

BAB VII PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian yang telah dilakukan di kamar operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi mengenai keterlambatan mulai operasi elektif pasien pertama memberikan hasil bahwa penyebab dari terjadinya keterlambatan mulai operasi pasien elektif pertama adalah karena kurang baiknya faktor *input*, proses sehingga menyebabkan *output* yang dihasilkan tidak optimal.

1. Komponen *input* (masukan)

a. Belum optimalnya manajemen sumber daya manusia yaitu:

- 1) Belum optimalnya pola kepemimpinan kepala IBS.
- 2) Kurangnya kedisiplinan dan komitmen dokter operator dan dokter anestesi.
- 3) Belum optimalnya pengaturan jadwal dokter anestesi.
- 4) Kurangnya tenaga pendaftaran.
- 5) Petugas radiografi khusus kamar operasi tidak ada serta kurangnya *skill* petugas radiografi.

b. Standar Operasional Pelayanan yaitu:

- 1) SOP belum lengkap (SOP *surgical safety checklist*, SOP waktu kedatangan dokter ke kamar operasi).
- 2) Belum optimalnya pelaksanaan SOP (SOP ketepatan waktu memulai operasi).
- 3) Kurangnya sosialisasi SOP yang ada terutama kepada dokter spesialis baru.
- 4) Kurangnya *monitoring* dan evaluasi terhadap pelaksanaan SOP.

c. Prasarana yaitu:

- 1) Letak kamar operasi dan dan ruang rawat inap yang berjauhan sehingga pengantaran pasien ke kamar operasi lebih lama.
- 2) CSSD tidak terintegrasi dengan dengan kamar operasi serta penjemputan baju kamar operasi dan linen terlambat.

d. Faktor sarana tidak mempengaruhi keterlambatan mulai operasi

2. Komponen proses

- a. Proses pengantaran pasien tidak mengikuti SOP yang sudah ada.
- b. Keterlambatan dokter operator yaitu sebanyak 67.5% dan hanya 32.5% yang datang tepat waktu.
- c. *Monitoring* yang dilakukan oleh kepala IBS dan manajemen belum optimal.
- d. Pemberian *reward* yang belum optimal baik dan *punishment* belum dilaksanakan jika terjadi pelanggaran.
- e. Kelengkapan rekam medik sudah baik sehingga tidak menyebabkan keterlambatan operasi elektif pasien pertama

3. Komponen *output* (keluaran)

- a. Jumlah operasi tepat waktu 12.5% sedangkan sisanya mengalami keterlambatan (87.5%).
- b. Total lama keterlambatan adalah 2401 menit dengan rata – rata waktu keterlambatan 68.6 menit.

B. Saran

Dalam penelitian ini peneliti menyarankan kepada beberapa *stakeholder* untuk mengurangi tingkat keterlambatan dimulainya operasi elektif pasien pertama di kamar operasi IBS RSUD dr. Achmad Mochtar yang dikelompokkan menurut komponen penelitian sebagai berikut:

1. Pihak Rumah Sakit RSUD dr. Achmad Mochtar

a. Direktur dan Wakil Direktur

Perlu peran besar Direktur dan Wakil Direktur untuk mendukung kelancaran pelayanan di kamar operasi. Dukungan yang diberikan misalnya pelaksanaan *punishment* sesuai dengan aturan yang ada.

b. Kepala Bagian Pelayanan Medik

- 1) Perlu untuk membangun kembali disiplin dan komitmen kerja para pegawai khususnya dokter operator dan dokter anestesi yang bertugas di kamar operasi misalnya dengan melakukan *outbond*, Roda Komitmen (*The Commitment Wheel*).
- 2) Melakukan *monitoring* dan evaluasi rutin terhadap proses pelayanan di kamar operasi. Hal ini bisa dilakukan dengan rapat koordinasi rutin

setiap bulan dengan semua elemen yang ada di IBS, melakukan kunjungan rutin dan mendadak ke kamar operasi.

- 3) Melakukan revisi SOP yang sudah lama bersama kepala ruangan kamar operasi.

c. Kepala Bagian Keuangan

- 1) Perlu adanya transparansi pembagian insentif misalnya dengan memberikan rincian jasa medis pasien tiap operator yang mencantumkan jumlah pasien total, jumlah pasien yang belum dan sudah dibayarkan oleh pihak BPJS.
- 2) Perencanaan alokasi dana khusus untuk pelatihan petugas radiografi.

d. Kepala Bagian Pendidikan Dan Pelatihan

- 1) Merencanakan pelatihan kepemimpinan dan manajemen rumah sakit untuk kepala IBS
- 2) Merencanakan pelatihan petugas radiografer baru

e. Kepala Instalasi Bedah Sentral

- 1) Menggunakan instrument LASI untuk menemukan gaya kepemimpinan yang tepat.
- 2) Melakukan *monitoring* dan evaluasi terus menerus terhadap pelayanan di IBS, misalnya dengan melakukan rapat koordinasi rutin setiap bulan.

f. Kepala Ruangan Kamar Operasi

- 1) Membuat pengaturan yang baik untuk petugas pengganti di bagian pendaftaran jika petugas pendaftaran berhalangan datang sehingga tidak mengganggu proses pelayanan.
- 2) Membuat SOP yang belum ada yaitu SOP *surgical safety checklist* dan SOP waktu kedatangan dokter ke kamar operasi.

g. Dokter Operator

- 1) Perlunya komitmen dan disiplin yang tinggi untuk datang tepat waktu dan mematuhi jadwal operasi yang telah disepakati.
- 2) Mematuhi SOP yang ada di IBS khususnya SOP mengenai ketepatan waktu memulai operasi elektif pertama.

- 3) Perlu adanya pemberitahuan kepada petugas kamar operasi jika terlambat datang sehingga petugas kamar operasi bisa melakukan *reschedule* jadwal operasi tanpa mengganggu jadwal operasi berikutnya.

h. Dokter Anestesi

- 1) Perlu untuk mematuhi jadwal piket kamar operasi yang telah ditetapkan.
- 2) Perlu adanya pembagian pasien atau kamar operasi secara jelas setiap hari sehingga dokter anestesi bisa datang lebih awal di pagi hari untuk mempersiapkan pasiennya yang bisa dibuat dalam bentuk SOP.
- 3) Perlu adanya komunikasi yang lebih baik antar sesama dokter anestesi ketika terlambat atau berhalangan hadir.

2. Bagi Penelitian Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk:

- a. Meneliti indikator – indikator efisiensi kamar operasi yang belum diteliti yaitu utilisasi, *turnover*, *under run* dan *overrun times*, pembatalan operasi elektif dan waktu perawatan anestesi di kamar operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- b. Penelitian ini bisa dilanjutkan ke ranah keuangan untuk melihat pengaruh efisiensi kamar operasi terhadap pemasukan dan pengeluaran rumah sakit.
- c. Melakukan penelitian lebih lanjut untuk mencari penyebab keterlambatan kedatangan dokter operator dan dokter anestesi misalnya pengaruh beban kerja dokter dan pengaruh dokter berpraktek di tempat lain terhadap keterlambatan dokter memulai operasi elektif pasien pertama.

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan, peneliti menyarankan agar manajemen RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk dapat melaksanakan POA (*Plan Of Action*) yang dijelaskan pada tabel berikut ini :

Tabel 1. *Plan Of Action* (POA) Upaya Mengurangi Keterlambatan Mulai Operasi Elektif Pasien Pertama

No	Jenis Kegiatan	Uraian Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Waktu	Penanggungjawab
A. Input						
1	Sumber daya manusia (SDM)	Memberikan pelatihan manajemen dan kepemimpinan	Kepala IBS mendapatkan pelatihan manajemen dan kepemimpinan	Kepala IBS	1 kali dalam 1 tahun	Kepala Bagian Pendidikan Dan Pelatihan
		Memberikan pendidikan dan pelatihan kepada perawat kamar operasi dan petugas radiologi baru.	Seluruh perawat anestesi mendapatkan pelatihan sesuai dengan rekomendasi yang dibuat kepala ruangan kamar operasi. juga meningkatkan keterampilan petugas radiologi baru	Perawat kamar operasi dan petugas radiologi baru	Tuntas dalam 3 tahun	Kepala Bagian Pendidikan Dan Pelatihan
		Merencanakan kegiatan untuk meningkatkan <i>team work</i> misalnya <i>outbond</i>	Meningkatkan rasa kekompakan dan kebersamaan	Seluruh karyawan IBS termasuk semua dokter	1 kali	Kepala IBS
		Melakukan <i>Monitoring</i> dan Evaluasi pelayanan anestesi	Adanya laporan <i>monitoring</i> dan evaluasi terkait pelayanan anestesi	Kepala Instalasi Anestesi	1 kali sebulan	Kepala Instalasi Anestesi
		Rapat koordinasi Kepala	Membahas pengaturan petugas	Kepala IBS dan	1 kali	Kepala IBS

	IBS kamar operasi dengan Kepala Radiologi	radiologi yang bertugas di kamar operasi	kepala bagian radiologi		
	Rapat kepala IBS kamar operasi dengan bagian SDM	Membahas mengenai usulan penambahan petugas bagian pendaftaran	Kepala IBS dan bagian SDM	1 kali	Kepala IBS
2	Kebijakan dan Standar Operasional Pelayanan (SOP)	Membuat SOP yang belum ada	Melengkapi SOP yang belum ada di kamar operasi (<i>surgical safety checklist</i> dan waktu kedatangan dokter)	Kepala Ruangan Kamar Operasi	1 bulan Kepala Ruangan Kamar Operasi
	Merevisi SOP lama	Meninjau ulang SOP lama apakah sesuai dengan kebutuhan saat ini	Kepala Ruangan Kamar Operasi	1 bulan	Kepala Ruangan Kamar Operasi
	Sosialisasi SOP	Semua petugas IBS mengetahui SOP terbaru yang ada di kamar operasi	Semua staf IBS	1 kali	Kepala IBS
	<i>Monitoring</i> dan evaluasi SOP	Menilai pelaksanaan SOP dan memecahkan masalah yang ada	Semua staf IBS	1 kali sebulan	Kepala IBS Manajemen
3	Prasarana	Mengatur penjadwalan pengantaran pasien ke kamar operasi dari ruang	Pengantaran pasien ke kamar operasi tidak terlambat	Kepala Ruang Kamar Operasi dan	1 kali Kepala Ruang Kamar Operasi

	rawat		Kepala Ruang Rawat Inap		
	Membuat SOP penjemputan baju dan linen ke CSSD	Penjemputan baju OK dan linen 1 hari sebelumnya di sore hari atau pada hari yang sama namun lebih pagi	Kepala Ruang Kamar Operasi Dan Kepala CSSD	1 kali	Kepala Ruang Kamar Operasi
B. Process					
1	Pengantaran Pasien Ke Kamar Operasi	Perlu mensosialisasikan kembali SOP terkait pengantaran pasien dan mulai operasi tepat waktu	Semua petugas terkait mendapatkan sosialisasi kedua SOP ini	Seluruh staf terkait	1 kali
	<i>Monitoring</i> dan evaluasi proses pengantaran pasien ke kamar operasi	Adanya laporan <i>monitoring</i> dan evaluasi terkait pengantaran pasien ke kamar operasi	Kepala ruangan kamar operasi dan kepala ruang rawat inap	1 kali sebulan	Kepala bidang pelayanan medik
2	Waktu Kedatangan Dokter Operator Dan Dokter Anestesi	Perlu mensosialisasikan kembali SOP waktu mulai operasi pasien pertama	Semua dokter operator dan dokter anestesi mendapatkan sosialisasi SOP waktu mulai operasi pasien pertama	Dokter operator dan dokter anestesi	1 kali Kepala IBS

	Melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi waktu kedatangan dokter operator dan dokter anestesi	Adanya laporan <i>monitoring</i> dan evaluasi terkait waktu kedatangan dokter operator dan dokter anestesi ke kamar operasi	Kepala IBS	1 kali sebulan	Kepala IBS	
	Memberikan <i>punishment</i> pada keterlambatan	Memberikan efek jera sehingga dokter operator dan dokter anestesi datang tepat waktu	Semua dokter operator dan dokter anestesi		Direktur	
3	<i>Monitoring dan Evaluasi</i>	Mengadakan rapat koordinasi rutin setiap bulan dengan melibatkan seluruh komponen di IBS	Untuk mengetahui permasalahan dan kendala yang ada di IBS serta membantu memecahkan masalah	Seluruh staf IBS	1 kali sebulan	Kepala Bidang Pelayanan Medik
	Melakukan kunjungan mendadak ke kamar operasi	Mengetahui bagaimana proses pelayanan di kamar operasi berjalan	Seluruh staf IBS	Bisa kapan saja	Kepala Bidang Pelayanan Medik	
4	<i>Reward dan punishment</i>	Memberikan rincian jasa medis pasien tiap operator yang mencantumkan	Transparansi dalam pemberian insentif jasa pasien	Seluruh staf terkait	1 kali sebulan	Kepala bagian keuangan

jumlah pasien total,
jumlah pasien yang belum
dan sudah dibayarkan oleh
pihak BPJS.

Menerapkan *punishment*

Mencegah terjadinya
keterlambatan mulai operasi
elektif pasien pertama

Seluruh staf

Bisa kapan
saja

Direktur

