

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan gawat darurat, rawat inap, dan rawat jalan, serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (RI, 2009). RSUD dr. Achmad Mochtar adalah rumah sakit pemerintah provinsi Sumatera Barat yang berada di kota Bukittinggi. Rumah sakit yang mempunyai daya tampung 340 tempat tidur ini merupakan rujukan rumah sakit daerah dan swasta disekitarnya, baik dari provinsi Sumatera Barat sendiri maupun dari provinsi tetangga. RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi terletak strategis di pusat kota sehingga sangat mudah dijangkau oleh masyarakat. Rumah sakit ini berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sejak tahun 2011 dan pada tahun 2016 sudah lulus akreditasi versi 2012 dengan lulus paripurna (RSAM, 2018).

Salah satu pelayanan medis yang penting di rumah sakit adalah pelayanan kamar operasi dan anestesi. Kamar operasi adalah bagian yang krusial dan harus dikelola dengan sebaik-baiknya karena kegiatan operasi membutuhkan biaya yang banyak, diantaranya biaya perawatan, biaya operasional (R. Marjamaa, 2008 dan Muhammad A, 2016). Sumber daya manusia multidisiplin ilmu terlibat di kamar operasi meliputi staf medis dan non medis yang juga membutuhkan biaya yang besar. Menurut Denton (2007) dari 60-70% pengeluaran rumah sakit, sekitar 40% merupakan pengeluaran untuk aktivitas di kamar operasi (Guerriero, 2011).

Kamar operasi RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi berada di bawah Instalasi Bedah Sentral yang melayani operasi elektif dan operasi gawat darurat. Instalasi bedah sentral memiliki 8 kamar operasi, 1 kamar operasi diperuntukkan untuk operasi gawat darurat (*cyto*) dan 7 digunakan untuk operasi elektif. Kamar operasi elektif masing – masing diperuntukkan untuk spesialisasi bedah umum, bedah onkologi, bedah digestif, bedah orthopedi, THT, kandungan dan kebidanan, dan mata.

Berbagai usaha untuk meningkatkan efisiensi kamar operasi menjadi suatu hal yang penting dilakukan. Menurut *Operating Theatre Efficiency Guidelines New South Wales* (ACI, 2014), efisiensi kamar operasi dapat dinilai dari utilisasi

kamar operasi, waktu perawatan anestesi, waktu mulai operasi pasien pertama, pembatalan operasi dalam satu hari, waktu *turnover*, dan *underrun and overrun times*. Selain itu waktu tunggu pasien yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien juga memiliki peranan penting.

Utilisasi adalah waktu aktual yang diperlukan untuk melakukan tindakan operasi ditambah dengan *turnover* dibagi dengan waktu yang tersedia untuk melakukan operasi. Utilisasi merupakan salah satu indikator yang menunjukkan apakah kamar operasi yang tersedia digunakan secara optimal, baik pada operasi elektif maupun operasi gawat darurat. Sebuah kamar operasi dinilai efisien jika nilai utilitasnya berkisar 80% (ACI, 2014). Dari laporan evaluasi RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, nilai utilisasi kamar operasi masih berada dibawah nilai normal yaitu berkisar 50%. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan kamar operasi masih belum optimal dan belum efisien. Penelitian utilisasi pada rumah sakit tipe B pernah dilakukan oleh (Kastariani, 2005) di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Tabanan Bali, hasil penelitian menunjukkan rata – rata utilisasi kamar operasi 32,73%. Penelitian pada rumah sakit di Sumatera Barat juga pernah dilakukan oleh Velutina (2017) yang menganalisis utilisasi kamar operasi rumah sakit dr. M Djamil Padang menunjukkan utilisasi kamar operasi rumah sakit ini masih rendah yaitu 39.99%, hal ini disebabkan karena beberapa faktor input yang mempengaruhi pelaksanaan (*process*) utilisasi tersebut (Velutina, 2017).

Underrun dan *overrun times* pada operasi elektif menjadi bagian penting dalam penilaian efisiensi kamar operasi. *Underrun* dan *overrun times* berarti ketidaktepatan lama waktu operasi sesuai dengan standar yang sudah ada. Hal menyebabkan pengeluaran lebih besar untuk membiayai operasional kamar operasi. Penyebab utama dari adalah penjadwalan yang tidak baik, keterlambatan memulai operasi, pembatalan operasi dan *turnover* yang lama (ACI, 2014). Pada kamar operasi RSUD dr. Achmad Mochtar juga pernah terjadi *overrun times*.

Waktu peralihan (*turnover time*) adalah waktu tidak produktif yang mempengaruhi utilisasi. Waktu peralihan adalah waktu ketika pasien keluar dari kamar operasi sampai pasien berikutnya masuk ke kamar operasi (ACI, 2014). Macairo mengelompokkan waktu peralihan dalam 3 kelompok yaitu performa

buruk jika lebih dari 40 menit, sedang jika jika 25 – 30 menit dan performa baik jika kurang dari 5 menit (Kumar M, 2017). Menurut hasil wawancara waktu peralihan di RSUD dr. Achmad Mochtar rata – rata kurang dari 30 menit. Dari nilai tersebut dapat disimpulkan bahwa *turnover* pada RSUD. Dr. Achmad Mochtar masuk dalam kategori performa sedang.

Pembatalan operasi dapat menurunkan efisiensi kamar operasi. Pembatalan operasi dapat berdampak buruk terhadap rumah sakit, pasien, dokter maupun karyawan lainnya. Pembatalan pasien tidak boleh melebihi 2% per harinya. Dalam penelitian Nurhajati (2015) disebutkan dari beberapa penelitian diluar negeri pembatalan pasien 10 – 40% dari total operasi dapat menurunkan utilisasi kamar operasi. Berdasarkan data kamar operasi RSUD dr. Achmad Mochtar terjadi pembatalan pasien 3,45% pada tahun 2017 dan 6,23% pada tahun 2018. Walaupun masih dalam batas normal namun nilai ini sudah cukup tinggi karena sudah mendekati 10%.

Waktu mulai operasi pasien pertama juga mempengaruhi efisiensi kamar operasi. Semakin tepat waktu dimulainya operasi semakin efisien penggunaan kamar operasi (ACI, 2014). Keterlambatan memulai operasi pasien pertama sering mengakibatkan gangguan pelayanan kamar operasi, menurunkan kepuasan dokter operator dan juga kepuasan pasien (Chen Y, 2016). Evaluasi pelayanan kamar operasi pada bulan Januari 2019 menunjukkan 81,91% pelayanan operasi elektif mengalami keterlambatan karena dokter operator dan dokter anestesi terlambat datang dari jadwal yang telah ditetapkan. Keterlambatan berkisar dari 30 menit sampai beberapa jam. Pada bulan Februari 2019 tingkat keterlambatan memulai operasi pasien pertama sama seperti bulan Januari yaitu sebesar 81,81%. Salah satu akibat dari keterlambatan dokter anestesi akan mempengaruhi waktu perawatan anestesi.

Waktu mulai operasi pasien pertama merupakan hal yang sangat harus diperhatikan. Keterlambatan bisa berakibat penundaan dan pembatalan operasi berikutnya, memperpanjang antrian waktu tunggu pasien untuk operasi dan dapat menurunkan kepuasan pasien. Menurut Phieffer *et al* keterlambatan memulai operasi pasien pertama dianggap sebagai penghalang tercapainya efisiensi (Phieffer L, 2016). Berdasarkan wawancara dengan informan waktu tunggu untuk

pasien bedah digestif di RSUD dr. Achmad Mochtar berkisar 3-7 hari. Hal ini tidak sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal di RSUD dr. Achmad Mochtar dan Kepmenkes no 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal yang memberikan standar waktu tunggu kamar operasi maksimal 2 hari (Kepmenkes, 2008).

Keterlambatan memulai operasi elektif pasien pertama bisa disebabkan oleh banyak hal. Ciechanowics dan Wilson dalam penelitiannya yang menilai keterlambatan memulai operasi dan mencari penyebabnya di *UK Centre* menemukan penyebab keterlambatan yaitu faktor kamar operasi (17%), faktor rumah sakit (72%) yang termasuk didalamnya ketersediaan rawatan, keterlambatan dokter, ketersediaan obat-obatan, dan faktor eksternal (7,4%) (Ciechanowics S, 2010). Menurut Frank J *et al* dari 21 penyebab keterlambatan, 8 diantaranya adalah: keterlambatan pendaftaran, keterlambatan transportasi, tidak ada izin pembedahan, tidak ada perencanaan bedah, tidak ada perencanaan pembiusan, tidak ada residen bedah, tidak ada dokter bedah, tidak ada dokter anestesi (Overdyk. FJ. 1998). Merujuk beberapa penelitian di atas dapat disimpulkan penyebab keterlambatan bisa berasal dari sumber daya manusia, sarana, prasarana, proses pelayanan di kamar operasi, kebijakan yang mengatur pelayanan, kelengkapan rekam medis, waktu kehadiran dokter operator dan dokter anestesi dan pengantaran pasien ke kamar operasi.

Salah satu akibat dari keterlambatan adalah memperpanjang waktu tunggu pasien elektif. Waktu tunggu merupakan salah satu indikator tingkat kepuasan pasien, semakin lama waktu tunggu maka semakin rendah kepuasan pasien, begitu pula sebaliknya. Menurut Braybrook *et al* (J, 2007) semakin lama waktu tunggu operasi maka *outcome* dari operasi tersebut semakin buruk. Penelitian mengenai waktu tunggu pernah dilakukan oleh (Nuansa, 2014) yang menganalisis waktu tunggu operasi elektif pasien rawat inap di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Kanker Dharmais, penelitian ini menunjukkan lama waktu tunggu operasi elektif dari poliklinik yaitu 5,39 hari dan 0,32 hari dari rawat inap. Lamanya waktu tunggu operasi elektif dipengaruhi oleh kurangnya kamar perawatan, kamar dan alat operasi, kekurangan SDM medis operasi, serta kondisi fisik pasien.

Manajemen kamar operasi perlu dikelola dengan baik karena kamar operasi merupakan salah satu sumber pendapatan rumah sakit. Efisiensi kamar operasi sangat diperlukan agar dapat menghemat pengeluaran, dan meningkatkan pendapatan rumah sakit. Jika dikelola dengan baik kamar operasi dapat menyumbang sekitar 70% pendapatan rumah sakit (Guerriero, 2011). Dari laporan keuangan rumah sakit dr. Achmad Mochtar tahun 2018 pendapatan dari kamar operasi hanya mampu memberikan pendapatan sebanyak 1.8% dari total pendapatan fungsional rumah sakit dan merupakan urutan keempat setelah rawat inap, apotek, dan rawat jalan (RSAM, 2018).

Berdasarkan hasil observasi dapat disimpulkan bahwa penggunaan kamar operasi RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi belum efisien. Dari hasil penelitian pendahuluan terlihat bahwa diantara semua indikator yang mempengaruhi efisiensi, waktu mulai operasi pasien pertama adalah indikator yang sangat berpengaruh terhadap pelayanan di kamar operasi. Waktu mulai operasi pasien pertama sangat jarang tepat waktu walaupun didalam standar operasional kamar operasi sudah diberikan perpanjangan waktu 30 menit untuk mengurangi keterlambatan. Selain itu banyak masalah yang muncul karena keterlambatan ini baik antara sesama dokter operator maupun dengan staf kamar operasi. Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan pengkajian dan analisis apa saja yang menyebabkan keterlambatan waktu operasi pasien elektif pertama di kamar operasi Instalasi Bedah Sentral di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019.

B. Rumusan Masalah

Rumusan permasalahan yang peneliti bahas dalam penelitian ini adalah “Apakah penyebab keterlambatan dimulainya operasi pasien elektif pertama di kamar operasi Instalasi Bedah Sentral di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui apa saja penyebab keterlambatan dimulainya operasi pasien elektif pertama di kamar operasi Instalasi Bedah Sentral di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

1. Menganalisis sumber daya manusia yang terlibat dalam pelayanan di kamar operasi RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk mengetahui penyebab keterlambatan mulai operasi elektif pasien pertama
2. Menganalisis kebijakan / standar operasional pelayanan (SOP) yang ada di kamar operasi RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk mengetahui kebijakan yang mengatur pelayanan di kamar operasi.
3. Menganalisis sarana yang ada di kamar operasi RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang menyebabkan keterlambatan operasi elektif pasien pertama.
4. Menganalisis prasarana yang berhubungan dengan kamar operasi RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk melihat penyebab keterlambatan dimulainya operasi pasien pertama.
5. Menganalisis proses pengantaran pasien ke kamar operasi untuk mengetahui kendala dalam proses pengantaran yang menyebabkan keterlambatan mulai operasi elektif pasien pertama.
6. Menganalisis waktu kehadiran dokter bedah dan dokter anestesi untuk melihat ketepatan waktu kehadiran.
7. Menganalisis kelengkapan rekam medik pasien untuk melihat apakah ada kendala yang dihadapi yang menyebabkan keterlambatan mulai operasi.
8. Menganalisis proses *monitoring* dan evaluasi yang dilakukan manajemen di kamar operasi IBS RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
9. Menganalisis pelaksanaan pemberian *reward* dan *punishment* khususnya di kamar operasi IBS RSUD dr. Achmad Mochtar.
10. Menganalisis waktu mulai operasi pasien elektif pertama untuk melihat angka keterlambatan dimulainya operasi elektif pasien pertama di IBS RSUD dr. Achmad Mochtar.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangan pemikiran bagi para akademisi dan praktisi di bidang manajemen rumah sakit.

2. Aspek Praktis

1. Manfaat Bagi Rumah Sakit

- a. Rumah Sakit memperoleh gambaran tentang hasil observasi pelayanan di kamar operasi rumah sakit yaitu mengenai keterlambatan waktu operasi pasien elektif pertama di kamar operasi Instalasi Bedah Sentral di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
- b. Memperoleh identifikasi masalah keterlambatan waktu operasi pasien elektif pertama di kamar operasi Instalasi Bedah Sentral
- c. Sebagai bahan dalam pembuatan kebijakan agar keterlambatan memulai operasi elektif pasien pertama dapat dikurangi.
- d. Mendapat saran dan alternatif solusi pada masalah yang ditemukan oleh mahasiswa dan mendapat manfaat dari pemecahan masalah apabila ternyata alternatif solusi yang diberikan oleh mahasiswa dapat diimplementasikan.

2. Manfaat Bagi Peneliti

- a. Dapat menerapkan ilmu pengetahuan mengenai manajemen rumah sakit yang didapatkan di bangku perkuliahan.
- b. Dapat memperluas pengetahuan dan wawasan peneliti tentang pelayanan di Instalasi Bedah Sentral khususnya kamar operasi.
- c. Peneliti mempunyai pengalaman dalam penelitian dan mengerti cara memecahkan masalah terutama permasalahan di kamar operasi.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan observasi pada Instalasi Bedah Sentral khususnya kamar operasi yang dilaksanakan pada April – Oktober 2019. Penelitian ini akan menganalisis penyebab keterlambatan dimulainya operasi elektif pertama di pagi hari. Data

yang digunakan adalah data primer dari hasil observasi peneliti, wawancara semiterstruktur dengan petugas terkait dan juga data sekunder yang berasal data-data yang ada di kamar operasi.

