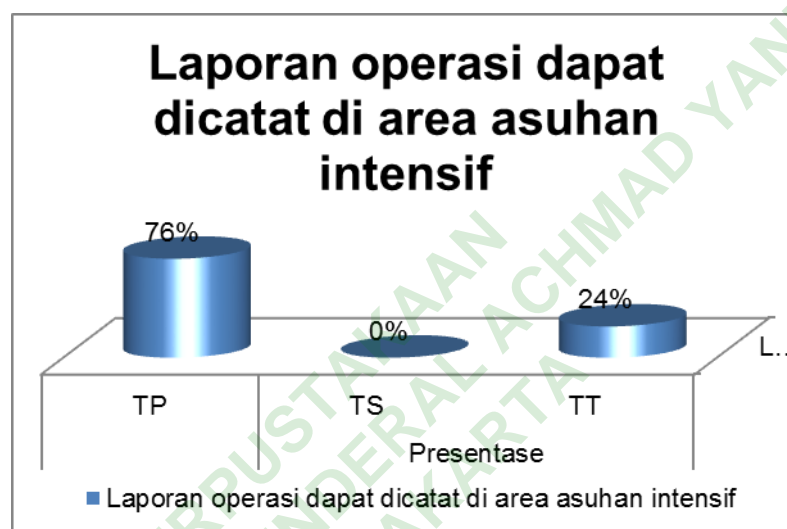
c. PAB 7.2 EP 3

Hasil analisis pemenuhan PAB 7.2 EP 3 pada formulir laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang dilakukan dengan cara melihat atau meneliti tercapai penuh, tercapai sebagian atau tidak tercapai. PAB 7.2 EP 3 yang meliputi Laporan operasi dapat dicatat di area asuhan intensif. Berikut hasil analisis pemenuhan PAB 7.2 EP 2:

**Tabel 4.7 Hasil Analisis Pemenuhan PAB 7.2 EP 3**

No	Komponen penilaian	Jumlah			Presentase		
		TP	TS	TT	TP	TS	TT
1	Laporan operasi dapat dicatat di area asuhan intensif	67	0	21	76%	0%	24%

Sumber: Data Primer Penelit



Gambar 4.7 Persentase Hasil Analisis Pemenuhan PAB 7.2 EP 3

Pada gambar 4.7 hasil analisis pemenuhan PAB 7.2 EP 3 angka tercapai penuh mencapai 76% (67 dari 88 laporan operasi), sedangkan angka tidak tercapai sebanyak 24% (21 dari 88 laporan operasi). Hal ini juga di perkuat oleh triangulasi bahwa laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang tidak selalu dapat dicatat di area asuhan intensif lanjutan..

“ Catatan operasi itu tidak selalu dicatat di ruang asuhan intensif, dicatat di ruang intensif jika dokter mendampingi pasien ke ruang intensif jika tidak laporan operasi dicatat di ruang dokter.

Responden A

## B. Pembahasan

### 1. Prosedur Pengisian Laporan Operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono

Magelang

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/menkes/PER/IV/2017 tentang izin praktik kedokteran dan pelaksanaan praktik kedokteran BAB 1 yang menyebutkan, “standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat intruksi atau langkah-langkah yang dilakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana standar prosedur operasional memberikan langkah-langkah yang benar dan terbaik, berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi”

Menurut Sulistiani (2016) SOP adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Tujuan SOP adalah menciptakan komitmen mengenai apa yang dikerjakan oleh satuan unit kerja instansi pemerintah untuk mewujudkan *good governance*.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa responden sudah ada SPO terkait prosedur pembuatan laporan operasi, hal ini dibenarkan oleh triangulasi jika memang benar sudah ada SPO terkait pembuatan laporan operasi. Namun pada saat peneliti melakukan analisis masih ada item laporan operasi yang tingkat kelengkapannya masih 0% pada item kesatuan.

### 2. Tingkat kelengkapan pengisian laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang

Menurut (Dirjenyanmed, 2007) kelengkapan pengisian rekam medis adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu  $\leq 24$  jam setelah selesai pelayanan rawat jalan maupun setelah pelayanan rawat

inap (pasien dipersilahkan untuk pulang). Standar kelengkapan pengisian rekam medis adalah 100%.

Menurut penelitian Febriyanti (2015) untuk mengetahui tingkat kelengkapan menggunakan lengkap dan tidak lengkap. Pada Hasil penelitian untuk tingkat kelegkapan tertinggi yaitu pada *review* autentikasi sebanyak 83,33% sedangkan untuk tingkat kelengkapan terendah pada *review* pencatatan 3,34%.

Berdasarkan hasil analisis kelengkapan laporan operasi yang dilakukan peneliti selama penelitian, untuk mengetahui tingkat kelengkapan peneliti menggunakan komponen penilaian lengkap dan tidak lengkap sama dengan penelitian febriyanti. Pada hasil penelitian ini untuk tingkat kelengkapan tertinggi pada laporan operasi secara rata-rata mencapai 87% (76 dari 88 laporan operasi) pada *review* autentikasi berdanding lurus dengan penelitian febriyanti, sedangkan tingkat kelengkapan terendah secara rata-rata mencapai 35% (31 dari 88 laporan operasi). Adapun untuk melihat tingkat operasi lebih detail maka pada penelitian ini analisis kelengkapan laporan operasi dibagi menjadi empat telaah review:

b. Analisis Kelengkapan identifikasi pada laporan operasi

Menurut Hatta (2017), dalam analisis Kuantitatif dititik beratkan pada 4 (empat) kriteria yaitu, menelaah kelengkapan data sosial pasien (demografi) meliputi informasi tentang identitas pasien, nama lengkap yang terdiri dari nama sendiri dan nama ayah, suami, dan keluarga, nomor pasien, alamat lengkap, usia, orang yang dapat dihubungi, tanda tangan persetujuan.

Pada penelitian ini peneliti menganalisis identifikasi pasien pada laporan operasi yang meliputi informasi nama, umur, pangkat, kesatuan, nomor rekam medis, ruang/kelas, dan dokter.

Berdasarkan hasil analisis pada review identifikasi pasien pada formulir laporan operasi, diketahui untuk tingkat kelengkapan tertinggi pada item nama sebanyak 94% dalam 83 formulir laporan operasi dari 88 formulir laporan operasi, sedangkan persentase kelengkapan



terendah pada item kesatuan sebanyak 0% dalam 0 formulir laporan operasi dari 88 formulir laporan operasi.

Hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Ardika (2014), yang menyampaikan bahwa telaah review identifikasi pada nama mencapai angka kelengkapan 41%. Hal ini diperkuat oleh penelitian Hidayat (2012) yang menyampaikan bahwa telaah review identifikasi pada nama mencapai 100%.

c. Tingkat kelengkapan laporan yang penting pada laporan operasi

Menurut Hatta (2017), menjelaskan bahwa laporan operasi yang penting yakni pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Pada penelitian ini peneliti menganalisis laporan yang penting pada laporan operasi yang meliputi tanggal operasi, nama dr. Operator, nama asisten, perawat instrumen, kamar operasi, nama dr. anastesi, nama asisten, diagnosa pre operatif, diagnosa pasca operatif, tindakan operasi, jenis anastesi, klasifikasi, jaringan di eksisi, golongan operasi, pemeriksaan PA, jenis jaringan, pemeriksaan cairan, jenis pemeriksaan, jam mulai anastesi, jam mulai operasi jam operasi selesai, lama operasi, laporan operasi, komplikasi, perdarahan, dan intruksi pasca bedah

Menurut Hidayat (2012), menyatakan bahwa untuk item diagnosa pre operatif tingkat kelengkapannya mencapai 65,5%.

Sedangkan hasil penelitian ini kelengkapan laporan yang penting pada lembar laporan operasi tingkat kelengkapan tertinggi sebanyak 99% pada item diagnosa pre operatif (87 dari 88 formulir laporan operasi) sedangkan untuk tingkat kelengkapan terendah sebanyak 6% terdapat pada item jaringan yang di eksisi (5 dari 88 lembar laporan operasi)

Berdasarkan SPO nomor 208/SPO/III/2015 yang telah ada bahwa pengisian untuk item-item yang tergabung dalam kriteria laporan yang penting adalah yang harus mengisi staf (operator) , akan tetapi ada item

yang masih belum diisi. Laporan yang penting harus didokumentasikan dan diisi secara lengkap, apabila laporan yang penting tidak terisi secara lengkap dan didokumentasikan pada lembar laporan operasi maka belum bisa digunakan sebagai alat bukti hukum yang sah.

d. Tingkat kelengkapan autentikasi pada laporan operasi

Menurut Hatta (2017), menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan atau tenaga lain yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.

Pada penelitian ini peneliti menganalisis autentikasi pasien pada laporan operasi yang meliputi nama terang, tanda tangan dokter, dan tanda tangan pembuat laporan.

Berdasarkan hasil penelitian dari Mahyunita (2011) menyatakan bahwa tingkat kelengkapan untuk telaah review autentikasi dengan item tandatangan dokter sebanyak 97,02 % (130 dari 134 formulir catatan perkembangan) dan untuk item nama terang sebanyak 20,15% (20 dari 134 formulir catatan perkembangan).

Sedangkan hasil kelengkapan autentifikasi pada laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II 04.05.01 dr.Soedjono Magelang didapatkan angka kelengkapan tertinggi yakni pada item tanda tangan dokter ahli/ DPJP 94% (83 dari 88 formulir laporan operasi) sedangkan untuk tingkat kelengkapan terendah pada item nama terang dokter sebanyak 75% (66 dari 88 formulir laporan operasi)

d. Tingkat kelengkapan pendokumentasian yang benar pada laporan operasi

Menurut Hatta (2010), menelaah tata cara mencatat (administratif) yang meliputi adanya tanggal, keterangan waktu, menulis pada baris yang tetap serta menerapkan cara koreksi yang benar.

Pada penelitian ini peneliti menganalisis pendokumentasian yang benar pada laporan operasi yang dibatasi pada keterangan waktu dan tanggal.

Hasil analisis kelengkapan pendokumentasian yang benar pada laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II 04.05.01 dr.Soedjono Magelang diketahui bahwa item tanggal 91% (80 dari 88 lembar laporan operasi) serta keterangan waktu yakni mencapai 57% (50 dari 88 formulir laporan operasi). Sedangkan untuk penelitian Febriyanti (2015) untuk analisis pendokumentasian yang benar pada formulir catatan perkembangan yang melihat komponen pembetulan kesalahan mencapai tingkat kelengkapan sebanyak 81,34% (109 dari 134 formulir catatan perkembangan).

Hal ini kurang sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit yang menyatakan tingkat kelengkapan rekam medis harus lengkap 100% (Permenkes 129, 2008).

3. Pemenuhan Elemen penilaian 7.2 tentang formulir laporan operasi pada bab pelayanan anestesi dan pembedahan pada standar akreditasi 7.2 tahun 2017
  - a. PAB 7.2 EP 1

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/menkes/PER/IV/2017 tentang izin praktek kedokteran dan pelaksanaan praktik kedokteran BAB 1 yang menyebutkan, “standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat intruksi atau langkah-langkah yang dilakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana standar prosedur operasional memberikan langkah-langkah yang benar dan terbaik, berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi”

Menurut Sulistiani (2016) SPO adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan

sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang sudah ada SPO tentang pembuatan laporan operasi dengan nomor SPO 208/SPO/PAB/III/2015.

Menurut KARS (2017) pada PAB 7.2 EP 1 bahwa adanya regulasi laporan operasi yang memuat paling sedikit butir 1-8. Di Rumah Sakit Tk.II dr.Spedjono Magelang Berdasarkan hasil studi dokumentasi sudah terdapat regulasi yang mengatur terkait dengan laporan operasi butir 1-7. Hal ini belum sesuai dengan SNARS karena belum memuat 8 butir.

b. PAB 7.2 EP 2

Menurut KARS (2017) pada PAB 7.2 EP 2 bahwa danya bukti laporan operasi memuat paling sedikit 1-8 dan dicatat pada formulir laporan operasi yang ditetapkan rumah sakit, tersedia setelah operasi selesai dan sebelum pasien dipindah ke area lain untuk asuhan biasa (D,W). Berdasarkan hasil dokumentasi bahwa laporan operasi di Rumah Sakit Tk..II dr. Soedjono Magelang hanya ada 7 dari 8 butir yang seharusnya ada dalam formulir laporan operasi. Hal ini belum sesuai dengan standar akreditasi tahun 2017.

Untuk mengetahui pemenuhan elemen penilaian PAB 7.2 ep 2 di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang dilakukan analisis laporan operasi berdasarkan akreditasi 2017. Analisis ini dilakukan pada 88 yang mengamati item diagnoss pasca operasi, nama dokter bedah dan asistennya, prosedur operasi beserta rinciannya, ada dan tidak adanya komplikasi, spesimen operasi yang dikirm untuk di periksa, jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi, dan tanggal, waktu dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab. Angka kelengkapan tertinggi 98% (83 dari 88 laporan operasi) pada butir pertama yaitu diagnosis pasca operasi dan angka kelengkapan terendah 26% (23 dari 88 laporan operasi) pada buitr empat yaitu ada dan tidak adanya komplikasi.

Berdasarkan hasil penelitian Mulyawan (2016) yang melakukan analisis pada formulir laporan operasi di RSUD dr. Adjidarmo Kab. Lebak, menyampaikan bahwa persentase kelengkapan laporan operasi

tertinggi pada diagnosis pasca operasi sebesar 95%, dan kelengkapan terendah pada waktu pelaksanaan operasi sebesar 45%.

c. PAB 7.2 EP 3

Menurut KARS (2017) pada PAB 7.2 EP 3 bahwa laporan operasi dapat dicatat di area asuhan intensif lanjutan.

Berdasarkan hasil dokumentasi bahwa laporan operasi dapat dicatat di area asuhan intensif di Rumah Sakit Tk.II dr.soedjono Magelang dengan menggunakan formulir ICU. Analisis pemenuhan PAB 7.2 EP 3 pada formulir ICU di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang dilakukan dengan cara melihat atau meneliti tercapai penuh, tercapai sebagian atau tidak tercapai..

Berdasarkan hasil analisis pemenuhan PAB 7.2 EP 3 angka tercapai penuh mencapai 76% (67 dari 88 Formulir ICU), sedangkan angka tidak tercapai sebanyak 24% (21 dari 88 Formulir ICU). Hal ini juga di perkuat oleh triangulasi bahwa laporan operasi di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang tidak selalu dapat dicatat di area asuhan intensif lanjutan.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan peneliti dalam melakukan penelitian di Rumah Sakit Tk.II dr.Soedjono Magelang sebagai berikut :

1. Hambatan untuk dapat wawancara dengan responden, dikarenakan tidak bersedianya responden untuk dilakukan wawancara
2. Pemilihan subjek penelitian dilakukan dengan cara memilih sampel dari berbagai macam operasi. Hal itu disebabkan karena operasi yang sering dilakukan dan juga sebagai efisiensi waktu.

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA