



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENYEBAB KETERLAMBATAN DIMULAINYA
OPERASI ELEKTIF DI INSTALASI KAMAR BEDAH RUMAH
SAKIT OTORITA BATAM**

TESIS

**Oleh:
MUHAMMAD ASKAR
NPM:0906502582**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA
JANUARI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENYEBAB KETERLAMBATAN DIMULAINYA
OPERASI ELEKTIF DI INSTALASI KAMAR BEDAH RUMAH
SAKIT OTORITA BATAM**

TESIS

**Oleh:
MUHAMMAD ASKAR
NPM:0906502582**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA
JANUARI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENYEBAB KETERLAMBATAN DIMULAINYA
OPERASI ELEKTIF DI INSTALASI KAMAR BEDAH RUMAH
SAKIT OTORITA BATAM**

TESIS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**Oleh:
MUHAMMAD ASKAR
NPM:0906502582**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA
JANUARI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

NAMA : MUHAMMAD ASKAR
NPM : 0906502582

Tanda Tangan : 

Tanggal : 03 JANUARI 2011

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, Saya :

Nama : MUHAMMAD ASKAR

NPM : 0906502582

Mahasiswa Program : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

“Analisis Penyebab Keterlambatan Dimulainya Operasi Elektif di Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah di tetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 03 Januari 2011

METERAI
TEMPEL
PAJAK ACARA SUNGAI
TANPA
25CEEAAP363302009
6000
DJP

(Muhammad Askar)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh ;
Nama : MUHAMMAD ASKAR
NPM : 0906502582
Program Studi : KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Judul Tesis : Analisis Penyebab Keterlambatan Dimulainya
Operasi Elektif Di Instalasi Kamar Bedah Rumah
Sakit Otorita Batam

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Purnawan Junadi, dr, MPH, PhD (.....)

Penguji : dr. Sandi Ijanto, MPH (.....)

Penguji : dr. Mieke Savitri, M.Kes (.....)

Penguji : Sumijatun, SKp. MARS (.....)

Penguji : dr. Yuli Prapanca Satar, MARS (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 3 Januari 2011

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Puji dan Syukur Penulis Panjatkan kepada Allah Subhanahu Wata'ala. Yang telah memberikan petunjuk serta kekuatan sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Tesis dengan judul “ ANALISIS PENYEBAB KETERLAMBATAN DIMULAINYA OPERASI ELEKTIF DI INSTALASI KAMAR BEDAH RUMAH SAKIT OTORITA BATAM “ini.

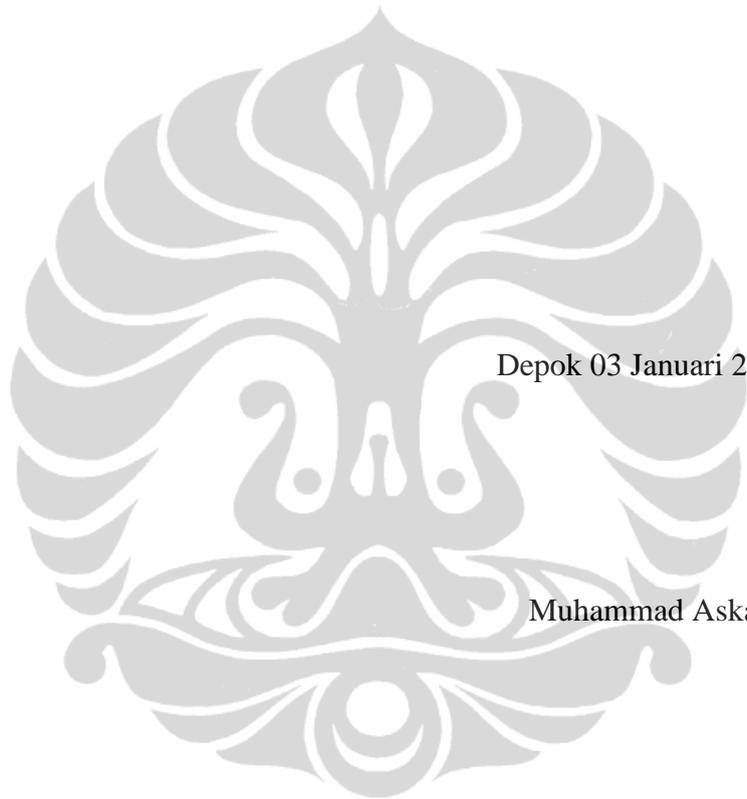
Tesis ini di susun dan diajukan dalam rangka untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah penulis di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jenjang Pasca Sarjana Program Kajian Administrasi Rumah Sakit .Saya menyadari tanpa bantuan dan bimbingan serta dorongan moril dari berbagai pihak akan sulit sekali rasanya menyelesaikan Tesis ini, untuk itu perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada:

1. Seluruh Jajaran Civitas akademi Universitas Indonesia dan khususnya Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menimba ilmu untuk bekal dimasa dating.
2. Kepada Yang saya Hormati Bapak Prof.DR.Dr.Purnwan Junadi selaku pembimbing saya dalam menyusun tesis ini
3. Kepada Yang saya muliakan Bapak dan Ibuk dosen saya yang telah dengan murah hati mencurahkan ilmu dan berbagi pengalaman sehingga membuka cakrawala wawasan dan pola pikir saya.
4. Kepada Yang saya hormati Bapak Ketua Otorita Batam Yang telah memberikan izin kepada saya untuk mengikuti perkuliahan ini
5. Yang saya Hormati Ibuk Direktur RS.Otorita Batam yang telah memberi saya izin, bantuan,keringanan dalam menjalankan tugas saya sehari hari serta dorongan semangat kepada saya untuk terus maju.
6. Kepada Keluarga saya yang tercinta yang selalu memberikan dorongan dan pengertian terutama anak anak yang mana selama saya kuliah ini

telah menyebabkan berkurangnya waktu kebersamaan yang tak mungkin bisa saya tebus dengan apapun jua.

7. Semua kawan kawan seperjuangan sesama mahasiswa Kars yang telah memberikan semangat ,dorongan serta bantuan kepada saya

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas semua amal kebajikan semua pihak yang telah membantu terwujudnya tesis ini yang tidak mungkin saya sebutkan satu persatu,dan semoga dapat bermanfaat hendaknya.



Depok 03 Januari 2011

Muhammad Askar

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI MANUSKRIP

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muhammad Askar
NPM : 0906502582
Jenjang : Megister (S2)
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah sakit
Kelas : E-Learning
Kekhususan :
Tahun Akademik : 2009-2010
Judul Manuskrip : Analisis Penyebab Keterlambatan Dimulainya Operasi Elektif di Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam

Menyatakan bahwa saya telah mendiskusikan dengan pembimbing dan

1. Mengijinkan manuskrip saya untuk dipublikasikan dengan syarat

- Tanpa mengikutsertakan nama pembimbing
- Dengan mengikutsertakan nama pembimbing

Alamat koresponden (corenponding author) untuk perbaikan manuskrip adalah: (Nama,Alamat,No.Telp/fax,Email Adrees)
Muhammad Askar,Perumnas Griya Permata Batu Aji Blok A No.268 Batam,
Telp: 081372041041 Email askar.corp@yahoo.com

2. Tidak menijinkan manuskrip saya untuk dipublikasikan

Catatan lain:

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar benarnya

Mengetahui

Pembimbing Utama/Promotor

(Prof.Purnawan Junadi dr.MPH.PhD)



Depok 03 Januari 2010

(Muhammad Askar)

ABSTRAK

N a m a : Muhammad Askar
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Analisis Penyebab Keterlambatan Dimulainya Operasi Elektif Di Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam

Pelayanan kamar Operasi merupakan salah satu bentuk pelayanan yang sangat mempengaruhi tampilan dan merupakan salah satu indikator pelayanan Rumah Sakit. Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam terdiri dari empat (4) buah kamar operasi yang melayani operasi cito, dan operasi bedah elektif. Komplain dari pasien dan dari survey awal pada saat residensi di bulan September 2010 dari data buku register instalasi kamar bedah didapatkan 95,79% (205 operasi terlambat dimulai dari 214 operasi elektif yang telah dijadwalkan sebelumnya). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa penyebab keterlambatan dimulainya operasi elektif di instalasi kamar bedah Rumah Sakit Otorita Batam, sehingga diharapkan menjadi masukan yang berarti bagi pihak manajemen Rumah sakit untuk mengelola Instalasi kamar bedah kedepannya. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan tidak bersifat intervensi. Hasil penelitian membuktikan bahwa 68% penyebab keterlambatan dimulainya operasi disebabkan oleh terlambatnya kedatangan operator.

Kata Kunci :
Instalasi Kamar Bedah, Operasi Elektif, terlambat

ABSTRACT

N a m e : Muhammad Askar
Study Program : A Study of Hospital Management Administration
Title : Analysis Causes Delay of Elective Surgery in Operation Room Installation Batam Authority Hospital

Operating room service is one type of services that greatly affect the appearance and is one indicator Hospital appearance. Surgery Instalation Room Batam Authority Hospital consists of four (4) operating rooms that serve Cito surgery, and elective surgery. Complaints from patients and from the initial survey at the time of residency in September 2010 from the data register book installation of the operating room founded 95.79% (205 operations performed late in starting the operation of 214 elective operations previously scheduled). This study aims to analyze the causes of delay in the commencement of elective surgery in the operating room installation Batam Authority Hospital, which is expected to be input which means the part of hospital management to manage the Installation of the operating room in the future. The study was a descriptive research approach is qualitative and no intervention. The research proves that 68% of the causes of delay in the commencement of operations caused by the delay in the arrival of the operator.

Keywords:
Rooms Installation Surgery, elective surgery, delayed

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS.....	ii
LEMBARAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang Masalah	1
1.2.Rumusan Masalah.....	4
1.3.Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4.Tujuan Penelitian.....	4
1.5.Manfaat Penelitian.....	5
1.6.Ruang Lingkup Penelitian.....	6

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep Dasar Kamar Bedah.....	7
2.2.Bagian-Bagian Kamar Bedah.....	12
2.3.Manajemen Organisasi Kamar Operasi di Indonesia.....	18
2.3.1. Ketentuan umum yang harus dipenuhi untuk Kamar operasi.....	18
2.3.2. Prosedur Pelayanan di Kamar Operasi.....	19
2.3.3. Personil (tenaga) yang terlibat di Kamar Bedah.....	23
2.4.Pembebersihan Kamar Bedah.....	33
2.5.Etika Kerja di Kamar Bedah.....	35
2.6.Penanganan Limbah.....	40

BAB 3 GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT OTORITA BATAM

3.1.Sejarah Singkat Rumah Sakit Otorita Batam (RSOB).....	41
3.2.Visi dan Misi Rumah Sakit Otorita Batam.....	43
3.3.Fungsi Dan Tugas Pokok Rumah Sakit Otorita Batam.....	43
3.4.Struktur Organisasi Rumah Sakit Otorita Batam.....	44
3.5.Lokasi dan data fisik.....	46
3.6.Fasilitas pelayanan Rumah Sakit Otorita Batam.....	47
3.7.Kinerja Dan Pelayanan Rumah Sakit Otorita Batam.....	50
3.8.Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Otorita Batam.....	50
3.9.Analisa Situasi Instalasi Kamar Bedah RSOB.....	53
3.10. Protap Instalasi Kamar Bedah.....	66

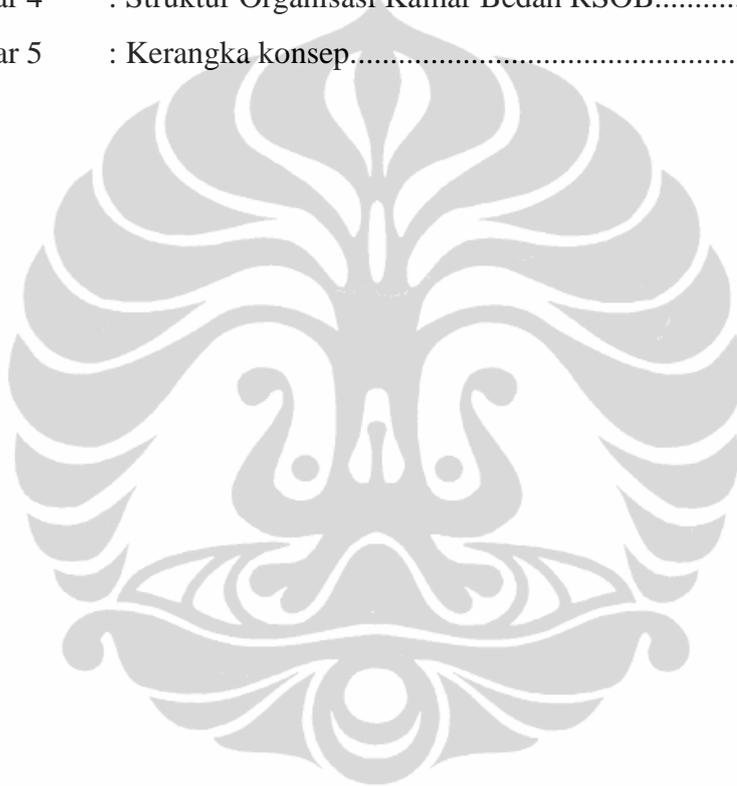
BAB 4 KERANGKA PIKIR.....	67
4.1.Kerangka Pikir.....	67
4.2.Hipotesis.....	68
4.3.Definisi Operasional.....	68
BAB 5 METODOLOGI PENELITIAN.....	70
5.1.Metodologi Penelitian.....	70
5.2.Lokasi Penelitian.....	70
5.3.Populasi dan Sampel.....	70
5.4.Sumber data dan Informasi.....	70
5.5.Pengumpulan data.....	70
5.6.Pengolahan Data.....	73
BAB 6 HASIL PENELITIAN.....	74
6.1.Pelaksanaan Penelitian.....	74
6.2.Analisa dan penyajian data.....	74
BAB 7 PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN.....	81
BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN.....	90
DAFTAR KEPUSTAKAAN	

DAFTAR TABEL

1. Tabel 3.1 Jumlah Tempat tidur.....	47
2. Tabel 3.2 Kinerja Pelayanan Rumah Sakit Otorita Batam.....	50
3. Tabel 3.3 Sumber Daya Manusia RSOB.....	51
4. Tabel 3.4.Komposisi Tenaga Medis RSOB.....	52
5. Tabel 3.5.Sumber Daya Manusia Instalasi Kamar Bedah.....	54
6. Tabel 3.6 Kenerja Instalasi Kamar Bedah.....	55
7. Tabel 6.1 Distribusi status Operasi Elektif.....	75
8. Tabel 6.2 Distribusi Jumlah Operasi Perhari.....	75
9. Tabel 6.3 Operasi Elektif Tgl 13 November 2010.....	77
10. Tabel.6.4.Operasi Elektif Tgl 15 November 2010.....	77
11. Tabel.6.5.Operasi Elektif Tgl 16 November 2010.....	78
12. Tabel.6.6.Operasi Elektif Tgl 18 November 2010.....	78
13. Tabel.6.7.Operasi Elektif Tgl 20 November 2010.....	79
14. Tabel.6.8.Operasi Elektif Tgl 22 November 2010.....	80
15. Tabel.6.9.Operasi Elektif Tgl 23 November 2010.....	80
16. Tabel.6.10.Operasi Elektif Tgl 24 November 2010.....	81
17. Tabel.6.11.Operasi Elektif Tgl 25 November 2010.....	81
18. Tabel.6.12.Operasi Elektif Tgl 27 November 2010.....	82
19. Tabel.6.13.Operasi Elektif Tgl 29 November 2010.....	82
20. Tabel.6.14.Operasi Elektif Tgl 30 November 2010.....	83
21. Tabel 6.15. Penyebab keterlambatan dimulainya Operasi Elektif.....	83
22. Tabel 6.16.Distribusi operasi berdasarkan jenis operasi.....	84
23. Tabel 6.17.Distribusi operasi berdasarkan tempat operasi.....	84
24. Tabel 6.18.Lama Waktu Terlambat dimulainya operasi elektif.....	84

DAFTAR GAMBAR

1. Gambar 1	: Sejarah Rumah Sakit Otorita Batam.....	42
2. Gambar 2	: Struktur organisasi Rumah Sakit Otorita Batam.....	45
3. Gambar 3	: Alur Penjadwalan Operasi Elektif.....	55
4. Gambar 4	: Struktur Organisasi Kamar Bedah RSOB.....	58
5. Gambar 5	: Kerangka konsep.....	67



DFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 5.1. Formulir Isian Penelitian
2. Lembaran Wawancara
3. Denah Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam



BAB 1

PENDAHULUAN

1.7. Latar Belakang Masaalah

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. (21)

Dalam era globalisasi sekarang ini, rumah sakit dituntut untuk meningkatkan kinerja dan daya saing sebagai badan usaha dengan tidak mengurangi misi sosial yang dibawanya. Rumah sakit harus merumuskan kebijakan-kebijakan strategis antara lain efisiensi dari dalam (organisasi, manajemen, serta SDM) serta harus mampu secara cepat dan tepat mengambil keputusan untuk peningkatan pelayanan kepada masyarakat agar dapat menjadi organisasi yang responsif, inovatif, efektif, efisien dan menguntungkan

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. (9). Peran strategis ini didapat karena Rumah Sakit adalah fasilitas kesehatan yang padat teknologi dan padat pakar. Peran tersebut pada dewasa ini makin menonjol mengingat

timbulnya perubahan epidemiologi penyakit, perubahan struktur demografis, perkembangan Ilmu dan teknologi, dan perubahan struktur sosio ekonomi masyarakat. Pelayanan yang lebih bermutu, ramah dan sanggup memenuhi kebutuhan mereka yang menuntut perubahan pola pelayanan kesehatan di Indonesia (1).

Persaingan antar Rumah Sakit baik Rumah Sakit Pemerintah, Swasta dan asing akan semakin keras untuk merebut pasar yang semakin terbuka dan bebas. Selain itu Masyarakat menuntut Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan dengan konsep *one step quality services*. Artinya seluruh kebutuhan pelayanan kesehatan dan pelayanan yang terkait dengan kebutuhan pasien harus dapat dilayani oleh Rumah Sakit secara mudah, cepat, akurat, bermutu dengan biaya terjangkau. Disamping itu arus demokratisasi dan peningkatan supremasi hukum dengan diberlakukannya Undang Undang perlindungan konsumen menuntut pengelola Rumah Sakit lebih bertanggung jawab, bermutu dan memperhatikan kepentingan pasien dengan seksama dan hati hati (8).

Dengan semakin banyaknya Rumah Sakit yang ada akan mendorong Rumah Sakit untuk dapat bersaing dengan Rumah Sakit lain dalam memberikan pelayanan yang sebaik- baiknya demi kepuasan konsumen. Sehingga mendorong kepercayaan konsumen atau pasien untuk mendapatkan jasa perawatan atau pengobatan di rumah sakit tsb, kalau tidak maka pelan tapi pasti Rumah Sakit tersebut akan ditinggalkan oleh konsumennya (pelanggan) dan mereka akan memilih Rumah Sakit yang lain bahkan kalau perlu keluar Negeri seperti ke Singapore atau Malaysia untuk mendapatkan pelayanan yang mereka inginkan. Salah satu tantangan terbesar dalam pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit dewasa ini adalah terpenuhinya harapan masyarakat akan mutu dan kapasitas pelayanan rumah sakit. Disadari bahwa mutu pelayanan yang kurang baik akan menyebabkan pemborosan waktu dan sumber daya, meningkatkan kesalahan-kesalahan dalam pelaksanaan pelayanan dan meningkatkan resiko untuk terjadinya kesulitan lainnya yang pada akhirnya mempengaruhi tampilan dan citra Rumah Sakit.

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan (Azwar, 1996). Dua unsur penting dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan adalah tingkat kepuasan pasien sebagai pengguna jasa dan pemenuhan standar pelayanan yang telah ditetapkan.

Pasien akan merasa puas apabila ada persamaan antara harapan dan kenyataan pelayanan kesehatan yang diperoleh. Kepuasan pengguna pelayanan kesehatan mempunyai kaitan yang erat dengan hasil pelayanan kesehatan, baik secara medis maupun non medis seperti kepatuhan terhadap pengobatan, pemahaman terhadap informasi medis dan kelangsungan perawatan (10).

Rumah Sakit Otorita Batam merupakan Rumah Sakit Tipe B Non Pendidikan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 437/MENKES/SK/V/2002 tertanggal 2 Mei 2002 yang merupakan Rumah Sakit rujukan untuk wilayah Propinsi Kepulauan Riau umumnya dan kota Batam khususnya terutama pasien yang memerlukan tindakan Operasi Seperti Operasi bedah tulang (Ortopedi), Operasi Bedah Saraf, Bedah Urologi dan Bedah Umum, serta Kebidanan dan kandungan (6).

Pelayanan kamar Operasi merupakan salah satu bentuk pelayanan yang sangat mempengaruhi tampilan dan merupakan salah satu indikator pelayanan Rumah Sakit. Instalasi Kamar Bedah RSOB terdiri dari empat (4) buah kamar operasi yang melayani operasi cito, dan operasi bedah elektif. Untuk kasus kasus operasi elektif Kamar bedah RSOB beroperasi selama lima (5) hari dalam seminggu yaitu selain dari hari Jum'at dan hari Minggu karena pada hari jum'at dilakukan pembersihan mingguan kamar operasi dan hari Minggu yang merupakan hari libur, sedangkan untuk pelayanan operasi cito dilakukan tujuh (7) hari dalam seminggu (12).

Dari buku register di Instalasi Kamar Bedah RSOB selama bulan September tahun 2010 telah dilakukan 188 operasi elektif, dari 188 operasi elektif tersebut 180 (95,74%) operasi yang terlambat dimulai dari waktu yang telah dijadwalkan sebelumnya

1.8. Rumusan Masalah

Komplain dari pasien dan keluarga pasien karena setelah menunggu lebih dari 4 jam anaknya belum juga dilakukan operasi maka salah seorang orang tua pasien X mendatangi bagian humas dan promosi dan marah marah kepada petugas. Petugas kemudian mendata dan mencatat keluhan keluhan tsb dan membuat laporan tertulis untuk disampaikan kepada pihak pelayanan medis sesuai dengan standar operasional prosedur kerja bagian humas dan promosi (17)

Dari survey awal pada saat residensi di bulan September 2010 dari data buku register instalasi kamar didapatkan 95,74% (180 operasi terlambat dimulai dilakukan operasi dari 188 operasi elektif yang telah dijadwalkan sebelumnya), ini berdampak tidak saja kepada pasien tapi juga kepada rumah sakit sendiri. Pasien jadi kurang nyaman dan jadi gelisah sementara puasa yang seharusnya 6 jam menjadi lebih lama waktunya, sedangkan untuk Kamar operasi dan rumah sakit ini merupakan suatu pemborosan sumber daya manusia dan financial yang tak efektif dan efisien

Kamar Operasi Merupakan salah satu unit yang dapat mempengaruhi penampilan rumah sakit Yang apabila dikelola dengan baik akan menjadi salah satu sumber pendapatan terbesar bagi Rumah Sakit Otorita Batam

1.3. Pertanyaan Penelitian

Faktor faktor apa sajakah yang menjadi penyebab keterlambatan dimulainya operasi Elektif di Kamar Bedah RSOB

1.4.Tujuan Penelitian

1.4.1.Tujuan umum

Untuk mengetahui apa saja penyebab keterlambatan dimulainya Operasi Elektif di Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam dan kendala kendala yang dihadapi.

1.4.2.Tujuan Khusus

Untuk Mengetahui penyebab keterlambatan dimulainya operasi elektif di Kamar Bedah Rumah Sakit Otoritita batam

1.5.Manfaat Penelitian

1.5.1.Manfaat bagi Rumah sakit

Sebagai masukan bagi pihak manajemen RSOB umumnya dan kepala Instalasi kamar Bedah RSOB khususnya sehingga kedepannya pemakaian kamar operasi akan lebih efektif dan efisien

1.5.2.Manfaat bagi Peneliti

1. Peneliti mempunyai pengalaman dalam penelitian dan mengerti cara memecahkan masalah dengan mencari akar masalahnya terutama dalam permasalahan di Instalasi Kamar Bedah.
2. Dapat menerapkan ilmu yang diperoleh selama menjalani pendidikan di Program Kajian Adminitrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

1.5.3.Manfaat bagi Perguruan Tinggi

Mendapat bahan masukan sebagai bahan evaluasi dalam proses perkuliahan untuk meningkatkan kualitas Perguruan Tinggi Kedepannya dan terbinanya hubungan kerjasama yang baik dan saling menguntungkan baik bagi Rumah sakit tempat penelitian maupun bagi Perguruan tinggi

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kamar Bedah RSOB yang meliputi Penyebab keterlambatan Dimulainya Operasi Elektif dari jadwal yang telah ditentukan di Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam. Data yang digunakan berupa data Primer dari hasil pengamatan peneliti, wawancara dengan petugas terkait dan data sekunder dari buku Register Kamar Bedah



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kamar Bedah

Kamar operasi atau kamar bedah atau yang lebih dikenal dengan OK singkatan dari bahasa belanda *Operation Kamer* adalah suatu ruangan atau unit dalam suatu rumah sakit yang khusus untuk melakukan tindakan pembedahan baik segera (emergensi) maupun yang berencana (elektif) yang membutuhkan keadaan suci hama atau steril (6). Oleh karena itu kamar bedah harus dirancang khusus untuk keperluan tersebut, antara lain letak nya, bentuknya dan luasnya sesuai dengan kebutuhan masing-masing rumah sakit, disamping itu perlu dipikirkan kenyamanan kerja bagi para petugas atau orang-orang yang bekerja didalamnya.

Rancang bangun dan peralatan kamar operasi harus memenuhi syarat agar dapat mendukung terselenggaranya pelayanan pembedahan yang efektif dan didukung program pemeliharaan peralatan kedokteran dan program pengamanan(7).

Setiap rumah sakit merancang kamar bedahnya sesuai dengan bentuk lahan yang tersedia. Sehingga dikatakan bahwa rancang bangun kamar bedah setiap rumah sakit berbeda, tergantung dari besar dan tipe rumah sakit tersebut.makin besar suatu rumah sakit tentunya, membutuhkan jumlah dan luas kamar bedah yang lebih besar.

Jumlah kamar bedah tergantung dari beberapa hal yaitu :

1. Jumlah dan lama waktu operasi yang dilakukan.
2. Jumlah dokter bedah dan macam spesialisasi sarta sub spesialisasi bersama fasilitas penunjang (alat-alat)
3. Pertimbangan antara operasi berencana dan operasi segera
4. Jumlah kebutuhan waktu pemakaian kamar bedah baik jam perhari maupun dan hari perminggunya.
5. System dan prosedur yang ditetapkan untuk arus pasien, petugas dan penyediaan peralatan.

Selain itu adapula cara untuk menentukan jumlah kebutuhan kamar bedah dengan membandingkan jumlah operasi dengan jumlah tempat tidur dari rumah sakit tersebut khususnya jumlah tempat tidur dari bagian bedah. Di Mexico mereka mengambil perbandingan satu kamar bedah untuk tiap 50 tempat tidur rumah sakit, di Inggris, 1 kamar bedah untuk 30-40 tempat tidur ruang bedah, sedangkan di Norwegia 25 tempat tidur bedah (9). Juga ada patokan lain untuk menentukan jumlah kebutuhan kamar bedah yaitu 25% dari total jumlah tempat tidur. (3)

2.1.1. Lokasi Kamar Bedah

Dalam merencanakan pembangunan suatu kamar bedah harus dipikirkan letaknya terhadap bagian-bagian lain dari rumah sakit. Syarat kamar operasi yang ideal; letak strategis -maksudnya mudah dijangkau dari semua bangsal rawat inap terutama yg berhubungan dgn bedah/kandungan dan ruang intensif-, jauh dari tempat pembuangan, arealnya terang, mampu bangunannya bertahan min 10 tahun, ruangan min 30 m² lebih baik jika 40-50 m², dinding dan lantai kedap air, memiliki sistem gas sentral dan buangan gas anasthesi, penerangan ruangan optimal dan kelembaban udara yang cukup. (2)

Di kota-kota besar, dalam membangun rumah sakit sering menghadapi kendala luas lahan sehingga seringkali di bangun dalam bentuk bertingkat dengan lantai yang banyak. Untuk itu letak kamar operasi tidak perlu dilantai paling atas hanya dengan alasan untuk mengontrol mikrobiologi karena untuk menghindari hal tersebut dapat dipakai sistim penyaringan udara. Kamar bedah cukup diletakkan pada lantai kedua. malah ada beberapa rumah sakit yang menempatkan kamar bedahnya dilantai bawah tanah dengan sistim dinding tebal tanpa jendela. Yang penting dalam merancang kamar bedah harus berdasar prinsip bahwa membuat suatu ruangan yang khusus yang terpisah atau bebas kontaminasi dari luar.

2.1.2. Bentuk.

Kamar bedah sudut-sudutnya tidak boleh tajam. Lantai dinding dan langit-langitnya harus melengkung. Lapisan dari dinding dan langit-langitnya harus dari bahan yang keras, tidak berpori dan tahan terhadap api, kedap air, tidak mudah kotor, tidak mempunyai sambungan, berwarna terang, tidak memantulkan cahaya dan mudah dibersihkan dan tidak menampung debu. Dinding kamar bedah terbaik terdiri dari bahan porselen atau vynil setinggi langit-langit atau dicat dengan cat tembok yang mengandung water shield. Idealnya lantai kamar bedah harus dari bahan yang kuat, tidak mudah menghantar listrik, kedap air dan mudah dibersihkan dan juga berwarna terang.

Tipe dari bentuk kamar bedah ada 4 macam :

1. Tipe central corridor
2. Tipe doble central corridor
3. Tipe peripheral corridor
4. Tipe grouping /cluster

2.1.3. Ukuran.

Ukuran kamar bedah bermacam-macam tergantung dari besar dan kecilnya rumah sakit. Tetapi dianjurkan minimal 29,1-37,16 m persegi (5,6 m x 5,6 m) maksimal 56-60 m persegi (7,2m x 7,8m) besar kecil kamar bedah tergantung dari kegunaannya. Bila dipakai untuk pembedahan jantung bentuknya harus lebih besar dari kamar lainnya karena pada pembedahan tersebut memakai peralatan yang besar. Tinggi langit-langit (plafon) dianjurkan 3,5m, minimal 2,5m dan maksimal 3,65m. Ini terutama berhubungan dengan penempatan peralatan anestesi dan kemudahan untuk pembersihan(19)

2.1.4. Pintu

Pintu masuk dan keluar pasien harus berbeda. Pintu masuk dan keluar petugas tersendiri. Setiap pintu kamar bedah harus ada kaca tembus

pandang sehingga orang dari luar dapat melihat keadaan di dalam kamar bedah tanpa harus masuk. Pintu kamar bedah dianjurkan tipe sliding door. Ini maksudnya menghindari terdorongnya udara luar kamar bedah kedalam kamar bedah pada saat terbuka dan tertutup pintu bila tipe swiging door. Tetapi bila tidak memungkinkan maka pintu tersebut harus dilengkapi dengan alat penutup pintu otomatis. Bila dilengkapi dengan alat ini maka pintu kamar bedah selalu dalam keadaan tertutup, kemudian bila pintu menutup tidak menimbulkan suara keras yang dapat mengganggu operator yang sedang bekerja. Lebar pintu maksimal 1,20 m dan tinggi dan tinggi minimal 2,10 m.

2.1.5. Sistem Ventilasi

Sistem ventilasinya sebaiknya memakai sistem pengaturan suhu sentral (AC sentral) dan dapat diatur dengan alat control yang memakai filter. Udara oleh suatu alat dipompakan masuk melalui filter kemudian udara dalam kamar bedah diisap keluar. Alat ini dinamakan Ultraclean laminari airflow. Sistem ini menjamin udara luar yang masuk bebas dari mikroorganisme kemudian tidak terjadi penimbunan gas-gas buang anestesi didalam kamar bedah. Didaerah tropis suhu udara antara 19-22 derajat C, sedangkan didaerah dingin 20-24 derajat C, kelembaban udara 55%(50-60%) (10)

Tekanan udara positif dibutuhkan untuk menjamin kelembaban dan mencegah masuknya kuman yang berterbangan melalui udara masuk ke dalam kamar operasi. Maka ini juga sebagai alasan kenapa pintu harus setiap saat ditutup. Idealnya tekanan udara di ruang operasi lebih tinggi 0,013 cm tekanan air (water pressure) dari sekitarnya -koridor, scrub area dan ruang substeril-. Sedangkan kelembabannya dijaga antara 30% sampai 60% atau lebih baik lagi tidak kurang dari 50-55%. Kalau disediakan alat ukur tekanan udara di ruang operasi tentu lebih baik. Cukup menggunakan manometer pipa U yang bisa juga ditempel di dinding (4)

2.1.6. Sistem penerangan.

1. Lampu penerangan

Untuk penerangan di dalam kamar bedah memakai lampu pijar putih dan mudah di bersihkan

2. Lampu operasi

Lampu operasi biasanya lampu khusus yang merupakan satu sistem yang terdiri beberapa lampu. Lampu operasi mempunyai kekhususan dalam hal: arah dan fokusnya dapat diatur, tidak menimbulkan panas, cahayanya terang dan tidak menyilaukan. Pencahayaan antara 300-500 lux, pada meja operasi 10.000-20.000 lux.

2.1.7. Sistem Gas Medis

Pemasangan gas medis sebaiknya secara sentral memakai sistem pipa, jadi tidak ada tabung gas medis berada di dalam kamar bedah. Diusahakan agar sistem perpipaan tersebut melalui bawah lantai atau langit-langit. Ini tujuannya untuk mencegah bahaya penimbunan gas yang berlebihan didalam kamar bedah bila terjadi kebocoran dari tabung gas tersebut. Pipa gas medis dipasang di dinding atau di langit-langit kemudian dapat disambung dengan pipa sesuai dengan keperluan. Pipa gas tersebut harus dibedakan dengan warna yang lain disertai petunjuk untuk membedakan gas nitrogen oksida dan oksigen.

2.1.8. Sistem Listrik.

Didalam kamar bedah sebaiknya tersedia 2 macam voltase, yaitu 110 dan 220 volt karena sering alat-alat dikamar bedah mempunyai voltasi yang berbeda. Tombol tempat penyambung aliran listrik (stop kontak) harus aman dari kemungkinan tersentuh oleh petugas. Semua tombol listrik dipasang pada ketinggian 1,40 m dari lantai. Bila dalam kamar bedah mempunyai beberapa tombol tempat penyambung aliran listrik maka sebaiknya masing-masing tombol berbeda sirkuitnya. ini untuk mencegah bila pembedahan saat dalam kritis kemudian gangguan listrik maka sambungan listrik dapat dipindahkan ketombol yang lain.

2.1.9. Sistem Komunikasi

Sistem komunikasi dikamar bedah sangat vital. Ini terutama bila pada saat emergency dimana komunikasi dapat dilakukan antar kamar bedah atau antara ruang lain didalam ruangan bedah. Selain itu komunikasi harus ada dengan laboratorium baik laboratorium patologi klinik atau patologi anatomi.

2.1.10. Peralatan

Semua peralatan yang berada didalam kamar bedah harus mobile yaitu mempunyai roda. Ini mudahkan mobilitas alat-alat tersebut di dalam kamar bedah. Kemudian alat-alat tersebut terbuat dari stainless steel sehingga mudah di bersihkan

Standard peralatan yang harus ada di dalam kamar bedah :

1. Meja operasi
2. Pesawat anestesi
3. Lampu operasi yang tergantung tetap diatas meja operasi
4. Monitor EKG
5. Alat diatermi
6. Suction pump(alat penghisap lender dan darah)
7. Standard infus
8. Baskom tempat instrument kotor dan pakai standard
9. Tempat alat tenun kotor beroda
10. Tempat kain kasa kotor beroda
11. Piala ginjal
12. Meja tulis
13. 2 buah kursi bundar beroda
14. Alat komunikasi intercom
15. Jam dinding
16. Lampu penerang ruangan

2.2. Bagian-Bagian Kamar Bedah

Kamar operasi terdiri dari beberapa ruangan baik itu di dalam kamar operasi maupun di lingkungan kamar operasi, antara lain:

1. Kamar bedah
2. Kamar untuk mencuci tangan
3. Kamar untuk gudang alat-alat instrument
4. Kamar untuk sterilisasi
5. Kamar untuk ganti pakaian
6. Kamar laboratorium
7. Kamar arsip
8. Kamar Pulih Sadar (Recovery Room)
9. Kamar gips
10. Kamar istirahat
11. Kamar mandi (WC) dan Spoelhok (Tempat cuci alat)
12. Kantor
13. Gudang
14. Kamar tunggu
15. Ruang sterilisasi

2.2.1. Pembagian ruangan bedah

2.2.1.1. Berdasarkan Sterilitasnya

Secara umum kamar bedah berdasarkan sterilitasnya dibagi menjadi 3 daerah (3):

1. Daerah bebas / daerah publik (unrestricted area)

Merupakan daerah yang boleh dimasuki semua orang tanpa persyaratan khusus. Pada daerah ini bila petugas dan pasien masuk tidak perlu mengganti pakaian. Ini merupakan juga daerah peralihan dari luar kedalam kamar bedah.

Yang termasuk daerah ini adalah :

1. Ruang tunggu pasien
2. Ruang tata usaha
3. Ruang kepala kamar bedah

4. Ruang rapat
5. Ruang ganti baju
6. Ruang istirahat
7. Gudang
8. Kamar mandi dan wc

2. Daerah Semi Terbatas / Semi Publik (Semirestricted Area)

Ini merupakan daerah penghubung antara daerah bebas dengan kamar bedah. Setiap orang masuk daerah ini wajib ganti baju khusus dikamar bedah, topi, dan masker, demikian pula dengan pasien. Pada daerah ini biasanya diberi tulisan “DILARANG MASUK SELAIN PETUGAS”

Yang termasuk daerah ini adalah :

1. Ruang persiapan premedikasi
2. Ruang koridor
3. Ruang pulih (recovery room)
4. Ruang penyimpanan alat steril
5. Ruang penyimpanan alat tidak steril
6. Ruang pencucian alat bekas pakai
7. Ruang sterilisasi
8. Ruang depo farmasi
9. Ruang pembuangan limbah operasi

3. Daerah Terbatas / Aseptik (Restricted Area)

Daerah aseptik dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Daerah Aseptik 0

Yaitu lapangan operasi, daerah tempat dilakukannya pembedahan.

2. Daerah aseptik 1

Yaitu daerah memakai gaun operasi, tempat duk / kain steril, tempat instrument dan tempat perawat instrument mengatur dan mempersiapkan alat.

3. Daerah aseptik 2

Yaitu tempat mencuci tangan, koridor penderita masuk, daerah sekitar ahli anesthesia.

Maksud dari pembagian daerah pada kamar bedah seperti tersebut diatas ialah untuk meminimalisasi kemungkinan kontaminasi udara luar dengan kamar bedah yang steril dengan yang lain, memperkecil kemungkinan kontaminasi luka operasi dari kuman yang terbawa oleh udara luar.

Berdasarkan sterilitasnya ini ada juga yang membagi kamar bedah berdasarkan zone yaitu zone 1 sampai dengan zone 5.

1. Zone 4 (general zone)

Yang termasuk zone ini adalah ruang tunggu, ruang tamu, kantor, ruang dokter, ruang administrasi, ruang laboratorium patologi, ruang penyimpanan peralatan non steril, ruang ganti pakaian, ruang istirahat dari staf kamar bedah, ruang penyimpanan peralatan anastesi, ruang tempat penyimpanan makanan, toilet dan sebagainya.

2. Zone 3(clean zone)

Yang dimaksud zone ini adalah ruangan penerimaan pasien dibagian bedah, ruang anesthesi, ruang endokopi, ruang tempat penyimpanan darah dan obat-obatan.

3. Zone 2 (superclean zone)

Zone ini adalah kamar bedah, ruang cuci tangan dan tempat memakai jas ruang tempat, ruang penyimpanan peralatan bedah, tempat penyimpanan linen steril dan ruang post anesthesi.

4. Zone 1(ultra clean zone)

Daerah sekitar 1 meter dari luka operasi

5. Zone 0 (aseptic zone)

Ini merupakan daerah yang akan dilakukan insisi

2.2.1.2. Berdasarkan fungsinya

1. Daerah bebas

Daerah ini merupakan daerah dimana orang berada di ruang ini tidak perlu ganti pakaian atau berpakaian khusus

- a. Ruang tunggu
- b. Dapur

2. Daerah peralihan

Pasien atau petugas yang akan masuk dari daerah bebas ke dalam daerah semiketat, harus melewati daerah peralihan.

Untuk itu maka perlu diatur alur pasien, petugas dan peralatan.

a. Alur pasien

1. Pintu masuk pasien pra dan pasca bedah berbeda
2. Pintu masuk pasien dan petugas berbeda

b. Alur petugas

Pintu masuk dan keluar petugas melalui satu pintu

c. Alur peralatan

Pintu masuk dan keluar dari peralatan bersih dan kotor berbeda

3. Ruang tempat masuknya pasien ke ruang bedah (preoperative check unit).

4. Ruang induksi (preoperative holding area)

Di tempat ini pasien dipasang kateter intravena (infus), selanjutnya diberikan premedikasi sebelum dilakukan pembedahan. Bila daerah operasi belum dibebaskan dari rambut maka di tempat ini dapat dilakukan pencukuran atau kateter uretra bila perlu. Selain itu di tempat ini sering pasien ditempatkan untuk menunggu waktu operasi,

5. Ruang Ganti Pakaian

6. Ruang Istirahat

7. Daerah Penunjang

Setiap daerah bedah perlu dialokasikan ruang yang memadai untuk pelayanan penunjang. Sebab itu merupakan bagian yang juga penting

dalam keseluruhan system pelayanan diruang bedah. Yang di maksud dengan ruang-ruang penunjang adalah :

- a. Ruang administrasi/ tata usaha
- b. Kantor.

8. Ruang Rapat.

9. Ruang Laboratorium.

10. Ruang Radiologi.

11. Ruang Pulih (Recovery Room).

Ruang ini digunakan untuk menempatkan pasien-pasien pasca bedah. disini pasien dipantau, bila keadaan sudah stabil pasien akan dikembalikan ke ruangan perawatan. Sedangkan pada pasien pasca bedah dengan resiko tinggi dari sini dipindahkan ke ruangan perawatan intensif.

12. Ruang Penyimpanan Alat Anastesi

13. Ruang Penyimpanan Alat-Alat Bedah.

- a. Ruang penyimpanan steril.

Arus lalu lintas manusia disini harus di batasi untuk memperkecil kemungkinan kontaminasi dari alat-alat yang sudah steril. Bila memungkinkan ruang ini harus jauh dari lalu lintas petugas. Cara penyimpanan alat-alat tersebut sebaiknya di dalam kotak-kotak atau boks steril. Kemudian alat-alat sudah di set sesuai dengan jenis pembedahan. Pada ruang ini dianjurkan agar kelembapan udara berkisar antara 35-50%. Temperaturnya antara 18-22 derajat C

- b. Ruang penyimpanan tidak steril.

14. Ruang Pencucian Peralatan Atau Instruments.

15. Ruang sterilisasi.

Alat-alat yang habis dipakai waktu pembedahan, dicuci kemudian di sterilkan diruang ini sebelum disimpan kembali. Alat untuk mensterilkan alat-alat tersebut adalah autoclaf dengan berbagai ukuran.

Selain autoclaf juga harus ada kereta dorong instrument untuk membawa alat-alat steril keruang bedah.

16. Ruang farmasi.
17. Koridor
18. Gudang.

2.3. Manajemen Organisasi Kamar Operasi di Indonesia

Kamar operasi atau ruang bedah atau yang lebih dikenal dengan OK singkatan daribahasa belanda *Operation Kamer (OK)* sebagai sebuah unitkerja yang terorganisir sangat kompleks dan terintegrasi merupakan fasilitas untuk melaksanakan kegiatan operasi disuatu Rumah Sakit.

Sebuah kamar operasi bisa jadi merupakan ruangan paling istimewa di rumah sakit. Pengelolaannya bisa dibilang paling khusus dibanding ruangan lain pada umumnya. Di tempat itu segala tindakan invasif bisa dilakukan terhadap tubuh manusia. Untuk menjamin tindakan operasi berjalan dengan lancar dan meminimalisir faktor-faktor pengganggu, maka perlu dilakukan pengendalian kamar operasi yang baik. Untuk meningkatkan kualitas pengelolaan kamar operasi, kerja sama yang baik sangat diperlukan antar para personelnnya, baik dokter, perawat, anestesi maupun personel kamar operasi lainnya(6)

Tenaga pelaksana pelayanan di Kamar Operasi (OK) terdiri dari :

- a. Tenaga Medis.
- b. Paramedis Perawat.
- c. Paramedis non Perawat.

Kamar bedah digunakan bersama oleh dua bidang yaitu bidang bedah dan anaestesi yang merupakan bidang vital karena berkaitan dengan keselamatan jiwa pasien. Karena tindakan–tindakan yang dilakukan dikamar bedah selalu ada melekat unsur resiko yang tak bisa dihindarkan. Kelemahannya merupakan kegiatan yang sudah rutin dilakukan yang mengakibatkan kurang waspada dan kurang teliti.

2.3.1. Ketentuan umum yang harus dipenuhi untuk Kamar operasi (OK):

1. Dipimpin seorang dokter ahli/ dokter atau para medis senior.
2. Kepala OK bertanggung jawab kepada Kepala seksi atau Direktur Rumah Sakit
3. Petugas OK harus selalu siap selama 24 jam
4. Ruang OK harus selalu dijamin kebersihannya.
5. Alat – alat di OK harus selalu tersedia dan siap pakai
6. Obat-obatan yang dibutuhkan selama operasi dilaksanakan harus selalu tersedia di OK
7. Surat pernyataan izin (inform consent) untuk melakukan operasi harus sudah ditanda- tangani saat pasien masuk OK.
8. Dokter / Para medis / Pasien saat masuk ruang OK harus mengganti (memakai/ pakaian, alas kaki, khusus di OK.).
9. Selain petugas dan pasien yang bersangkutan tidak diperbolehkan masuk wilayah OK.
10. Sebelum di operasi status pasien harus sudah masuk dibagian administrasi OK untuk diregister.
11. Pembersihan OK diharuskan setiap selesai operasi.
12. Untuk pembersihan umum dilakukan sekali dalam seminggu.

2.3.2. Prosedur Pelayanan di Kamar Operasi (OK) :

Prosedur pelayanannya berdasarkan periode waktunya terdiri dari:

1. Prosedur Sebelum Operasi
2. Prosedur tentang Ruangan dan Alat-alat
3. Prosedur Selama Operasi.
4. Prosedur Sesudah Operasi.
5. Prosedur Pencatatan
6. Prosedur Penanganan pasien yang meninggal selama Operasi.

Setiap tahapan prosedur sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya masing- masing melaksanakan tahapan sebagai berikut :

1. Prosedur Sebelum Operasi

A. Petugas masuk ke kamar operasi (OK) harus :

- a) Mengganti baju dengan baju khusus dikamar ganti pakaian.
- b) Memakai alas kaki khusus dalam OK.
- c) Memakai tutup kepala dan rambut tertutup semua.
- d) Memakai masker.
- e) Membukukan data-data pasien di buku register.

B. Pasien

1. Diagnosa penyakit pasien yang benar dan tepat dilakukan oleh dokter yang merawatnya (yang ahli dalam bidangnya), kemudian dilaporkan kedokter OK untuk mempersiapkan dan mengatur jadwal operasi.
2. Keadaan umum (vital sign) pasien diusahakan dalam keadaan seoptimal mungkin .
3. Pasien/ keluarga telah menandatangani persetujuan operasi (inform consent).
4. Untuk pasien yang akan dioperasi dan supaya direncanakan operasi harus sudah dilaporkan ke kamar operasi (OK) 2 (dua) hari sebelumnya atau sesuai dengan peraturan yang berlaku untuk mengatur pasien OK.
5. Persiapan prosedur pasien di ruang perawatan pra operasi
6. Mencukur/ membersihkan daerah yang akan dioperasi.
7. Persiapan pasien 4-6 jam.
8. Lavamen dan lain-lain.
9. Pasien diberitahu untuk dibawa ke kamar operasi (OK).
10. Pakaian pasien diganti di kamar persiapan operasi dengan pakaian khusus kamar operasi (OK) dan kepala dibungkus.
11. Pasien diperiksa Vital sign : tensi, suhu, nadi dan ditulis dicatatan perawatan.
12. Pasien yang akan dioperasi dimasukkan setelah pencatatan selesai.

2. Prosedur tentang Ruang dan Alat-alat.

1. Ruang selalu dalam keadaan bersih dan siap pakai.
2. Alat yang akan dibutuhkan diatur atau disiapkan sedemikian rupa sesuai dengan kebutuhan, sudah dalam keadaan steril.

3. Prosedur selama operasi.

1. Semua petugas yang akan melakukan operasi mencuci tangan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
2. Memakai jas yang steril menurut cara yang berlaku.
3. Memakai sarung tangan sesuai dengan ukuran.
4. Asisten instrumen menyiapkan alat - alat yang dibutuhkan sesuai dengan kebutuhan operasi diatas meja instrumen yang sebelumnya dialas dengan 2 lapis kain steril.
5. Asisten operasi mengadakan desinfeksi didaerah operasi menurut ketentuan yang berlaku.
6. Asisten operasi menutup tubuh pasien dengan doek steril yang berlubang pada daerah yang akan dioperasi.
7. Petugas melakukan sesuai dengan yang dibutuhkan dan memonitor keadaan pasien kemudian melaporkan ke Operator bahwa operasi dapat dimulai.
8. Operator dan asisten operator melakukan operasi.
9. Petugas yang lain yang tidak ikut serta dalam operasi siap ditempat untuk keperluan mendadak.

4. Prosedur Sesudah Operasi.

1. Operator/asisten operator setelah selesai operasi membuka doek penutup pasien.
2. Asisten instrument operator mengumpulkan kembali doek yang dipakai dan menghitung apakah sudah cukup jumlahnya dan dimasukkan kembali ke loyang untuk di cuci.
3. Pasien dibersihkan oleh petugas OK dan dipasang pakaian.

4. Dipindahkan ke ruang pulih sadar, diawasi pelaksana anestesi dan petugas pulih sadar, sampai keadaan pasien membaik.
5. Petugas kamar operasi (OK) lainnya membersihkan meja operasi dan alat lain yang dipakai misal: Suction, Oksigen dll.
6. Setelah keadaan umum pasien baik, pasien dipindahkan keruang perawatan dengan brankar bedah, bersama status pasien.
7. Petugas kamar operasi (OK) mencatat kedalam buku register.

5. Prosedur Pencatatan

1. Data pasien dicatat dalam buku register kamar OK termasuk Nama pasien, Dokter yang merawat pasien.
2. Petugas anestesi mencatat tindakan dan medikasi yang dilakukan selama operasi .
3. Operator/asisten operator mencatat laporan operasi di lembar C beserta tindakan yang dilakukan operator maupun anestesi dan petugas memindahkan ke buku register OK.
4. Kalau ada pemeriksaan Pathologi Anatomi (PA) harus mengisi formulir untuk permintaan Pathologi Anatomi (PA).
5. Setiap awal bulan petugas administrasi OK membuat laporan kegiatan di lembar C.
6. Operator menandatangani formulir permintaan pemeriksaan Pathologi Anatomi (PA).
7. Petugas kamar operasi (OK) setiap hari membuat laporan kegiatan yang akan diserahkan kepala seksi medis/ perawatan.
8. Petugas kamar operasi (OK) membuat laporan inventaris.

6. Prosedur Penanganan pasien yang meninggal selama Operasi.

1. Dokter operator menjelaskan kepada keluarga sehingga dapat dimengerti dengan jelas.
2. Jenazah disemayamkan sementara 2 jam di ruangan khusus diwilayah OK.

3. Perawat OK memberitahukan ke petugas kamar jenazah bahwa ada pasien meninggal di kamar OK.
4. Jenazah dibawa ke kamar jenazah oleh petugas OK ditimbang -
terimakan dengan petugas kamar jenazah.

2.3.3. Personil (tenaga) yang terlibat di Kamar Bedah

2.3.3.1. Jenis tenaga

- A. Tim bedah terdiri dari:
 1. Ahli Bedah
 2. Asisten Ahli Bedah
 3. Perawat Istrumens (scrub nurse)
 4. Perawat sirkule (circulating nurse)
 5. Ahli Anastesi.
 6. perawat anatesi
- B. Sifat perawat kamar operasi
 - a. Perawat kepala kamar operasi
 - b. Perawat pelaksana
- C. Tenaga lain terdiri dari:
 - a. Pekerja kesehatan
 - b. Tata usaha
 - c. Penunjang medis

2.3.3.2. Uraian Tugas Dan Fungsi Personil Kamar Bedah Adalah Sebagai Berikut.

1. Kepala Instalasi Kamar Bedah(OK)

- a. Tugas pokok :
 - 1) Mengkoordinir, melaksanakan, mengawasi dan mengendalikan kegiatan pelayanan dan penunjang medik, pengembangan sumber daya manusia serta pengadaan sarana di instalasi kamar operasi (OK).

- 2) Terciptanya sistem instalasi kamar operasi (OK) yang mampu menciptakan citra dan mengembangkan Instalasi Rumah Sakit Otorita Batam ke arah yang lebih baik.
- 3) Bekerjasama dengan Semua bagian yang terkait dengan instalasi kamar bedah

b. Tugas Rutin:

- 1) Mengkoordinir pelaksanaan tugas-tugas di instalasi kamar bedah agar kegiatan pelayanan berjalan lancar.
- 2) Memimpin, mengarahkan, mengawasi, menilai dan membina pegawai dalam melaksanakan tugas di instalasi kamar bedah.
- 3) Memantau pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan perlengkapan di instalasi kamar operasi (OK).
- 4) Melakukan pengendalian dan evaluasi seluruh kegiatan di instalasi kamar operasi (OK).
- 5) Melakukan pembinaan dan memotivasi seluruh pegawai untuk meningkatkan kedisiplinan dan prestasi kerja di instalasi kamar operasi (OK).
- 6) Mengadakan program orientasi bagi calon pegawai untuk meningkatkan kedisiplinan dan prestasi kerja di instalasi kamar operasi (OK).
- 7) Mengkoordinir acara pertemuan di instalasi kamar bedah
- 8) Menyusun pengembangan staf di instalasi kamar bedah .
- 9) Melaporkan hasil pelaksanaan pekerjaan di instalasi OK.
- 10) Memeriksa kelancaran kegiatan di instalasi kamar bedah
- 11) Menyusun pedoman dan standar untuk mengukur mutu pelayanan di instalasi kamar operasi (OK).

c. Tugas Insidental :

- 1) Mengambil langkah-langkah yang perlu, menyelesaikan urusan berkaitan bidang tugas di instalasi kamar bedah.

- 2) Memberi saran/usulan kepada kepala bidang pelayanan
- 3) dan penunjang medis yang perlu bagi perbaikan dan kelancaran tugas di instalasi kamar operasi (OK).
- 4) Melaksanakan tugas lain yang dibebankan oleh kepala bidang pelayanan dan penunjang medis.
- 5) Menyusun ketentuan – ketentuan yang menyangkut di instalasi kamar operasi (OK)

d. Tugas Berkala

1) Mingguan:

- Mengadakan pertemuan dengan kepala bidang pelayanan dan penunjang medis guna membahas dan menilai perkembangan kegiatan di instalasi kamar operasi (OK).
- Menerima dan membaca laporan kegiatan dari masing-masing bawahan selama seminggu berjalan.

2) Bulanan :

- Mengadakan pertemuan dengan kepala bidang pelayanan dan penunjang medis guna membuat dan menilai perkembangan kegiatan di instalasi kamar operasi (OK).
- Menganalisa laporan hasil kerja bulanan yang disampaikan oleh masing-masing bawahannya.

3) Tahunan :

- Menyusun laporan tahunan mengenai pelaksanaan tugas di instalasi kamar operasi (OK).
- Menyusun rencana tahunan untuk di instalasi kamar operasi
- Membuat penilaian (DP3) kepada pegawai di instalasi kamar operasi (OK).

2. Perawat Kepala kamar operasi

a. Pengertian

Seorang tenaga perawat professional yang bertanggung jawab dan berwenang dalam mengelola kegiatan pelayanan keperawatan di kamar operasi.

b. Tanggung jawab

Secara fungsional bertanggung jawab kepala bidang keperawatan, melalui kepala seksi perawatan. Secara professional bertanggung jawab kepada kepala instansi kamar operasi.

c. Tugas

1) Perencanaan

- Menentukan macam dan jumlah pelayanan pembedahan.
- Menentukan macam dan jumlah alat yang diperlukan sesuai spesialisasinya.
- Menentukan tenaga perawat bedah yang dibutuhkan.
- Menampung keluhan penderita secara aktif.
- Bertanggungjawab terlaksananya operasi sesuai jadwal.
- Menentukan pengembangan pengetahuan petugas dan peserta didik.
- Bekerja sama dengan dokter tim bedah dan kepala kamar operasi dalam menyusun prosedur dan tata kerja di kamar operasi.

2) Pengarahan

- Memantau staf dalam penerapan kode etik kamar bedah.
- Mengatur pelayanan pembedahan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan team.
- Membuat jadwal kegiatan.
- Pemanfaatan tenaga seefektif mungkin.
- Mengatur pekerjaan secara merata

- Memberikan bimbingan kepada peserta didik.
- Memantau pelaksanaan tugas yang dibebankan kepada stafnya.
- Mengatur pemanfaatan sumber daya secara efektif dan efisien.
- Menciptakan suasana kerja yang harmonis.

3) Pengawasan

- Mengawasi pelaksanaan tugas masing-masing pegawai.
- Mengawasi penggunaan alat dan bahan secara tepat.
- Mempertahankan kelengkapan bahan dan alat.
- Mengawasi kegiatan tim bedah sehubungan dengan tindakan pembedahan.
- Menyesuaikan tindakan di kamar bedah dengan kegiatan di bagian lain.

4) Penilaian.

- Menganalisa secara kontinyu jalannya tim pembedahan.
- Menganalisa kegiatan tata laksana kamar operasi yang berhubungan dengan penggunaan alat dan bahan secara efektif dan hemat.

3. Perawat Instrument / Scrub Nurse

a. Pengertian

Seorang tenaga perawat professional yang diberi wewenang dan ditugaskan dalam mengelola paket alat pembedahan. selama tindakan pembedahan berlangsung.

b. Tanggung jawab

Secara administratif dan kegiatan keperawatan, bertanggung jawab kepada kepala kamar operasi. dan secara operasional tindakan bertanggung jawab kepada ahli bedah dan perawat kepala kamar operasi

c. Tugas

1) Sebelum Pembedahan

- Melakukan kunjungan pasien minimal sehari sebelum pembedahan.
- Menyiapkan ruangan operasi dalam keadaan siap pakai seperti kebersihan ruangan, peralatan, meja mayo atau instrumen, meja operasi, lampu operasi, mesin anestesi, suction pump, dan gas medis.
- Menyiapkan set instrumen steril sesuai dengan jenis pembedahan.
- Menyiapkan bahan desinfektan dan bahan lain sesuai dengan keperluan operasi.
- Menyiapkan sarung tangan dan alat tenun steril.

2) Saat Pembedahan

- Memperingatkan tim jika terjadi penyimpangan prosedur aseptik.
- Membantu mengenakan gaun dan sarung tangan steril untuk ahli bedah dan asisten bedah.
- Menata instrumen di meja mayo dan meja instrumen.
- Memberikan desinfektan untuk desinfeksi lapangan operasi.
- Memberikan doek steril untuk drapping.
- Memberikan instrumen kepada ahli bedah sesuai dengan kebutuhan.
- Memberikan bahan operasi sesuai dengan kebutuhan.
- Mempertahankan instrumen dalam keadaan tersusun secara sistematis.
- Mempertahankan kebersihan dan sterilisasi alat instrumen.
- Merawat luka secara aseptik.

3) Setelah Pembedahan

- 1) Memfiksasi drain.
- 2) Membersihkan kulit pasien dari sisa desinfektan.
- 3) Mengganti alat tenun dan paju pasien lain dipindahkan ke brankart.
- 4) Memeriksa dan menghitung instrumen lalu mencucinya.
- 5) Memasukkan alat instrumen ke tempatnya untuk disterilisasi

4. Perawat Sirkuler / Circulating Nurse

1. Pengertian

Tenaga perawat professional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran pelaksanaan tindakan pembedahan.

2. Tanggung jawab

Secara administratif dan operasional bertanggung jawab kepada perawat kepala kamar operasi dan kepada ahli bedah.

3. Tugas

a. Sebelum pembedahan

1. Menerima Pasien di ruang persiapan Kamar Operasi
2. Memeriksa kelengkapan operasi meliputi :
 - 1) Kelengkapan dokumentasi medis, antara lain :
 - Surat persetujuan tindakan medis (operasi)
 - (2) Hasil pemeriksaan laboratorium terakhir
 - (3) Hasil pemeriksaan radiologi (fob x-ray)
 - (4) Hasil pemeriksaan ahli anestesi (pra visite anestesi)
 - (5) Hasil konsultasi ahli lain sesuai kebutuhan
 - 2) Kelengkapan obat - obatan, cairan dan alat kesehatan
 - Persediaan darah (bila diperlukan)
 - Memeriksa persiapan fisik

- Melakukan serah terima pasien dan perlengkapan untuk pembedahan dengan perawat premedikasi
- Memberikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan, tim bedah yang akan menolong dan fasilitas kamar operasi

-

b. Saat pembedahan

1. Mengatur posisi pasien sesuai jenis pembedahan dan bekerjasama dengan petugas anestesi
2. Membuka set steril yang dibutuhkan dengan memperhatikan teknik aseptik
3. Membantu mengikat tali gaun bedah
4. Memasang plate mesin diatermi
5. Setelah draping, membantu menyambungkan slang suction dan senur diatermi
6. Membantu menyiapkan cairan dan desinfektan pada mangkok steril
7. Mengambil instrument yang jatuh dengan menggunakan alat dan memisahkan dari instrument yang steril
8. Mengumpulkan dan menyiapkan bahan pemeriksaan
9. Menghubungi petugas penunjang medis (petugas PA) bila diperlukan
10. Menghitung dan mencatat pemakaian kasa, bekerjasama dengan perawat instrument
11. Memeriksa kelengkapan instrument dan kasa bersama perawat instrument agar tidak tertinggal dalam tubuh pasien sebelum luka operasi ditutup

c. Setelah pembedahan

1. Membersihkan dan merapikan pasien yang sudah selesai dilakukan pembedahan

2. Memindahkan pasien dari meja operasi ke brancard dorong
3. Meneliti, menghitung dan mencatat obat-obatan, cairan serta alat yang telah diberikan kepada pasien
4. Mendokumentasikan tindakan keperawatan selama pembedahan antara lain :
 - Identitas pasien (nama pasien, jenis kelamin, umur, nomor dokumen medik, ruangan dirawat, tanggal mulai dirawat dan alamat).
 - Diagnosa pra bedah
 - Jenis tindakan
 - Jenis operasi (bersih, bersih kontaminasi, kontaminasi, kotor)
 - Tim bedah (operator, dokter anestesi, asisten operator, perawat instrument)
 - Waktu operasi (mulai induksi, mulai insisi, selesai operasi)
 - Golongan operasi (khusus, besar, sedang, kecil)
 - Bahan cairan yang dipakai (povidone iodine, alkohol, perhidrol, NaCl, chlorhexidine gluconate)
 - Pemakalan pisau bedah
 - Pemakaian catheter
 - Pemakaian benang bedah
 - Pemakaian alat-alat lain
 - Keterangan (berisi catatan penting selama proses pembedahan)
5. Membantu perawat instrument membersihkan dan menyusun instrument yang telah digunakan kemudian alat disterilkan
6. Membersihkan selang dan botol suction dari sisa jaringan serta cairan operasi

7. Mensterilkan selang suction yang dipakai langsung pasien
8. Membantu membersihkan kamar operasi setelah tindakan pembedahan

5. Perawat Anestesi

1. Pengertian

Tenaga keperawatan profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab dalam membantu terselenggaranya pelaksanaan tindakan pembiusan di kamar operasi.

2. Tanggung jawab

Secara administrative dan kegiatan keperawatan bertanggung jawab kepada kepala perawat kamar operasi dan secara operasional bertanggung jawab kepada ahli anestesi / ahli bedah dan kepala perawat kamar operasi.

3. Tugas

a. Sebelum Pembedahan

Melakukan kunjungan pra anestesi untuk menilai status fisik pasien.

- 1) Menerima pasien di ruang penerimaan kamar operasi.
- 2) Menyiapkan kelengkapan alat dan mesin anestesi.
Memasang infus atau transfusi darah.
- 3) Memberikan premedikasi sesuai dengan program dokter anestesi.
- 4) Menyiapkan kelengkapan meja anestesi dan mesin suctionnya.
- 5) Memonitor kondisi fisik dan tanda vital pasien.
- 6) Memindahkan pasien ke meja operasi.
- 7) Menyiapkan obat anestesi dan membantu ahli anestesi dalam proses induksi.

b. Saat Pembedahan

- 1) Membebaskan jalan napas dengan mengatur posisi pasien dan ETT.
- 2) Memenuhi keseimbangan gas medis.
- 3) Mengatur keseimbangan cairan dengan menghitung input dan output.
- 4) Memantau tanda-tanda vital.
- 5) Memberikan obat-obatan sesuai dengan program dokter anesthesi.
- 6) Memantau efek obat anesthesi.

c. Setelah Pembedahan

- 1) Mempertahankan jalan napas pasien.
- 2) Memantau tingkat kesadaran pasien.
- 3) Memantau dan mencatat perkembangan pasien post operasi.
- 4) Memantau pasien terhadap efek obat anesthesi.
- 5) Memindahkan pasien ke ruang pulih sadar.
- 6) Merapikan dan membersihkan alat anesthesi.
- 7) Mengembalikan alat anesthesi ke tempat semula(17)

2.4. Pembebersihan Kamar Bedah

Kamar bedah secara rutin dan periodik selalu dibersihkan secara teratur. Ini bertujuan untuk tetap mempertahankan sterilisasi dari kamar bedah, sehingga dapat di cegah infeksi nosokomial yang bersumber dari kamar bedah.

2.4.1. Pembersihan rutin/hari

Pembersihan rutin ini adalah pembersihan yang dilakukan sebelum dan sesudah penggunaan kamar dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Semua permukaan peralatan yang terdapat didalam kamar bedah harus dibersihkan dengan cairan desinfektans atau dapat juga memakai air sabun.
2. Permukaan meja operasi dan matrasnya harus dibersihkan dari bekas bekas perdarahan kalau ada.
3. Plastik pada tempat sampah harus diganti yang baru bila tindakan pembedahan telah selesai
4. Semua peralatan yang digunakan pada pembedahan harus di bersihkan seperti :
 - slang suction harus dibersihkan kemudian di bilas
 - cairan bekas pasien yang ada dalam botol suction harus dibuang sedemikian rupa untuk mencegah kontaminasi
 - alat-alat anestesi yang dipakai dibersihkan , slang karet setelah dibersihan harus direndam dalam cairan desinfektans.
5. Noda-noda yang ada di dinding harus dibersihkan
6. Lantai di bersihkan kemudian dipel dengan cairan desinfektans. Air bekas pel tidak boleh dipakai untuk pel dikamar bedah yang lain.
7. Alat tenun bekas pasien dikeluarkan. Pada pasien infeksi, alat tenunnya ditangani sesuai dengan procedure.
8. Lampu operasi dibersihkan setiap hari dalam keadaan dingin.
9. Alas kaki atau sandal dibersihkan setiap hari

2.4.2. Pembersihan mingguan

Pembersih mingguan , dilakuka secara keseluruhan dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Dilakukan secara teratur setiap seminggu sekali
2. Semua peralatan dikamar bedah di dikeluarkan dan diletakkan di karidor

3. Peralatan dicuci dengan cara desinfektans/air sabun, terutama yang mempunyai kemungkinan berakumulasinya sisa-sisa bahan organis seperti meja operasi dan matrasnya
4. Permukaan dinding dicuci dengan air mengalir
5. Lantai disemprot dicuci / disikat dengan menggunakan deterjen, sesudah bersih dikeringkan
6. Setelah lantai kering, peralatan ditata kembali didalam kamar bedah.

2.4.3. Pembersihan sewaktu

Pembersihan sewaktu dilakukan bila kamar bedah digunakan untuk tindakan pembedahan pada kasus-kasus infeksi , dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Pembersihan kamar bedah secara menyeluruh meliputi lantai, dinding dan semua peralatan di dalam kamar bedah.
2. Semua alat/ instrument bekas pakai harus dipindahkan dan tidak boleh di bercampur dengan alat yang lain sebelum didesinfeksi.
3. Pemakaian kamar bedah untuk tindakan pembedahan berikutnya diijinkan setelah pembersihan menyeluruh dan sterilisasi ruangan selesai.

Sterilisasi kamar bedah dengan cara :

1. Memakai lampu ultra violet yang dinyalakan 24 jam terus menerus (sekarang sudah tidak digunakan)
2. Memakai desinfektans yang disemprotkan dengan memakai alat (foging). Penyemprotan dilakukan selama 1 jam dan 1 jam kemudian baru ruangan tersebut dapat dipakai (5)

2.5. Etika Kerja di Kamar Bedah

2.5.1. Pengertian dan tujuan

Etika kerja adalah nilai nilai/norma norma tentang sikap perilaku/budaya yang baik dan telah disepakati oleh masing masing kelompok profesi di kamar operasi

Tata tertib kamar operasi disusun dengan tujuan agar semua petugas dan anggota tim bedah memahami dan mengikuti ketentuan ketentuan yang berlaku sehingga program operasi yang direncanakan dapat berjalan dengan lancar,

Tata tertib yang perlu ditaati antara lain:

1. Semua yang masuk ke kamar operasi tanpa kecuali wajib memakai baju khusus sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan
2. Semua petugas memahami tentang adanya ketentuan pembagian area kamar operasi dengan segala konsekwensinya dan memahami ketentuan tersebut.
3. Setiap petugas harus memahami dan melaksanakan teknik aseptik sesuai dengan peran dan fungsinya
4. Semua anggota tim harus melaksanakan jadwal harian operasi yang telah dijadwalkan oleh perawat kepala kamar bedah
5. Perubahan jadwal operasi harian yang dilakukan atas indikasi kebutuhan dan kondisi pasien harus ada persetujuan antara ahli bedah dan perawat kamar operasi
6. Pembatalan jadwal harus dijelaskan oleh ahli bedah kepada pasien/ keluarga pasien.
7. Setiap petugas kamar operasi harus sesuai dengan uraian tugas yang diberlakukan
8. Setiap perawat di kamar bedah harus melaksanakan asuhan keperawatan peri operatif sesuai dengan peran dan fungsinya, agar dapat memberikan asuhan keperawatan secara paripurna (Medical record)
9. Setiap petugas melaksanakan pemeliharaan alat alat ruangan kamar operasi dengan penuh tanggung jawab dan disiplin
10. Anggota tim bedah mempunyai kewajiban menjamin kerahasiaan informasi/data pasien yang diperoleh pada

waktu pembedahan terhadap pihak yang tidak berkepentingan. Khusus pada pasien dengan pembiusan regional (Lumbal Anestesi) perlu diperhatikan sebagai berikut- Tim bedah harus berbicara seperlunya karena pasien dalam keadaan sadar

11. Ahli anestesi harus menjelaskan kepada pasien/keluarga pasien tentang efek obat bius yang digunakan dan hal-hal yang harus diteliti

2.5.2. Persetujuan Operasi

Setiap tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan (20). Persetujuan operasi dari pasien atau keluarga merupakan hal yang mutlak diperlukan sebelum proses pembedahan dilaksanakan untuk menghindarkan tim bedah/ rumah sakit dari tuntutan hukum bila ada hal-hal yang terjadi sehubungan dengan operasi yang dilakukan serta untuk melindungi pasien dari mal praktek. Setiap tindakan pembedahan kecil, sedang maupun tindakan pembedahan besar harus ada persetujuan operasi secara tertulis (Informed Consent). Informed Consent berasal dari "informed" yang berarti telah mendapat informasi atau penjelasan/keterangan, sedangkan "consent" berarti suatu persetujuan setelah mendapat informasi dan penjelasan lengkap, akurat dan valid.

2.5.3. Pencatatan dan pelaporan

Pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu aspek dari satu proses akhir dalam perioperatif yang mencerminkan pertanggungjawaban dari tim bedah dalam melaksanakan pembedahan kepada pasien, masyarakat dan rumah sakit. Sesuai dengan landasan yuridis pelayanan kesehatan di rumah sakit yang diatur dalam permenkes

Adapun pencatatan dan pelaporan tersebut meliputi:

1. Asuhan keperawatan

2. Registrasi pasien kamar bedah
3. Pemakaian obat-obatan harus ditulis dengan lengkap dan jelas dalam formulir yang telah tersedia
4. Peristiwa atau kejadian luar biasa harus segera dilaporkan sesuai dengan sistem yang berlaku
5. Catatan kegiatan rutin
6. Catatan pengiriman bahan pemeriksaan laboratorium harus ditulis lengkap, jelas pada formulir yang telah tersedia
7. Laporan operasi harus ditulis lengkap, jelas dan singkat oleh ahli bedah atau operator
8. Laporan anastesi harus ditulis lengkap, jelas dan singkat

2.5.4. Keselamatan dan keamanan

2.5.4.1. Keselamatan dan keamanan pasien.

Semua anggota tim bedah harus memperhatikan kembali:

1. Identitas pasien
2. Rencana tindakan
3. Jenis pemberian anastesi yang dipakai
4. Faktor faktor alergi
5. Respon pasien selama peri operatif
6. Menghindari pasien dari bahaya fisik akibat penggunaan alat atau kurang teliti.

2.5.4.2. Keselamatan dan keamanan petugas

1. Melakukan pemeriksaan secara periodik sesuai ketentuan
2. Beban kerja harus sesuai dengan kemampuan dan kondisi kesehatan petugas, Perlu adanya keseimbangan antara kesejahteraan, penghargaan dan pendidikan berkelanjutan

3. Melakukan pembinaan secara terus menerus dalam rangka mempertahankan hasil kerja
4. Membina hubungan kerja sama interen dan antar profesi dalam mencapai tujuan tindakan pembedahan.

2.5.4.3. Keselamatan dan keamanan alat-alat

1. Menyediakan pedoman / manual bahasa Indonesia tentang cara penggunaan alat alat dan mengantungkanya pada alat tersebut
2. Memeriksa secara rutin kondisi alat dan memberi label khusus untuk alat rusak.
3. Semua petugas harus memahami penggunaan alat dengan tepat.
4. Melaksanakan pelatihan tentang cara penggunaan dan pemeliharaan alat secara rutin dan berkelanjutan
5. Melaksanakan pelatihan tentang cara penggunaan dan pemeliharaan yang dilakukan oleh petugas IPSRS
6. Memeriksa alat ventilasi udara agar berfungsi dengan baik.
7. Memasang symbol khusus untuk daerah rawan bahaya atau mempunyai resiko mudah terbakar
8. Menggunakan diatermi tidak boleh bersamaan dengan pemakaian pesawat obat bius ether.
9. Memeriksa alat pemadam kebakaran agar dalam keadaan siap pakai.
10. Penecekan secara rutin alat elektro medis yang dilakukan oleh petugas IPSRS.

2.5.4.4. Program jaminan mutu

1. Melaksanakan evaluasi pelayanan dikamar operasi melalui macam-macam audit.

2. Melakukan surveilans infeksi nosokomial secara periodic dan berkesinambungan.

2.6. Penanganan Limbah

Pembuangan dan penanganan limbah kamar bedah tergantung dari jenis limbah dengan prinsip, limbah padat dan cair ditangani secara terpisah.

Carta penanganan limbah :

1. Limbah cair dibuang di tempat khusus yang berisi larutan desinfektans yang selanjutnya mengalir ketempat pengelolaan cair rumah sakit
2. Limbah padat / anggota tubuh di tempatkan dalam kantong / tempat tertutup yang selanjutnya dibakar atau dikubur di rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku., atau diserahkan kepada keluarga pasien.
3. Limbah non infeksi yang kering dan basah ditempatkan pada tempat yang tertutup serta tidak mudah bertebaran dan selanjutnya dibuang di tempat pembuangan rumah sakit.
4. Limbah infeksi ditempatkan pada tempat tertutup dan tidak mudah bocor serta diberi label merah untuk dimusnahkan.
5. Serluruh limbah yang dihasilkan dikamar bedah digolongkan menjadi limbah berbahaya/ B3

BAB 3

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT OTORITA BATAM

3.1. Sejarah Singkat Rumah Sakit Otorita Batam (RSOB)

Cikal bakal RS. Otorita Batam dimulai sejak tahun 1971, pada awalnya hanya merupakan sebuah Poliklinik yang dikelola oleh PT. Pertamina. Pada awalnya Rumah Sakit Otorita dibangun dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada karyawan PT. Pertamina Batam.

Seiring dengan berjalanya waktu dan berkembangnya pulau Batam menjadi sebuah Kota Industri dan merupakan salah satu Kota yang banyak didatangi oleh pendatang dari berbagai daerah di Indonesia, bahkan dari negara tetangga seperti Singapore, Malaysia, Philipina dan lain lain maka tuntutan akan tersedianya suatu Institusi pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan akan Pelayanan Kesehatan di Kota Batam dirasakan semakin mendesak, maka Poliklinikpun dikembangkan menjadi Rumah Sakit Otorita Batam yang tidak saja melayani karyawan PT. Pertamina, tapi juga melayani masyarakat umum yang mulai berdatangan ke Batam.

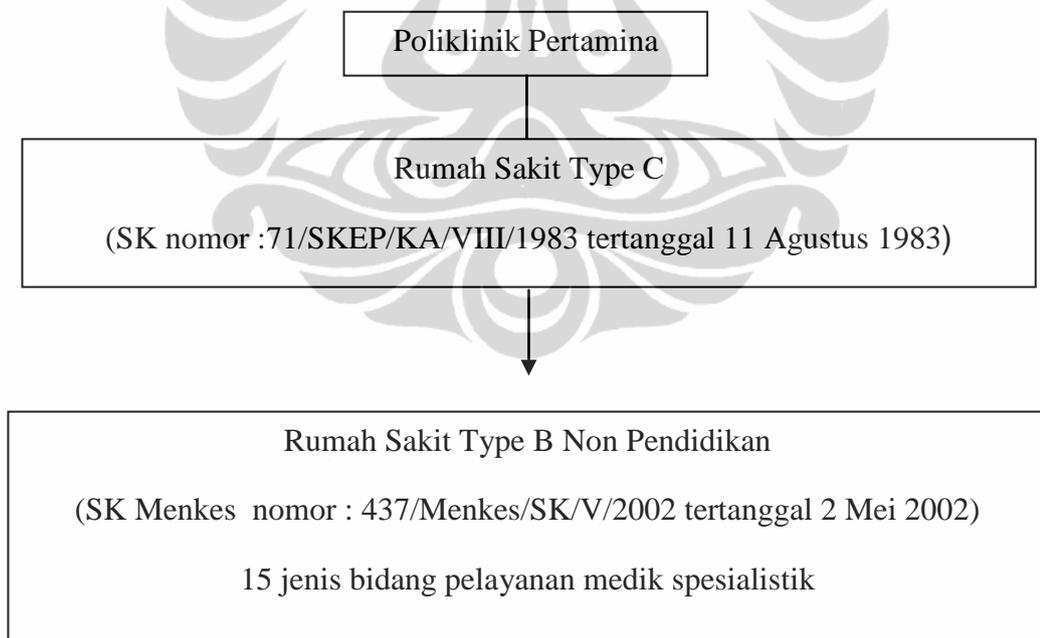
Sekarang Rumah Sakit Otorita Batam semakin dikembangkan dan diperluas untuk kepentingan Pegawai Otorita Batam dan masyarakat umum serta perusahaan - perusahaan industri yang ada di Pulau Batam.

Rumah Sakit Otorita Batam berdiri secara sah melalui Surat Keputusan Kepala Badan Pelaksana Otorita Batam Nomor : 71/SKEP/KA/VIII/1983 tertanggal 11 Agustus 1983 dengan standarisasi dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia sebagai Rumah Sakit Kelas C. Rumah Sakit Otorita Batam berkedudukan di pulau Batam dipimpin oleh seorang Direktur yang bertanggung jawab secara administratif kepada Ketua Otorita Batam Cq. Deputi Operasi dan secara teknis medis dibina oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Rumah Sakit Otorita Batam merupakan Rumah Sakit Rujukan untuk wilayah Propinsi Kepulauan Riau umumnya dan Kota Batam khususnya, saat ini Rumah Sakit Otorita Batam statusnya telah ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Tipe B Non Pendidikan berdasarkan Surat Keputusan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 437/MENKES/SK/V/2002 tertanggal 2 Mei 2002 dan telah mendapat ijin penyelenggaraan dari Departemen Kesehatan dan Departemen Kesejahteraan Sosial melalui Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor. YM.02.04.2.2.098 Tanggal 22 Juni 2002, terakreditasi penuh tingkat dasar No. YM.00.03.2.2.0302. tanggal 29 Nopember 2003.

Saat ini Rumah Sakit Otorita Batam telah mempunyai sebelas jenis Bidang Pelayanan Medis Spesialistik dan empat Sub spesialis.yaitu:Spesialis Ilmu Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah, Spesialis Obstetri dan Gynekologi ,Spesialis Bedah Umum, Spesialis Penyakit Syaraf ,Spesialis Penyakit Paru, Spesialis Rehabilitasi Medik,Spesialis Ilmu Penyakit Dalam, Spesialis Ilmu Penyakit Mata, Spesialis Anak, Spesialis THT,Spesialis Anesthesi dan Spesialis Radiologi Serta Sub Spesialis Bedah Urologi,sub Spesialis Bedah Syaraf, dan Subspesialis Orthopedi.(16)



Gambar 1. Sejarah Rumah Sakit Otorita Batam

3.2. Visi dan Misi Rumah Sakit Otorita Batam

Rumah Sakit Otorita Batam sebagai salah satu Rumah Sakit Rujukan yang memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna, serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat di kawasan Pulau Batam, Rempang dan Galang (BARELANG), mempunyai visi dan misi, sebagai berikut :

3.2.1. Visi Rumah Sakit Otorita Batam

Menjadi Rumah Sakit Rujukan yang memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna, bermutu dan bertaraf internasional serta terjangkau oleh masyarakat di kawasan Batam, Rempang dan Galang (BARELANG).

3.2.2. Misi Rumah Sakit Otorita Batam

1. Ikut memelihara dan meningkatkan taraf kesehatan seluruh lapisan masyarakat di Batam, Rempang dan Galang (BARELANG).
2. Membina dan meningkatkan kualitas dan kesejahteraan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang profesional.
3. Mengembangkan dan meningkatkan kemampuan teknologi dan informasi kedokteran di BARELANG, terutama di bidang Kesehatan Kerja, Traumatologi dan Reproduksi.

3.3. Fungsi Dan Tugas Pokok Rumah Sakit Otorita Batam

1. Merencanakan, mengembangkan dan mengawasi pelaksanaan tugas – tugas kesehatan yang bersifat pencegahan, penyuluhan, pengobatan dan rehabilitasi di daerah Industri Pulau Batam
2. Menyelenggarakan koordinasi dan bekerjasama dengan Pemerintah Daerah dalam rangka pemeliharaan kesehatan masyarakat di Daerah Industri Pulau Batam
3. Menyelenggarakan pelayanan dan pembinaan kesehatan terhadap seluruh karyawan Otorita Batam beserta keluarganya
4. Melaksanakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis,
5. Melaksanakan pelayanan medis tambahan, pelayanan penunjang medis tambahan,

6. Melaksanakan pelayanan kedokteran kehakiman,
7. Melaksanakan pelayanan rujukan kesehatan,
8. Melaksanakan pelayanan kedokteran gigi,
9. Melaksanakan pelayanan rawat jalan dan Emergensi
10. Melaksanakan pelayanan rawat inap,
11. Melaksanakan pelayanan administratif,
12. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan Tenaga Medis dan Para medis.
13. Membantu penelitian dan pengembangan kesehatan

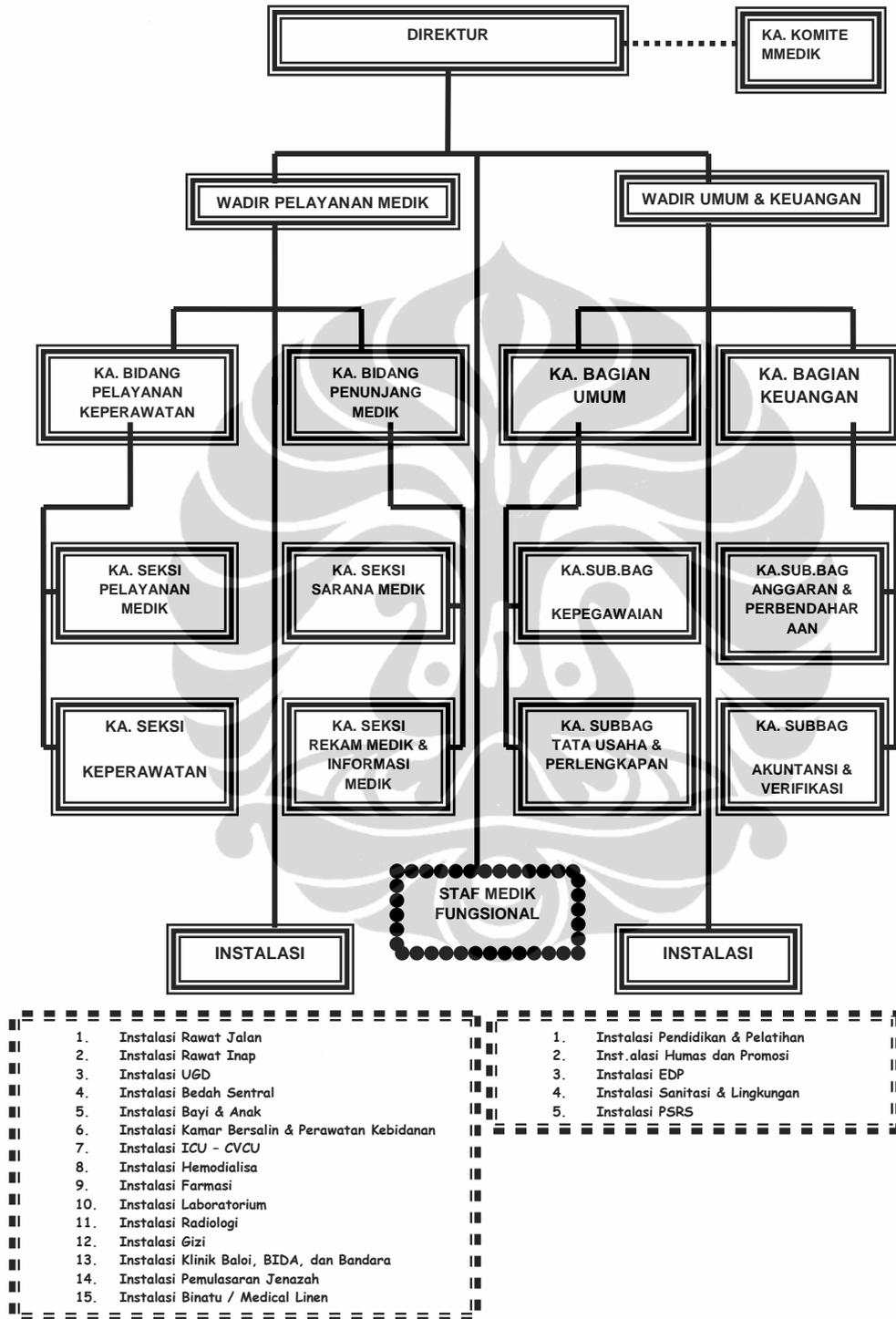
3.4. Struktur Organisasi Rumah Sakit Otorita Batam

Rumah Sakit Otorita Batam adalah Rumah Sakit Tipe B Non Pendidikan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 437/MENKES/SK/V/2002. Rumah Sakit Otorita Batam di pimpin oleh seorang Direktur yang bertanggung jawab kepada Ketua Otorita Pengembangan Daerah Industri Pulau Batam Cq. Deputi Operasi Otorita Batam dan bertugas memimpin pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Otorita Batam secara keseluruhan.

Rumah Sakit Otorita Batam dipimpin oleh seorang Direktur dan dibantu oleh dua orang Wakil Direktur yaitu Wakil direktur pelayanan Medis dan Wakil direktur Umum dan Keuangan, Wakil direktur membawahi Kepala Bidang dan kepala bagian

Gambar 2.

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT OTORITA BATAM



3.5.LOKASI DAN DATA FISIK RS.OTORITA BATAM

Rumah Sakit Otorita Batam terletak di Kecamatan Sekupang yang merupakan daerah di wilayah ujung sebelah barat Pulau Batam, yang berdekatan dengan pelabuhan laut Domestik dan pelabuhan laut Internasional.

1. Luas tanah : 47.054 M2
2. Luas bangunan : 6.500 M2
3. Areal parkir : 5.000 M2
4. Sarana :

A. Fasilitas Pelayanan dan Penunjang Medik ;

- Gedung A (Perkantoran, Poliklinik, Apotik dan Instalasi Gawat Darurat)
- Gedung B (Bangunan Lama ; Ruang rawat inap, kamar operasi, ICU-CVCU, ruang kebidanan, Apotik, ruang gizi, laboratorium, radiologi instalasi medical linen).
- Ruang pemulasaran jenazah
- Pengelolaan limbah padat dan cair (incenerator)

B. Fasilitas Pendukung

- Kantin
- Minimarket
- ATM
- Mess Putra/Putri RSOB
- Rumah Dinas (dokter / perawat)

3.6.Fasilitas pelayanan Rumah Sakit Otorita Batam

3.6.1. Ruang Perawatan Dan jumlah Tempat Tidur

Tabel 3.1 Jumlah tempat tidur

No	Ruangan	VIP	Kls 1	Kls 2	Kls 2 Anak dan Bedah	Kls 3	Kls 3 Anak dan Bedah	Box Bayi	Inkubator	No Kls	Total
1	Teratai	-	-	-	-	58	-	-	-	-	58
2	Melati	-	-	31	4	-	7	-	-	-	42
3	Anggrek	4	9	-	-	-	-	-	-	-	13
4	Flamboyan	-	-	-	-	-	-	17	9	-	26
5	Bougenville	2	4	4	-	10	-	-	-	-	20
6	Mawar	-	4	9	-	18	-	12	-	-	43
7	ICU/CVCU	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3
8	HCU	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
	Total	6	17	44	4	86	7	29	9	5	207

Total kapasitas perawatan 207 Tempat tidur

Ruang perawatan RSOB terdiri dari tiga lantai

A. Lantai satu terdiri dari :

1. Ruang teratai merupakan ruang perawatan pasien dewasa,
2. Ruang mawar (kebidanan)

B. Lantai dua terdiri dari :

1. Ruang Melati,ruangan perawatan pasien dewasa
2. Ruang Bogenvil,untuk perawatan anak
3. Ruang Flamboyan, untuk perawatan bayi

C. Lantai Tiga (Anggrek)

3.6.2. Instalasi rawat Jalan / Poliklinik

Poliklinik Rawat Jalan

1. Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam
2. Poliklinik Spesialis Kandungan/ Kebidanan
3. Poliklinik Spesialis Anak
4. Poliklinik Spesialis Bedah
5. Poliklinik Sub Spesialis Bedah Orthopedi
6. Poliklinik Sub Spesialis Bedah Urologi
7. Poliklinik Sub Spesialis Bedah Saraf
8. Poliklinik Spesialis Saraf
9. Poliklinik Spesialis Mata
10. Poliklinik Spesialis THT
11. Poliklinik Spesialis Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi
12. Poliklinik Sub Spesialis Jantung & Pembuluh Darah
13. Poliklinik Spesialis Penyakit Paru
14. Poliklinik Spesialis Penyakit Kulit dan Kelamin
15. Poliklinik Spesialis Anastesi
16. Poliklinik Umum
 - Poliklinik Umum di RSOB
 - Poliklinik Umum Satelit Baloi
 - Poliklinik Umum Satelit Batam Center
 - Poliklinik Umum Satelit Bandara Hang Nadim
17. Poliklinik Gigi
18. Poliklinik Medical Check Up

3.6.3. Fasilitas Penunjang

3.6.3.1. Instalasi Farmasi dan unit layanan farmasi rawat jalan dan rawat inap

3.6.3.2.Laboratorium

1. Laboratorium Induk – RS.Otorita Batam
2. Labotratorium Instalasi Gawat Darurat
3. Laboratorium Flu Burung
4. Bank Darah

3.6.3.3.Radiologi, dengan peralatan ;

1. CT Scan
2. Rontgent Konvensional

3.6.3.4.Elektromedik diagnostik, dengan peralatan ;

1. USG 3 Dimensi dan 4 Dimensi
2. CTG
3. EEG
4. Treadmill
5. Endoscopy
6. EKG

3.6.3.5.Elektromedik non diagnostik, dengan peralatan ;

1. Diathermi
2. Ultra Sound
3. Electric Stimulasi
4. Traksi
5. Intuferential

3.6.3.6.Sanitasi Lingkungan

RS.Otorita Batam yang dilengkapi dengan mesin IPAL, Incenerator, Mesin Cyro (penghancur jarum suntik)

3.6.3.7.Fasilitas Pendukung Lain,seperti ;

- | | |
|-------------|---------------|
| A. Kantin | B. ATM |
| C. Fotocopy | D. Minimarket |

3.7.Kenerja Dan Pelayanan Rumah Sakit Otorita Batam

Bila dibandingkan data tahun 2009 dengan data tahun 2010 maka terlihat penurunan kenerja RSOB hal ini dapat dilihat dari keluaran unit unit produksi yang ada di RSOB

Tabel 3.2 Kinerja Pelayanan Rumah Sakit Otorita Batam

No	URAIAN KEGIATAN	REALISASI		
		Semester 1 thn 2008	SEMESTER 1 THN 2009	Semester 1 thn 2010
1	Kunjungan Poliklinik	51.003	42.662	41.606
2	Rawat Inap	6.472	5.857	4.709
3	BOR	76.24%	69.18%	55,48%
4	Instalasi Gawat Darurat	9.8.97	7.843	6.745
5	Instalasi Kamar Bedah	2.084	1.896	1.607

3.8.Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Otorita Batam

Di Rumah Sakit Otorita Batam terdapat beberapa status kepegawaian antara lain: Pegawai Negeri Sipil Pusat yang dipekerjakan , Pegawai Negeri Sipil Pemko Batam yang dipekerjakan,Pegawai Negeri Sipil Pusat yang diperbantukan.Calon Pegawai Negeri Sipil,Pegawai Honor Otorita Bergolongan,Pegawai Honor Khusus Otorita,Pegawai Honor,Pegawai Honor Kontrak Otorita dan pegawai Outsourcing

3.8.1. Komposisi Sumber Daya Manusia berdasarkan status kepegawaian

Tabel 3. 3 Sumber Daya Manusia RSOB

No	Ketenagaan	SD	SLTP	SLTA	D1	D2	S1	S2	Total
1	PNS (DPK Pusat)	0	0	2	0	0	0	0	2
2	PNS (DPK Pemko)	0	0	3		4	5	2	14
3	PNS (DPB)	10	6	94	0	118	16	18	262
4	Honor Khusus	0	0	0	0	0	0	3	3
5	CPNS	4	2	35	0	9	5	0	55
6	Honor Bergolongan	8	2	5	0	2	0	0	17
7	Honor	1	0	10	0	7	1	0	19
8	Honor Kontrak (HK)	0	0	1	0	0	0	0	1
	Sub Total	23	10	150	0	140	27	23	373
9	Ditpam BKO	0	0	5	0	0	0	0	5
10	Outsourcing Ditpam	0	1	22	0	0	0	0	23
	Outsourcing Medis & Farm	0	0	14	0	44	8	0	66
	Outsourcing Non Medis	1	2	25	0	1	2	0	31
	Sub Total	1	3	66	0	45	10	0	125
	Total	24	13	216	0	185	37	23	498

Total sumber daya Manusia di RumahSakit Otorita periode semester 1 tahun 2010 berjumlah 498 Orang dengan status kepegawaian yang berbeda beda

3.8.2. Tenaga Medis Rumah Sakit Otorita Batam

Tabel 3.4. Komposisi Tenaga Medis

No	Tenaga Medis (Dokter)	Jumlah (orang)
1	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	1
2	Dokter Spesialis Bedah	2
3	Dokter Spesialis Obgyn	4
4	Dokter Spesialis Anak	3
5	Dokter Sub Spesialis Bedah Urologi	1
6	Dokter Sub Spesialis Bedah Ortopedi	1
7	Dokter Sub Spesialis Bedah Saraf	1
8	Dokter Sub Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah	1
9	Dokter Spesialis Mata	1
10	Dokter Spesialis THT	1
11	Dokter Spesialis Paru	1
12	Dokter Spesialis Anesthesiology	2
13	Dokter Spesialis Radiology	1
14	Dokter Spesialis Syaraf	1
15	Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik	1
16	Dokter Umum	13
17	Dokter Gigi	3

Jumlah 38 orang

3.9. Analisa Situasi Instalasi Kamar Bedah RSOB

Kamar Bedah atau kamar operasi adalah ruangan khusus di rumah sakit yang diperlukan untuk melakukan tindakan pembedahan baik elektif atau akut yang membutuhkan keadaan suci hama atau steril. Instalasi Kamar Bedah RSOB terletak di gedung B Berdekatan dengan Laboratorium, Radiologi, bangsal Kebidanan, dan ruang rawai inap Instalasi Kamar Bedah RS. Otorita Batam memiliki 4 (empat) ruangan operasi dengan beberapa ruangan pendukung lain, yaitu ;

1. Ruang serah terima (dari unit/ruang perawatan ke kamar bedah)
2. Ruang ganti pakaian
3. Ruang persiapan
4. Ruang sterilisasi
5. Ruang pulih sadar
6. Ruang istirahat
7. Ruang administrasi
8. Ruang penyimpanan alat / alkes

Instalasi Kamar Bedah RSOB beroperasi selama 24 jam sehari kecuali pada hari Jum,at siang Kamar Operasi tidak beroperasi karena pada hari itu dilakukan pembersihan/sterilisasi Kamar Operasi

3.9.1. Tujuan Visi Misi dan Falsafah Instalasi Kamar Bedah RSOB

3.9.1.1. Tujuan Instalasi Kamar Bedah RSOB

Memberikan Pelayanan Pembedahan yang berkualitas, berorientasi pada keamanan dan keselamatan pasien

3.9.1.2. Visi Instalasi Kamar Bedah RSOB

Menjadikan Kamar Operasi Rumah Sakit Otorita Batam Sebagai Unit Pelayanan Pembedahan Lengkap Dan Unggul Dalam Pelayanan Untuk Mendukung Terwujudnya Tujuan Rumah Sakit Otorita Batam Di Tahun 2015

3.9.1.3.Misi Instalasi Kamar Bedah RSOB

1. Mewujudkan Kelengkapan Peralatan
2. Mewujudkan SDM Yang Profesional Dan Terlatih Bersertifikat Sesuai Standar Nasional
3. Mewujudkan instalasi Kamar Bedah RS. Otorita Batam Sebagai Tempat Pendidikan dan Pelatihan.

3.9.1.4. Falsafah Instalasi Kamar Bedah RSOB

Mewujudkan Pelayanan Pembedahan yang terpaduh dan berkesinambungan antar Pelayanan Medis dan Keperawatan serta unit – unit yang terkait sehingga terciptanya kepuasan pasien

3.9.2.Sumber Daya Manusia Instalasi Kamar Badah RSOB

Tabel 3.5.Sumber Daya Manusia Instalasi Kamar Bedah

No	JENIS TENAGA	JUMLAH
1	Dokter Bedah Umum	2 Orang
2	Dokter Bedah Urologi	1 Orang
3	Dokter Bedah Ortopedi	1 Orang
4	Dokter Bedah Saraf	1 Orang
5	Dokter Kebidanan dan Kandungan	4 Orang
6	Dokter Ahli THT	1 Orang
7	Dokter Ahli Mata	1 Orang
8	Dokter Ahli Anastesi	2 Orang
9	Perawat Bedah	19 Orang
10	Perawat Anastesi	9 Orang
11	Administrasi	1 Orang

Jumlah 39 Orang

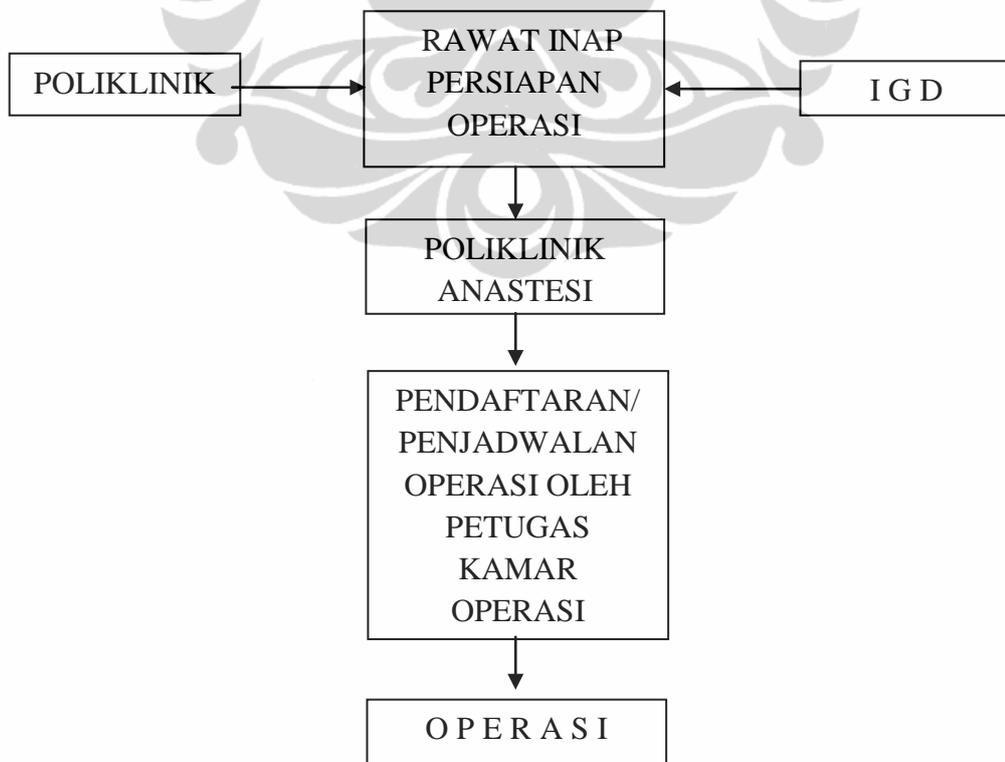
3.9.3. Kinerja Instalasi Kamar Bedah RSOB Bulan Agustus sampai dengan Bulan Oktober thn 2010

Tabel 3.6 Kinerja Instalasi Kamar Bedah

BULAN	ELEKTIF	CITO	JUMLAH
Agustus	172	142	314
September	188	130	318
Oktober	169	134	303
T o t a l	529	406	935

3.9.4. Penjadwalan Operasi Elektif

Gambar 3. Alur Penjadwalan Operasi Instalasi Kamar Bedah RSOB



Tujuan dibuatnya proses penjadwalan supaya tercapainya tertib administrasi dan optimalisasi jadwal operasi elektif. Pasien yang direncanakan akan dilakukan operasi elektif dipersiapkan diruangan perawatan, kemudian dikonsulkan ke poliklinik anastesi setelah semua persiapan operasi selesai dilakukan, maka perawat ruangan perawatan mendaftarkan ke petugas penjadwalan operasi di kamar operasi, setelah ditetapkan jadwal operasi maka petugas penjadwalan operasi memberitahukan kepada perawat ruangan perawatan dan kepada operator yang akan melakukan operasi

1. Pengajuan jadwal operasi elektif dilakukan dokter operator dengan mengisi formulir permintaan jadwal operasi.
2. Jumlah operasi yang dijadwalkan disesuaikan dengan kemampuan kamar bedah
3. Penjadwalan operasi elektif merupakan wewenang kepala instalasi kamar bedah yang didelegasikan kepada kepala ruangan kamar bedah.
4. Penderita yang layak anastesi didaftarkan petugas poli anastesi ke kamar bedah.
5. Apabila disetujui, penderita ke sentral operasi untuk mengurus dan melengkapi administrasi untuk dilakukan rawat inap.
6. Apabila tidak disetujui (untuk tanggal tersebut) kepala ruangan mengkonfirmasi kepada dokter operator untuk penjadwalan ulang.
7. Penjadwalan operasi elektif dilakukan selambat lambatnya jam 14:00. hari sebelumnya
8. Perawat ruangan rawat inap pada jam 20:00 WIB memberitahukan kepada operator pasiennya yang akan dioperasi besok hari. dan apabila ditemukan keraguan maka mengenai jadwal maka dapat ditanyakan kepada petugas kamar bedah.
9. Khusus untuk hari Jum'at apabila operator menjadwalkan operasi elektif maka perawat kamar bedah berhak menolak.

3.9.5. Pembatalan/Penundaan operasi

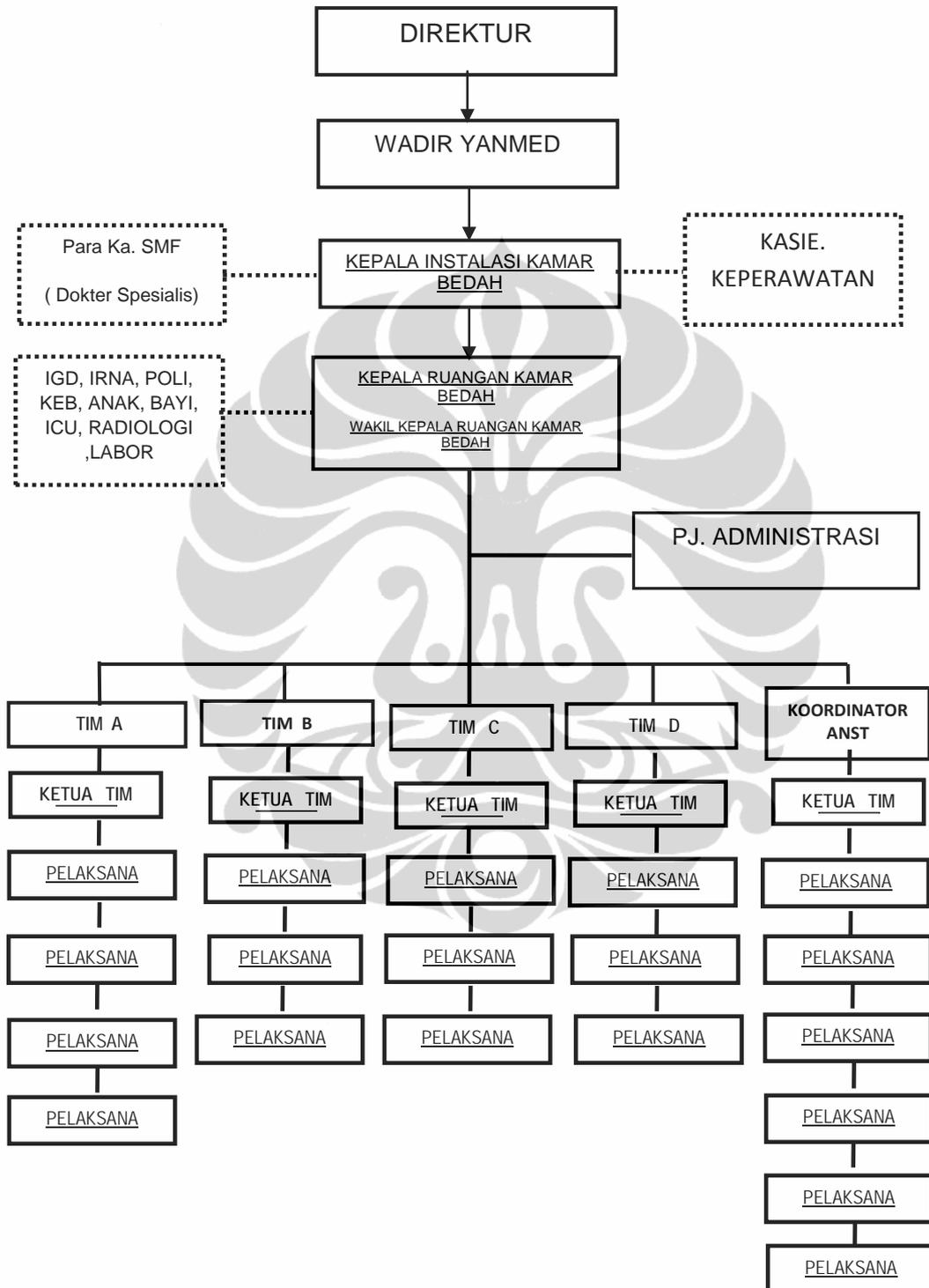
Bertujuan menghindari pelaksanaan operasi elektif diluar jam kerja

1. Penundaan operasi elektif dilakukan bila operasi elektif melewati batas jam induksi terakhir.
2. Batas jam induksi terakhir untuk kasus operasi sedang dengan perkiraan lama operasi sekitar 30 menit adalah jam 13:00 wib
3. Batas jam induksi terakhir untuk kasus operasi besar dengan perkiraan lama operasi diatas 60 menit adalah jam 12:30 Wib.
4. Operasi elektif tidak ditunda apabila kamar bedah yang dialokasikan terpakai untuk kasus cito (meskipun telah melewati batas jam induksi terakhir)
5. Operasi elektif ditunda apabila kondidi penderita pada saat itu tidak memungkinkan secara medis dan administrasi untuk dilakukan tindakan operasi.
6. Petugas kamar bedah memberitahu dokter operator dan petugas rawat inap mengenai penundaan operasi dan konfirmasi jadwal selanjutnya

3.9.6. Struktur Organisasi Instalasi Kamar Bedah RSOB

Instalasi Kamar Bedah dipimpin oleh seorang kepala instalasi yang dalam strktur organisasi berada dibawah Wakil Direktur dan Direktur Rumah Sakit.Kepala Instalasi Kamar Bedah berkoordinasi dengan Komite Medik dan para kepala SMF dokter spesialis dan kepala seksi keperawatan.Dibawah Kepala Instalasi terdapat Perawat Kepala Ruangan Kamar Bedah dan Ketua ketua tim Perawat bedah dan koor dinator perawat Anastesi.Setiap tim perawat bedah terdiri dari 4 orang.

Gambar 4. Struktur Organisasi Instalasi Kamar Bedah RSOB



3.9.7. Uraian Tugas dan Fungsi Petugas Kamar Bedah RSOB

3.9.7.1. Uraian Tugas Kepala Ruangan Kamar Bedah

Yang dimaksud dengan Kepala Ruangan Kamar Bedah adalah seorang tenaga perawat Profesional yang bertanggung jawab dan berwenang dalam mengelola kegiatan pelayanan di kamar bedah sehingga tercapai pelayanan keperawatan kamar bedah yang profesional dan mampu memberi pelayanan yang berkualitas, aman dan manusiawi di Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam

A. Melaksanakan fungsi perencanaan:

1. Menerima input kegiatan penjadwalan pembedahan dari ruang perawatan, poliklinik dan dokter operator
2. Menyusun rencana kegiatan pembedahan berdasarkan jenis, jumlah dan kemampuan kamar operasi, perubahan perencanaan yang memungkinkan bila ada masalah atau alasan lain yang rasional
3. Membagi harian jumlah operasi dengan memperhatikan jumlah tingkat, dan kemampuan tenaga perawat.
4. Menyusun program pengembangan staff.
5. Menyusun program alat dan obat sesuai dengan kebutuhan.
6. Berperan aktif menyusun prosedur/tata kerja kamar operasi termasuk menyusun pedoman penggunaan alat.
7. Bersama staff menentukan jumlah tenaga yang dibutuhkan di kamar operasi.

B. Melaksanakan fungsi penggerak dan pelaksanaan:

1. Memantau seluruh staff dalam penerapan dan pelaksanaan kerja di kamar operasi.
2. Mengatur pelayanan pembedahan sesuai dengan tim dan kemampuan tenaga di kamar operasi.
3. Membuat jadwal kegiatan (team schedule)
 - a. Pemanfaatan tenaga seefektif mungkin.
 - b. Mengatur pembagian pekerjaan secara merata.

4. Memantau pelaksanaan tugas yang dibebankan.
 5. Menciptakan suasana kerja yang harmonis.
 6. Mengajukan pelatihan tentang kamar operasi secara berkesinambungan.
- C. Melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian dan penilaian.
1. Mengawasi pelaksanaan tugas masing-masing pegawai.
 2. Mengawasi penggunaan alat dan bahan agar digunakan secara tepat guna, dan hasil guna,
 3. Mempertahankan kelengkapan bahan dan alat.
 4. Mengatur supaya alat tetap diinventarisasi secara periodik.

3.9.7.2. Uraian Tugas Wakil Kepala Ruangan.

Wakil kepala ruangan kamar bedah bertugas membantu kepala ruangan kamar bedah dalam mengelola kegiatan pelayanan di kamar bedah demi tercapainya pelayanan keperawatan kamar bedah yang profesional dan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas, aman dan manusiawi di Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam

Tugas Pokok Wakil Kepala Ruangan

1. Membantu mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan di kamar bedah
2. Membantu, mengatur dan mengendalikan tugas keperawatan di kamar bedah.
3. Membantu, mengatur dan mengendalikan logistik kamar bedah.
4. Membantu, mengatur dan mengendalikan kebersihan ruangan kamar bedah.
5. Membantu dan mengadakan koordinasi rapat dan pembagian tugas perawat kamar bedah.
6. Mengkoordinasikan pencatatan dan pelaporan.
7. Melaksanakan tugas pengawasan pada sore hari, malam hari dan hari libur.
8. Membagi tugas perawat kamar bedah secara adil dan merata.

3.9.7.3. Uraian Tugas Bahagian Administrasi

Bahagian administrasi melaksanakan kegiatan administrasi kamar bedah guna tercapainya tujuan pelayanan administrasi di kamar bedah yang profesional dan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas di RSOB. Petugas administrasi mempunyai kedudukan dibawah Kepala Instalasi Kamar Bedah dan berkoordinasi dengan kepala ruangan/wakil kepala ruangan kamar bedah.

Persyaratan Jabatan Administrasi Kamar Bedah

1. Pendidikan minimal tamatan SLTA.
2. Mampu mengoperasikan Komputer.
3. Ditunjuk dengan SK penempatan.

Uraian Tugas Bahagian Administrasi

1. Menginput tindakan medis, ALKES bedah dan ALKES anastesi ke komputer.
2. Membuat laporan harian, mingguan, bulanan, triwulan, semester dan laporan tahunan
3. Mendokumentasikan surat surat masuk.
4. Membuat dan mendokumentasikan surat surat keluar.
5. Membantu proses penjadwalan operasi.

3.9.7.4. Perawat instrumen kamar bedah

Yang dimaksud dengan perawat instrumen kamar bedah adalah perawat profesional yang berwenang dan ditugaskan dalam mengelola paket alat pembedahan selama operasi berlangsung, supaya operasi berjalan dengan lancar dan aman.

Uraian Tugas Perawat Insrumen

A. Sebelum pembedahan

1. Menyiapkan ruang operasi dalam keadaan siap pakai yang meliputi:
 - a. Kebersihan ruangan
 - b. Meja Mayo/instrumen
 - c. Suction Pump

- d. Cauter
 - e. Tong sampah
 - f. Lampu operasi
2. Menyiapkan set instrumen steril sesuai jenis pembedahan
 3. Menyiapkan cairan aseptik/desinfektan dan bahan-bahan sesuai keperluan pembedahan
- B. Saat pembedahan
1. Membantu memasang jas steril dan sarung tangan untuk operator dan asisten.
 2. Menyusun instrumen steril di meja Mayo sesuai dengan urutan pembedahan.
 3. Memberikan zat desinfektan kulit kearah yang akan disayat.
 4. Bersama asisten menutup daerah operasi dengan laken steril.
 5. Memberikan instrumen kepada operator dan asisten operator sesuai urutan prosedur dan kebutuhan tindakan bedah secara benar.
 6. Mengambil kain kasa yang telah digunakan.
 7. Menyiapkan benang jahit sesuai dengan kebutuhan dalam keadaan siap pakai.
 8. Mempertahankan instrumen dalam keadaan tersusun secara otomatis untuk memudahkan pekerjaan
 9. Membersihkan instrumen dari darah saat operasi berlangsung untuk mempertahankan sterilitas alat.
 10. Menghitung kain kasa, jarum dan instrumen
 11. Memberitahukan kepada operator hasil hitungan sebelum dan sebelum luka operasi ditutup lapis demi lapis.
 12. Menyiapkan cairan untuk mencuci luka.
- C. Setelah Pembedahan
1. Memeriksa dan menghitung semua instrumen sebelum dikeluarkan dari kamar operasi.
 2. Membersihkan instrumen bekas pakai dengan cara:
 - a. Pembersihan awal

- b. Merendam alat dengan cairan desinfektan yang mengandung deterjen
 - c. Menyikat sela-sela engsel instrumen
 - d. Membilas dengan air yang mengalir
 - e. Merebus alat dengan air mendidih
 - f. Mengeringkan
3. Menyetel kembali instrumen dengan melihat buku panduan
 4. Membungkus alat dengan duk dua lapis dengan memberi nama pada autoclav
 5. Membersihkan kamar operasi setelah melakukan tindakan

3.9.7.5. Perawat Sirkulasi

Yang dimaksud dengan perawat sirkulasi yaitu tenaga perawat yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu operasi sehingga operasi berjalan lancar.

Tugas perawat sirkulasi

A. Sebelum pembedahan

1. Menerima pasien yang akan dioperasi
2. Memeriksa dengan memakai check list, meliputi
 - a. Kelengkapan dokumen medis, antara lain:
 - Izin operasi
 - Hasil pemeriksaan Laboratorium
 - Hasil pemeriksaan Radiologi
 - Hasil pemeriksaan pre-operasi
 - Hasil konsultasi dokter ahli lain sesuai dengan kebutuhan
 - b. Persediaan darah bila diperlukan.
3. Memeriksa persiapan fisik pasien.

B. Saat Pembedahan

1. Bekerja sama dengan perawat anastesi.
2. Mengikat tali jas steril tim bedah.
3. Membantu mengukur dan mencatat kehilangan darah dan cairan

4. Mengumpulkan dan menyiapkan bahan pemeriksaan
 5. Bekerja sama dengan perawat instrumen menghitung pemakaian kasa
 6. Selalu siap bila sewaktu waktu diperlukan.
- C. Setelah pembedahan
1. Membersihkan dan merapikan pasien yang sudah selesai dilakukan pembedahan
 2. Memindahkan pasien dari meja operasi ke brankar
 3. Memeriksa kelengkapan dokumen medik antara lain
 - a. Laporan pembedahan
 - b. Laporan anastesi
 - c. Mengisi formulir Patologi Anatomi

3.9.7.6. Uraian tugas perawat asisten kamar bedah

Adalah tenaga perawat professional yang bertugas membantu operator selama operasi berlangsung.

- A. Sebelum pembedahan :
1. Memastikan kebenaran pasien sesuai dengan jenis penyakit, daerah operasi dan operatornya.
 2. Memastikan kesiapan dan kelengkapan ruangan, peralatan dan alkes sebelum dimulainya operasi.
 3. Mencatat nama pasien, MR, operator, jenis penyakit atau diagnose dalam buku laporan.
 4. Menghubungi Operator
 5. Memberikan penjelasan ulang kepada pasien sebatas kewenangan tentang :
 - a. Tindakan pembedahan yang akan dilakukan.
 - b. Tim bedah yang akan menolong
 - c. Fasilitas yang ada dalam kamar bedah.

B. Saat pembedahan :

1. Memakai jas operasi steril.
2. Melakukan tindakan desinfeksi pada area operasi.
3. Bersama instrument memasang Duk steril.
4. Desinfeksi kembali di alcohol 70 % daerah yang akan di operasi.
5. Membantu Operator mengontrol perdarahan selama operasi.
6. Mengingatkan Operator bila dicurigai adanya kesalahan prosedur.
7. Membantu operator Heacthing bila diperlukan.

C. Setelah pembedahan:

1. Membersihkan pasien dari sisa darah.
2. Menutup luka dengan kassa steril.
3. Mengambil duk yang sudah terkontaminasi dengan darah dan mengganti dengan selimut pasien.
4. Bersama perawat sirkuler dan anastesi memindahkan pasien dari meja operasi ke brankar jika pasien sudah dianggap layak untuk pindah.
5. Membuat rincian biaya pemakaian obat dan alkes.
6. Memeriksa ulang catatan dokumentasi pembedahan dalam keadaan lengkap.
7. Menginput pengeluaran pasien kedalam computer.

3.9.7.7. Pembantu Orang Sakit (POS) Kamar Bedah

Yaitu seorang petugas yang bekerja membantu perawat kamar bedah dalam kegiatan pekerjaan sehari hari

1. Membersihkan ruangan kamar bedah setiap hari
2. Merapikan baju, celana (pakaian Kamar Bedah) yang ada dalam lemari setiap hari.
3. Mensterilkan alat yang sudah di set dan dibungkus.
4. Bertanggung jawab menyiapkan DUK steril.
5. Menyiapkan air minum untuk operator dan petugas kamar bedah.
6. Melipat dan mensterilkan kasa.
7. Membantu petugas kamar bedah didalam ruangan jika diperlukan

3.10. Protap Instalasi Kamar Bedah RSOB

1. Protap Pembersihkan kamar bedah
2. Protap cuci tangan bedah
3. Protap Memakai Baju Pembedahan
4. Protap memakai sarung tangan secara tertutup
5. Prosedur tetap memindahkan pasien dari meja operasi ke tempat tidur
6. Protap Masuk Instalasi Kamar Operasi
7. Protap penjadwalan Operasi elaktif
8. Protap Pembatalan / penundaan operasi.
9. Protap Serah terima pasien dari ruangan
10. Protap Pelaksanaan pembedahan
11. Protap serah terima pasien dari kamar bedah ke ruangan rawat inap
12. Protap pasien yang meninggal di kamar operasi
13. Protap Penyimpanan Instrumen medis
14. Protap Pemeliharaan alat medis

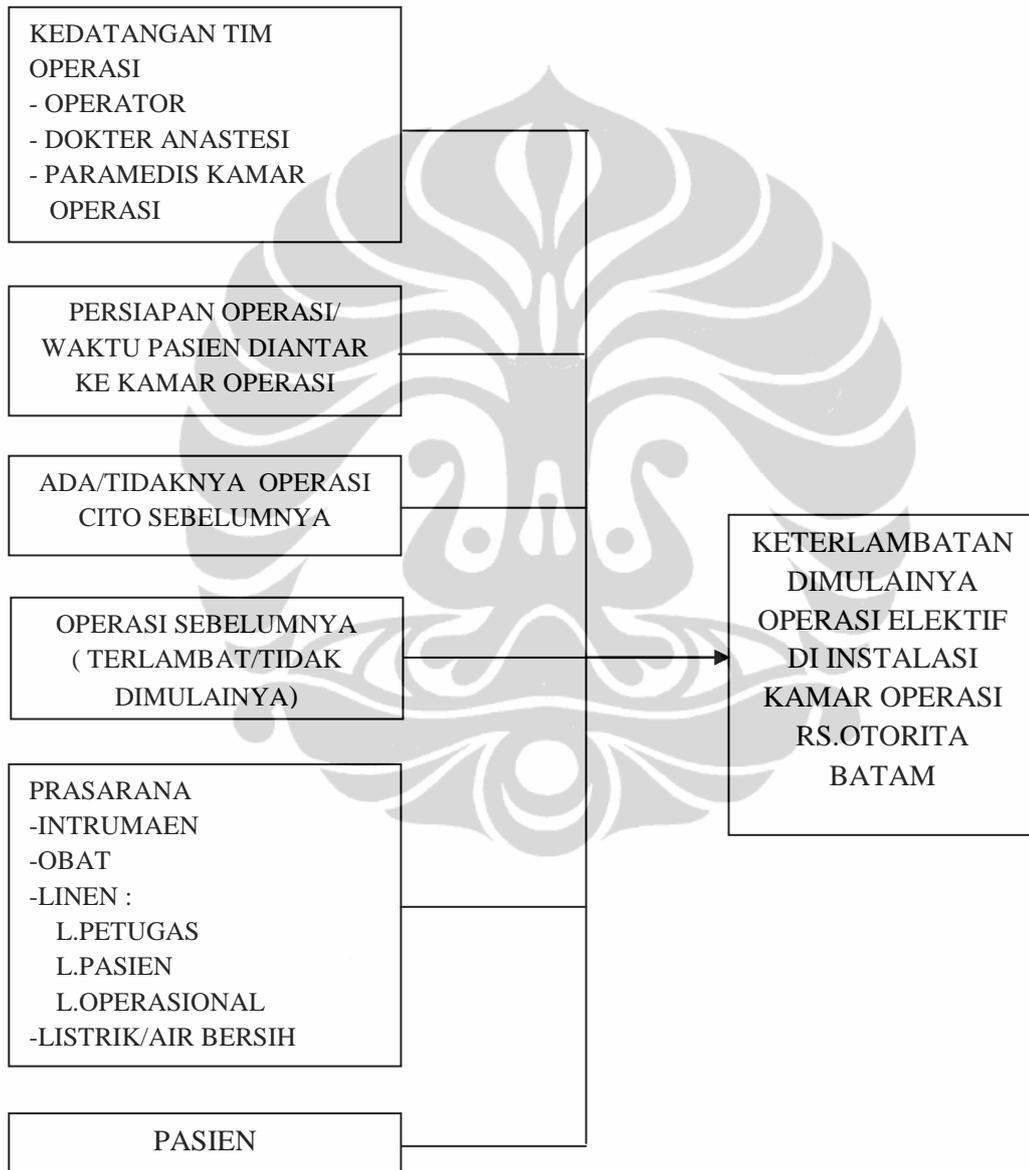
-----@-----

BAB 4

KERANGKA PIKIR

4.1. Kerangka Pikir

Gambar 5. Kerangka Konsep



4.2 Hipotesis

Keterlambatan dimulainya Operasi Elektif di Instalasi Kamar Bedah RS.Otorita Batam dipengaruhi oleh beberapa penyebab:

1. Waktu kedatangan Tim Operasi
2. Persiapan pasien di Ruang rawat inap/kedatangan pasien dari ruangan
3. Terlambat/tidaknyanya operasi sebelumnya
4. Adanya operasi cito yang tidak terjadwal
5. Sarana dan Prasarana Instalasi Kamar Bedah
6. Pasien

4.3. Definisi Operasional

1. Operasi Elektif
Suatu tindakan pembedahan di Kamar Bedah RSOB yang dilakukan secara terencana dilakukan pada hari kerja dan Pada Jam kerja (08:00 WIB s/d 12:00 WIB) oleh dokter RSOB
2. Instalasi Kamar Bedah
Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam
3. Keterlambatan Dimulainya Operasi
Induksi belum dilakukan pada waktu yang telah ditetapkan pada saat penjadwalan operasi
4. Tim Operasi
 - a. Operator
Dokter Spesialis RSOB yang melakukan tindakan operasi di Instalasi Kamar Bedah RS.Otorita Batam yang terdiri dari:
 - 1) Dokter Spesialis Bedah Umum
 - 2) Dokter Sub Spesialis Bedah Urologi
 - 3) Dokter Sub Spesialis Bedah Ortopedi
 - 4) Dokter Sub Spesialis Bedah Syaraf
 - 5) Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan
 - 6) Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah
 - 7) Dokter Spesialis Mata.

- 8) Dokter Spesialis Telinga Hidung dan Tenggorokan (THT)
 - b. Dokter Ahli Anastesi
Dokter Ahli Anastesi Rumah Sakit Otorita Batam
 - c. Paramedis Kamar Operasi
Tenaga Parawat baik itu perawat bedah maupun perawat anastesi yang bekerja di Instalasi Kamar Bedah RS.Otorita Batam.
5. Pasien
Orang sakit yang akan dioperasi.
6. Lama Operasi
Waktu Mulai dilakukan Induksi sampai pasien keluar dari kamar operasi
7. Prasarana
Prasarana/sarana adalah sesuatu yang mendukung ber operasinya Instalasi Kamar Bedah RS.Otorita Batam berupa instrument operasi, linen (linen petugas, linen pasien,serta linen operasional) serta Listrik dan air bersih.
8. Persiapan operasi
Semua tindakan yang dilakukan untuk mempersiapkan kondisi pasien diruangan rawat inap sebelum dilakukan operasi

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Metodologi Penelitian

Metode Penelitian ini merupakan penelitian Deskriptif dengan pendekatan Kualitatif

5.2. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam.

5.3. Sampel

Sampel Penelitian adalah seluruh operasi Elektif Yang dilakukan di Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam selama 12 hari kerja yaitu dari tanggal 13 November sampai dengan 30 November Tahun 2010

5.4. Sumber data dan Informasi

5.4.1. Data Primer

1. Pengamatan dan pencatatan langsung di kamar operasi dengan menggunakan formulir isian yang telah disediakan
2. Wawancara langsung dengan Kepala Instalasi Kamar Bedah, Dokter Operator,

5.4.2. Data Sekunder

Buku Register Instalasi Kamar Operasi Rumah Sakit Otorita Batam. Laporan Tahunan Instalasi Kamar Operasi Rumah Sakit Otorita Batam Tahun 2010.

5.5. Pengumpulan data

Pengumpulan data primer dan sekunder dilakukan dengan beberapa tahapan sebagai berikut:

1. Persiapan

- a. Pertama tama dilakukan Konsultasi dan diskusi tentang rencana penelitian yang akan dilakukan dengan pembimbing, setelah ditetapkan judul dan masalah yang akan diteliti kemudian diajukan kepada pembimbing berupa Proposal penelitian.
 - b. Diskusi dan konsultasi dengan Direktur Rumah Sakit Otorita Batam sekaligus mengajukan surat permohonan untuk melakukan penelitian.
 - c. Selanjutnya dipelajari data sekunder yang berhubungan dengan keterlambatan dimulainya operasi yaitu buku register Instalasi Kamar Bedah.
 - d. Pembuatan Formulir Penelitian
3. Lembaran formulir isian penelitian berisi: Tanggal/hari dan waktu kegiatan operasi, Diagnosis pasien, operator yang melakukan operasi, Kamar Operasi yang digunakan, Jadwal rencana dilakukan operasi, realisasi (waktu dilakukannya induksi) lama waktu terlambatnya dimulai operasi, lama pelaksanaan operasi, operator yang melakukan operasi, dan penyebab keterlambatan dimulainya operasi. (lampiran 1)
- e. Sehari sebelum dimulainya penelitian dilakukan diskusi dengan Kepala Ruangan Kamar Bedah dan Perawat Penanggung Jawab Shift serta Dokter Muda Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti Yang sedang melakukan kepaniteraan klinik (Co-asisten) di Bahagian Anastesi di Instalasi Kamar Bedah RSOB sebanyak 4 orang dan memberikan pengarahan tentang maksud dan tujuan penelitian, kemudian membagikan lembaran formulir insian dan cara pengisiannya.

2. Pelaksanaan Penelitian

- a. Pengumpulan data primer dilakukan pada kamar Operasi I,II,III,IV selama 12 hari kerja yaitu dari tanggal 13 November sampai dengan tanggal 30 November 2010 dengan total operasi elektif sebanyak 76 operasi

Alat Pengumpulan data Primer :

- Formulir isian/Pencatatan
- Alat tulis
- Jam dinding di masing masing kamar operasi

- b. Pencatatan dilakukan dengan berpedoman kepada formulir pencatatan yang telah disediakan dan dibagikan sebelumnya.

- c. Pengamatan

Yang bertanggung jawab mengisi lembaran isian adalah Dokter Muda Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti Yang sedang melakukan kepaniteraan klinik (Co-asisten) di Bahagian Anastesi di Instalasi Kamar Bedah RSOB sebanyak 4 orang masing masing satu orang tiap kamar operasi dan Perawat Kepala Ruangan kamar Bedah sebagai koordinatornya yang telah diberi pengarahan sebelum dilakukan penelitian ini.

- d. Supervisor

Peneliti sendiri melakukan wawancara langsung dengan Kepala Instalasi Kamar Bedah, Dokter Operator, Dokter Anastesi dan Kepala Perawat Kamar Bedah dan bertindak sebagai supervisor dan mengawasi jalannya penelitian dan mengatasi permasalahan dan kendala kendala yang mungkin ditemui selama berlangsungnya penelitian.

- e. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan.....

e. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan:

- Kepala Instalasi Kamar Bedah RSOB
- Dokter Operator

5.6. Pengolahan Data

1. Editing

Semua formulir isian yang sudah diisi diperiksa satu persatu apakah sudah diisi dengan lengkap.

2. Koding

Untuk mempermudah pengolahan data dilakukan pemberian kode kode pada variabel variabel yang diteliti

3. Analisa data

Data yang sudah ada kemudian dianalisa dengan menggunakan kalkulator dan personal computer.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November Tahun 2010, selama 12 hari kerja (lima hari dalam seminggu kecuali hari minggu dan hari jum'at) yaitu mulai dari Tanggal 13 November sampai dengan Tanggal 30 November 2010 di Instalasi Kamar Bedah RSOB. Pengumpulan data primer dilakukan dengan Formulir isian yang dilakukan oleh Dokter Muda (Co Asisten) Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik bahagian Anastesi sebanyak 4 orang yaitu masing masing satu orang untuk satu kamar operasi dan Wawancara langsung dengan Kepala Instalasi Kamar Bedah, dan dokter operator.

Lembaran formulir isian telah dirancang sedemikian rupa berdasarkan kepada variabel yang akan diteliti sehingga memudahkan untuk mengisinya, dan sebelum melakukan penelitian, Peneliti dan para pengumpul data telah melakukan diskusi dan pengarahan tentang maksud dan tujuan penelitian ini serta mengajarkan cara mengisi formulir isian tersebut secara benar karena validitas penelitian ini sangat tergantung dari keabsahan data dan kejujuran proses pengambilan data.

6.2. Analisis Dan Penyajian Data

Dari data yang telah terkumpul selama penelitian kemudian di analisa dan dikelompokkan serta disajikan berbentuk tabel distribusi frekwensi dan statistic deskriptif dan hasilnya disajikan berupa tabel dan diuraikan berdasarkan pengelompokan variable yang diteliti tersebut. Dari hasil pengamatan selama penelitian dari 80 operasi elektif yang telah dijadwalkan telah dilakukan sebanyak 76 kali operasi eleektif 75 operasi diantaranya terlambat dimulai dari jadwal yang telah ditetapkan sebelumnya dan 4 rencana operasi batal dilakukan.

Tabel 6.1.Distribusi status Operasi Elektif

No	Status Operasi	Jumlah
1	Terlambat	75
2	Tidak terlambat	1
3	Batal	4
Jumlah Operasi		80

Dari tabel 6.1.diatas terlihat bahwa dari 80 operasi elektif yang dijadwalkan 75 operasi terlambat dimulai,1 operasi dimulai tepat waktu dan 4 operasi batal dilaksanakan

Tabel.6.2.Distribusi Jumlah Operasi Perhari

No	Tanggal	Operasi Elektif	Operasi Cito	Jumlah
1	13-11-2010	7	5	12
2	15-11-2010	9	7	16
3	16-11-2010	4	6	10
4	18-11-2010	4	6	10
5	20-11-2010	6	8	14
6	22-11-2010	7	4	11
7	23-11-2010	2	4	6
8	24-11-2010	9	3	12
9	25-11-2010	4	5	9
10	27-11-2010	6	10	16
11	29-11-2010	7	6	13
12	30-11-2010	11	9	20
JumlahTotal		76	73	149

Dari tabel 6.2.diatas terlihat operasi di Instalasi Kamar Bedah RSOB berjumlah 149 operasi terdiri dari 76 operasi elektif, dan 73 operasi cito

Keterangan untuk tabel 6.3 sampai dengan tabel 6.14 :

Penyeban/alasan terlambat dilaksanakannya operasi dikelompokkan menjadi 6 kelompok seperti dibawah ini

1. OK sedang dipakai Operasi cito
2. Tim Operasi
 - 2A . Operator terlambat datang tanpa alasan yang jelas
 - 2B . Operator sedang ada tugas Poliklinik/emergency
 - 2C . Ganti Operator
 - 2D . Operator berhalangan
 - 2E . Operator ada rapat
3. Karena Operasi sebelumnya Terlambat dimulai
4. Persiapan pasien diruangan
 - 4A . Persiapan pasien diruangan belum selesai
 - 4B . Status Pasien belum diantar dari ruangan
5. Sarana dan Prasarana Instalasi Kamar Bedah
6. Pasien terlambat diantar dari ruangan karena menunggu keluarga pasien
7. OT .On Time
8. OP adalah Operator
9. M adalah menit
10. J adalah jam

Tabel 6.3..Operasi Elektif Tgl 13 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Terlam bat	Lama Op	alasan terlam bat
1	Pielolitotomy	MB	2	12.00	12:43-14:43	43m	43	1
2	Kista ateroma	HT	3	08:00	14:03-14:18	6J	15	2B
3	Sirkumsisi	HT	3	08:30	15:17-15:37	6J 47m	20	3
4	SNNT	HT	4	12:00	16:05-17:45	4J 5m	1j40m	3
5	Ca.mamae	HT	3	14:00	18:40-19:30	4J40m	50m	3
6	Fistula ani	HT	4	15:00	20:55-21:15	5J55m	20m	3
7	Debridemen	Jor	4	08:00	09:02-09:10	1J2m	8m	1

Dari tabel 6.3.diatas terlihat bahwa dari 7 operasi yang dilakukan semuanya terlambat dimulai, yang disebabkan olehkarena Operator ada tugas lain (2B) 1 operasi, Ok sedang dipakai operasi cito (1) 2 operasi, dan operasi sebelumnya terlambat dimulai(3) 4 operasi.

Tabel.6.4.Operasi Elektif Tgl 15 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Terlam bat	Lama Op	Alas an terla mbat
1	Cpd	Ad	2	08:00	08:00-08:55	-----	55m	OT
2	Lit Lintang	Ad	2	09:15	10:30-11:27	45m	57 m	1
3	Cpd	Ad	2	10:15	12:00-13:02	1j45m	1J2m	3
4	Histerektomi	Ad	2	11:30	16:13-17:43	4j43m	1j30m	3
5	Tumor di kepala	GM	3	08:00	11:36-14:26	3j36m	2j50m	2A
6	Fraktur Maxilla	HT	4	11:30	15:00-16:15	3j30m	1j15m	2A
7	Ca.mamae	HT	3	12:00	00:25-03:17	12j25m	2j53m	3
8	ExsisiNaevus	HT	4	15:00	17:50-18-05	2J50m	15m	3
9	Post date/SC	AM	2	08:15	14:21-15:17	6J6m	56m	2B

Dari tabel 6.4.diatas terlihat bahwa dari 9 operasi yang dilaksanakan 8 operasi terlambat dimulai yang disebabkan oleh: Operator terlambat datang (2A) 2 operasi, Operator ada tugas lain (2B) 1 operasi, Ok sedang dipakai operasi cito (1) 1 operasi, operasi sebelumnya terlambat dimulai (3) 4 operasi. dan 1 operasi dimulai tepat waktu

Tabel.6.5.Operasi Elektif Tgl 16 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Terlam bat	Lama Op	Alas an terla mbat
1	Adenoidectomi	TD	4	08:00	09:35-10:53	1j35m	1j18m	4A
2	Kista dermoid	HT	2	08:00	15:36-15:45	7j36m	1j9m	2C
3	Cholelithiasis	HT	3	09:00	09:35-10:53	35m	1j20m	2C
4	Fistlektomi	HT	2	13:00	04:18-04:30	15j18m	12m	2C

Dari tabel 6.5.diatas terlihat bahwa dari 4 operasi yang dilaksanakan semuanya terlambat dimulai yang disebabkan oleh: Operator diganti (2C) 3 operasi, persiapan operasi diruangan belum selesai (4A) 1 operasi.

Tabel.6.6.Operasi Elektif Tgl 18 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Ter lam bat	La ma Op	Alsan terlam bat
1	Letak sunsang	Aad	2	08:00	08:30-09:25	30m	55m	1
2	Let LintangBuka	AM	3	09:00	09:40-10:45	40m	1j5m	2A
3	Buka Pen	Jor	4	08:00	09:55-10:50	1j55m	55m	2A
4	Orif	Jor	4	09:00	13:30-14:00	4j	30m	2B

Dari tabel 6.6.diatas terlihat bahwa dari 4 operasi yang dilaksanakan semuanya terlambat dimulai yang disebabkan oleh: OK sedang dipakai operasi cito (1) 1 operasi. Operator terlambat datang (2A) 2 operasi, Operator ada tugas lain (2B) 1 operasi,

Tabel.6.7.Operasi Elektif Tgl 20 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Ter lam bat	Lama Op	Alas an terla mbat
1	Corpus alianum	TD	2	08:30	09:30-10:30	1j	1j	2A
2	Bkas SC	Aad	3	08:00	08:15-09:10	15m	55m	4A
3	Repair Vagina	Aad	3	09:15	10:03-11:00	48m	57m	4A
4	VL	HT	4	08:30	09:20-10:00	50m	40m	4B
5	Hernia	HT	4	10:30	16:09-18:30	5j39m	2j21m	2B
6	Selulitis	HT	3	13:00	19:00-19:30	6j	30m	2B

Dari tabel 6.7.diatas terlihat bahwa dari 6 operasi yang dijadwalkan semuanya terlambat dimulai yang disebabkan oleh: Operator terlambat datang (2A) 1 operasi, persiapan pasien diruangan belum selesai (4A) 2 operasi, status pasien belum diantar dari ruangan (4B) 1 operasi dan karena operasi sebelumnya terlambat dimulai (3) 2 pasien.

Tabel.6.8.Operasi Elektif Tgl 22 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Ter lam bat	Lama Op	Alasan terlam bat
1	Apendisitis conis	HT	2	08:000	09:00-09:55	1J	55m	2A
2	Clavus multiple	HT	3	09:15	10:20-10:45	1j5m	25m	3
3	SNNT	HT	3	10:30	13:00-15:55	2j30m	2j55m	3
4	Kista Aterom	HT	4	13:00	16:30-17:00	3j30mj	30m	3
5	Abses	HT	4	14:00	21:00-21:15	5 j	15m	3
6	Fistula ani	HT	3	14:30	21:33-22:30	7j3m	57m	3
7	Apendisitis cronis	RZ	2	08:00	15:08-15:55	7j8m	47m	2B

Dari tabel 6.8.diatas terlihat bahwa dari 7 operasi yang dijadwalkan semua operasi terlambat dimulai, yang disebabkan oleh operator terlambat datang (2A) 1 operasi, operasi sebelumnya terlambat dimulai(3) 5 operasi dan 1 operasi karena operator ada tugas lain (2B)

Tabel.6.9.Operasi Elektif Tgl 23 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Ter lam bat	Lama Op	Alasan terlam bat
1	Laparotomi	AM	2	08:00	10:35-12:05	2j35m	1j30m	2A
2	Ca.mamae	HT	3	08:00	13:00-14:25	5j	1j25m	2B
3	Ganglion	RZ		Batal				2D
4	Tutup Colostomi	RZ		Batal				2D
5	Limpoma	RZ		Batal				2D
6	Apendisitis cronis	RZ		Batal				2D

Dari tabel 6.9.diatas terlihat bahwa dari 2 operasi yang dilaksanakan semuanya terlambat dimulai, disebabkan operator terlambat datang (2A) 1 operasi, operator ada tugas lain (2B) 1 operasi,4 operasi batal karena operator berhalangan(2D) 4 operasi

Tabel.6.10.Operasi Elektif Tgl 24 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Ter lam bat	Lama Op	Alasan Terla mbat
1	BPH	MB	3	08:00	08:41-09:50	41m	1j9m	6
2	Ca.mamae	RZ	4	08:00	10:20-12:33	2j20m	2j13m	2E
3	Lipoma	RZ	3	11:00	13:00-13:21	2j	21m	3
4	Paranokia	HT	2	08:00	12:45-13:00	4j45m	15m	2B
5	Keloid	HT	2	08:30	13:15-13:43	4j15m	28m	3
6	Clavus multiple	HT	2	09:15	14:30-14:49	5j15m	19m	3
7	Ulkus diabetic	HT	3	09:45	15:03-15:35	5j18m	30m	3
8	Lipoma	HT	2	10:00	16:00-16:33	4j	33m	3
9	Hernia	HT	3	12:00	19:07-20:50	6j53m	1j43m	3

Dari tabel 6.10.diatas terlihat bahwa dari 9 operasi yang dilaksanakan, semuanya terlambat dimulai disebabkan karena pasien terlambat diantar disebabkan karena familinya belum datang(6) 1 operasi ,1 operasi disebabkan operator masih rapat

(2E), karena operator masih ada tugas poliklinik (2B) 1 operasi, 6 disebabkan operasi sebelumnya terlambat dimulai (3)

Tabel.6.11.Operasi Elektif Tgl 25 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Ter lam bat	Lama Op	Alasan terlam bat
1	Candiloma	AM	4	08:00	09:25-09:45	1j25m	20m	4A
2	HIL	HT	3	08:30	09:26-10:44	56M	1J18M	2B
3	Haemoroid	HT	2	10:00	11:00-12:09	11J	1j9m	3
4	SOL	GM	4	09:00	10:3012:00	1J30M	1J30M	3

Dari tabel 6.11.diatas terlihat bahwa dari 4 operasi yang dijadwalkan semuanya terlambat dimulai, 1 operasi disebabkan karena persiapan operasi diruangan belum selesai(4A) dan 3 operasi disebabkan karena operator ada tugas di poliklinik.(2B)

Tabel.6.12.Operasi Elektif Tgl 27 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Ter lam bat	Lama Op	Alas an Terla mbat
1	FAM	RZ	3	08:00	10:00-10:25	2j	25m	2A
2	Hernia	RZ	2	08:45	11:00-12:15	2j15m	1j15m	3
3	Apendisitis cronis	RZ	3	09:15	12:43-13:25	3j28m	42m	3
4	V.L Multiple	RZ	3	10:15	14:15-14:43	4j	28m	3
5	Bekas SC	Aad	2	08:00	09:00-09:53	1j	53m	1
6	Suspect CPD	AM	4	10:15	11:17-12:13	1j2m	56m	2A

Dari tabel 6.12.diatas terlihat bahwa dari 6 operasi yang dijadwalkan semuanya terlambat dimulai , 1 operasi disebabkan oleh OK sedang dipakai operasi cito (1), operasi sebelumnya terlambat dimulai(3) 3 operasi dan 2 operasi terlambat karena operator terlambat datang (2A).

Tabel.6.13.Operasi Elektif Tgl 29 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Ter lam bat	Lama Op	Alasan terlam bat
1	Parafinom Penis	MB	2	08:00	09:31-11:30	1j31m	1j59m	6
2	SNNT	HT	3	08:00	09:33-11:53	1j33m	1j30m	1
3	Fistula perianal	HT	3	10:00	13:00-13:55	3j	55m	3
4	Abses Mamae	HT	3	12:00	15:00-15:30	3j	30m	3
5	Ca mamae	HT	3	13:00	19:00-20:43	6j	1j43m	3
6	Orif Femur	Jor	4	09:00	10:00-10:36	1j	36m	2A
7	Fraktr Tibia tbk	Jor	4	10:00	11:05-12:02	1j	57m	3

Dari tabel 6.13.diatas terlihat bahwa dari 7 operasi yang dijadwalkan semuanya terlambat dimulai 1 operasi terlambat karena pasien terlambat diantar dari ruangan karena menunggu family datang(6), 1 operasi karena OK sedang dipakai operasi cito (1), 4 operasi karena operasi sebelumnya terlambat dimulai (3) dan 1 pasien terlambat di operasi karena operator terlambat datang (2A)

Tabel.6.14.Operasi Elektif Tgl 30 November 2010

Pa si en	Diagnosa/ Tindakan	OP	O K	Jad wal Op	Realisasi	Ter lam bat	Lama Op	Alas an terla mbat
1	Let sunsang	AM	2	08:00	09:05-10:00	1j5m	55m	2A
2	CPD	AM	2	09:15	10:20-11:23	1j5m	1j3m	3
3	Ulkus diabet	HT	3	08:00	09:25-09:52	1j25m	27m	2A
4	Hernia	HT	4	09:00	10:20-12:15	1j20m	1j55m	3
5	Apendisitis cronis	HT	2	11:20	12:35-13:30	1j15m	55m	3
6	Lipoma	HT	2	12:45	14:25-15:50	1j40m	25m	3
7	Frktr ante brachii	Jor	4	08:00	08:35-09:03	35m	28m	2A
8	Ruptur tendon	Jor	4	09:00	09:33-10:07	33m	34m	3
9	Orif	Jor	3	10:00	10:42-11:39	42m	57	3
10	Frktr Femur	Jor	3	11:00	14:20-16:06	3j20m	1j46m	3
11	Hordeulum	ED	1	08:30	09:22-09:50	52m	28	2A

Dari tabel 6.14.diatas terlihat bahwa dari 11 operasi yang dijadwalkan semuanya terlambat dimulai, 4 operasi terlambat disebabkan oleh karena operator terlambat datang (2A) dan 7 operasi karena operasi sebelumnya terlambat dimulai

Tabel 6.15.Penyebab Keterlambatan Dimulainya Operasi Elektif

No	Penyebab Keterlambatan	Jumlah
1	Operator terlambat datang	14
2	Operator sedang bertugas di poliklinik/IGD	9
3	Operator sedang ada rapat	1
4	Operasi sebelumnya terlambat dimulai	35
5	Ok sedang dipakai operasi cito	6
6	Persiapan operasi di ruangan belum selesai	4
7	Status belum diantar dari ruangan	1
8	Pasien menunggu Famili Datang	2
9	Ganti Operator	3
	J u m l a h	75

Dari tabel 6.15.diatas terlihat Dari 75 operasi yang terlambat dimulai: 14 operasi disebabkan oleh operator terlambat datang, 7 operasi karena operator masih ada tugas di poliklinik/emergensi, 1 operasi karena operator sedang rapat, 37 operasi karena operasi sebelumnya terlambat dimulai, 6 operasi karena OK dipakai untuk operasi cito, 4 operasi karena Persiapan operasi diruangan belum selesai, 1 operasi karena status belum diantar dari ruangan perawatan, 2 operasi karena pasien menunggu family datang, dan 3 operasi karena karena ganti operator

Tabel 6.16. Distribusi operasi berdasarkan jenis operasi

No	Jenis Operasi	Jumlah
1	Kecil (< 30 Menit)	20
2	Sedang (30 S/D 60 Menit)	32
3	Besar (>60 Menit)	24
		76

Dari tabel 6.16. terlihat bahwa dari 76 operasi elektif 20 operasi merupakan operasi kecil,32 operasi sedang, 24 operasi besar

Tabel 6.17.Distribusi operasi berdasarkan tempat operasi

No	TEMPAT OPERASI	JUMLAH OPERASI
1	KAMAR OPERASI I	1
2	KAMAR OPERASI II	25
4	KAMAR OPERASI III	29
4	KAMAR OPERASI IV	21
	J U M L A H	76

Dari tabel 6.17.terlihat dari 76 operasi elektif yang dilaksanakan,jumlah operasi di OK I sebanyak 1 operasi, di OK II sebanyak 25 operasi, di OK III sebanyak 29 operasi dan di OK IV sebanyak 21 operasi

Tabel 6.18.Lama Waktu Terlambat dimulainya operasi elektif

No	WAKTU KETERLAMBATAN	JUMLAH
1	30 MENIT <	18
2	30 MENIT S/D 60 MENIT	30
3	> 60 MENIT	27
	J U M L A H	75

Dari Tabel 6.18. Terlihat bahwa operasi yang terlambat dimulai kurang dari 30 menit sebanyak 18 operasi, antara 30 menit sampai dengan 60 menit sebanyak 30 operasi dan yang lebih dari 60 menit sebanyak 27 opera

BAB 7

PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

7.1. Analisis Hasil Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian Deskriptif dengan pendekatan Kualitatif yang dilakukan selama 12 hari kerja yaitu mulai dari tanggal 12 November sampai dengan tanggal 30 November tahun 2010, yang dilaksanakan di Instalasi Kamar Bedah RSOB.

Dari pengamatan dan pencatatan selama penelitian didapatkan bahwa dari 80 operasi elektif yang telah dijadwalkan, 75 operasi terlambat dimulai dengan berbagai penyebab (tabel 6.15). 1 operasi dimulai sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, dan 4 operasi batal dilaksanakan.

Dari hasil penelitian didapatkan penyebab keterlambatan dimulainya Operasi elektif di Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Otorita Batam adalah sebagai berikut:

1. Operator terlambat datang

Dari 75 operasi yang terlambat dimulainya, 14 operasi terlambat disebabkan oleh keterlambatan kedatangan operator.

Dari hasil wawancara peneliti dengan Operator X diperoleh alasan keterlambatan memulai operasi adalah sebagai berikut:

"Bagaimana saya tidak terlambat melakukan operasi sementara saya masih harus melayani pasien di poliklinik, melakukan visite diruangan, menjawab konsul Emergensi belum lagi kalau ada rapat yang harus saya ikuti dan acara ilmiah seperti Morning Report dan laporan kasus, sementara jumlah operator bedah yang ada sekarang tinggal dua orang yang sebelumnya empat orang, sementara beban kerja tidak berkurang. sebelumnya saat operator bedah masih berjumlah 4 orang maka beban operasi tidak lah terlalu berat seperti sekarang ini, kita bisa membagi tugas di poliklinik, jaga Emergensi, kamar operasi dan visite pasien diruangan rawat inap, pasien pun tidak terlantar seperti

sekarang ini, kalau dibiarkan lama lama seperti ini tentu kita akan sangat kerepotan dalam melayani pasien sedangkan Rumah Sakit kita ini adalah Rumah Sakit rujukan dari daerah lain dipropinsi Kepri ini,

Mengenai adanya operasi yang tertunda disebabkan karena kamar operasi sedang dipakai untuk operasi cito, dokter operator X mengatakan:

Rumah sakit kita adalah Rumah Sakit tipe B yang mempunyai lebih dari dua ratus tempat tidur sementara kamar operasi kita hanya 4 buah dan itupun hanya 3 kamar operasi yang efektif bisa digunakan tentu saja jumlah itu tidak cukup untuk jumlah operasi yang kita lakukan, ya menurut saya wajar saja ooperasi kita sering terlambat dimulainya, Sebetulnya apabila pihak manajemen dan pemilik Rumah Sakit ini bisa memahami kondisi ini menurut saya itu bukanlah suatu yang rumit untuk melenkapi alat alat untuk menjalankan kamar operasi yang sekarang berada di demergency, kita bisa memanfaatkan kamar operasi tersebut untuk operasi cito, disamping tempatnya yang strategis yaitu dekat dengan emergency dan ruangan highcare unit sekaligus kita bisa memisahkan operasi elektif dengan operasi cito sehingga tumpang tindih antara operasi cito dan elektif bisa diatasi.

Selanjutnya dok, kemaren kan ada 4 orang dokter bedah kenapa sekarang kok inggal 2 orang saja. Dokter operator X mengatakan;
Yah ini hal yang sebetulnya harus menjadi perhatian dari pihak manajemen dimana jasa medik yang kita peroleh sepertinya tidak sesuai dengan apa yang telah kita lakukan ,banyak jasa medis kita yang tidak keluar yang apa bila kita tanyakan kepada pihak manajemen dan bahkan kitakan sudah pernah mengadakan rapat antara komite medik dan pihak manajemen dan keuangan tapi jawaban mereka selalu idem itu yang tagihan belum dibayarliah dari jamsostek, dari perusahaan, dari jamkeskinlah, seharusnya mereka kan bisa menalangi lebih dahulu toh kita telah

melaksanakan kewajiban kita, dan walaupun hal itu benar maka mereka kan bisa menunjukkan kepada kita bahwa setiap bulannya jasa medis yang kita terima bisa dirinci antara yang sudah dibayar dan yang belum dibayar oleh pelanggan dan apabila sudah dibayarkan pelanggan maka pada bulan berikutnya akan terlihat di kwansi jasa medis. Belum lagi poongan 50% untuk manajemen dan 50% untuk kita dikurangi lagi pajak.

Kamar Operasi yang ada di emergency sekarang ini terdiri dari 3 kamar operasi ,terletak di bangunan yang baru disamping ruangan emergency, kamar operasi ini belum dilengkapi oleh peralatan untuk operasi sehingga belum bisa dimanfaatkan untuk melakukan operasi

2. Operasi Sebelumnya Terlambat Dimulai

Dari 75 operasi yang terlambat dimulainya, ada 35 operasi terlambat disebabkan karena operasi sebelumnya terlambat dimulai hal ini disebabkan karena karena operator menunggu giliran pemakaian kamar oprasi yang sedang dipakai oleh operator lain yang terlambat memulai operasinya, hal mana dikarenakan keterbatasan jumlah kamar operasi yang tersedia

3. Ada Operasi Cito

Instalasi Kamar Bedah RSOB mempunyai 4 kamar operasi 1 kamar operasi mata dan yang lain melayani operasi Elektif, Operasi Cito,Sampai saat penelitian ini berakhir belum ada pemisahan kamar operasi untuk operasi elektif dan operasi Cito,sebetulnya kamar operasi untuk operasi cito sudah ada bangunan fisiknya yang terletak berdekatan dengan ruangan Emergency, Hanya saja sampai sekarang belum bisa dioperasikan disebabkan karena belum tersedianya peralatan untuk melakukan operasi sehingga belum bisa dilakukan pemisahan kamar operasi antara operasi elektif dan operasi cito. Merujuk kepada konsep kamar bedah seperti di tinjauan kepustakaan maka sebaiknya pada

Rumah Sakit apalagi rumah sakit tipe B sudah ada pemisahan kamar operasi antara kamar operasi elektif dengan kamar operasi cito sehingga pelaksanaan operasi tidak menjadi tumpang tindih sehingga penjadwalan operasi elektif menjadi rancu yang pada akhirnya menyebabkan operasi elektif terlambat dimulai.

Dari Wawancara yang dilakukan dengan Kepala Instalasi Kamar Bedah mengatakan bahwa *"Saya sudah berulang kali menyampaikan keluhan kepada pihak manajemen bahwa kamar operasi yang ada sekarang sudah tidak mampu lagi menampung jumlah operasi, saya dengan pihak manajemen sudah sering membahas ini tapi sampai sekarang belum ada realisasi dari pemilik rumah sakit ini saya juga kurang mengerti kenapa kamar operasi yang di emergensi itu belum juga dilengkapi peralatannya padahal jumlah pasien kita cukup banyak, yang mana kalau kita kelola dengan baik ini akan merupakan sumber pendapatan yang besar bagi rumah sakit kita ini"*.

Bagaimana dok mengenai penjadwalan operasi dan fasilitas yang dimiliki kamar bedah sekarang ini: Kepala Instalasi Kamar Bedah menjawab sbb:

Kita sudah membuat sedemikian rupa penjadwalan operasi tapi dalam pelaksanaannya seringkali tidak berjalan sesuai dengan yang kita harapkan seperti pada saat perawat ruangan mendaftarkan pasien untuk memperoleh jadwal operasi seharusnya diterima oleh petugas yang khusus untuk itu tapi kenyataannya diterima oleh siapa saja yang ada pada saat itu dan kemudian dicatat di papan tulis rencana operasi untuk esok harinya, ini hanya masalah koordinasi dan pembagian pekerjaan yang kurang berjalan sesuai dengan ketentuan yang telah kita tetapkan. Disamping itu kita kan belum mempunyai Sistem Informasi Instalasi Kamar Bedah sehingga penjadwalan dan pengaturan operasi masih kita lakukan secara manual sedangkan

mengenai alat alat atau sarana dan prasarana untuk kamar operasi yang sekarang sudah cukup memadai.

4. Pasien terlambat diantar dari ruangan perawatan

Dari 75 Operasi elektif yang terlambat dimulainya operasi ada 4 orang pasien terlambat dimulainya operasi yang disebabkan oleh karena pasien terlambat diantar ke kamar operasi, hal ini disebabkan karena persiapan operasi yang belum selesai seperti persiapan pemeriksaan penunjang maupun karena belum selesainya konsul pro operasi seperti konsul internis ,anak dan lain lain

5. Pasien

Pasien merupakan orang sakit yang akan menjalani operasi membutuhkan dukungan moril baik itu dari orang tua, famili dan dari dokter serta petugas medis lainnya sehingga pada saat akan memasuki kamar operasi mental dan emosionalnya sudah siap untuk dilakukan operasi terhadap dirinya,dari 75 operasi elektif ada 2 operasi yang terlambat dimulai yang disebabkan oleh karena pasien meminta agar operasi dilangsungkan setelah familinya datang.

BAB 8

SIMPULAN DAN SARAN

8.1. Simpulan

Dari analisa, penyebab keterlambatan dimulainya operasi elektif di Instalasi Kamar Bedah dapat diambil simpulan sebagai berikut :

1. Keterlambatan dilmulainya operasi elektif di Instalasi Kamar bedah RSOB disebabkan oleh karena kedatangan operator terlambat dari jadwal operasi yang sudah dijadwalkan sebelumnya.
2. Keterlambatan dimulainya operasi elektif di Instalasi Kamar Bedah RSOB disebabkan karena adanya keterlambatan dimulainya operasi sebelumnya.
3. Keterlambatan dilmulainya operasi elektif di Instalasi Kamar bedah RSOB disebabkan oleh karena adanya operasi cito yang dilakukan di kamar operasi yang sebelumnya sudah dijadwalkan untuk operasi elektif
4. Keterlambatan dilmulainya operasi elektif di Instalasi Kamar bedah RSOB disebabkan oleh karena Pasien yang akan dioperasi terlambat diantar ke kamar operasi dari ruangan perawatan
5. Keterlambatan dilmulainya operasi elektif di Instalasi Kamar bedah RSOB disebabkan Pasien menunggu familinya.
6. Problem manajerial secara tidak langsung berpengaruh kepada keterlambatan dimulainya operasi elektif di Instalasi Kamar Bedah RSOB

8.2. Saran

Berdasarkan kepada simpulan diatas maka disarankan hal hal sebagai berikut

1. Petugas penjadwalan operasi mengingatkan kembali kepada operator bahwa pada hari ini yang bersangkutan ada jadwal operasi elektif.
2. Menambah dokter Operator
3. Perlu penambahan jumlah kamar operasi
4. Dilakukan pemisahan antara operasi elektif dan operasi cito
5. Melengkapi peralatan kamar operasi yang sekarang belum dipakai sehingga dapat difungsikan untuk operasi cito
6. Pihak Manajemen Rumah Sakit mendengarkan dan merespon keluhan-keluhan dan saran-saran dari Kepala Instalasi Kamar Bedah Maupun dari Tim Operasi Kamar Bedah

DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Aditama, Tjandra Yoga (2006) Aditama. Manajemen Administrasi Rumah Sakit (edisi kedua) Universitas Indonesia (UI press)
2. Apa yang perlu anda ketahui Tentang Kamar Bedah. (2010) <http://spesialisbedah.com>.
3. Buku Kumpulan Materi Pelatihan Manajemen Kamar Bedah 2^{second} (National Course Operating Room Management), 2010 Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia (Indonesia Operating Room Nurses Asosiation) Jakarta .
4. Buku Panduan Dasar Dasar Keterampilan Bagi Perawat Kamar Bedah (2008) Cetakan Ke Tujuh. Perhimpunan Perawat Kamar Bedah Jakarta. (HIPKABI) DPP-HIPKABI Press
5. Direktorat Jendral Perkembangan Penyakit menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman Departemen Kesehatan RI (1996) Ruang Operasi , Pedoman Teknis Pengelolaan Makanan dan Pencegahan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit.
6. Djojosingito. M. Ahmad dan Roeshadi Djoko, dan Puspongoro, Aryono. D. dan Supardi Imam (2001) Buku Manual Pengendalian Infeksi Nasokomial Di Rumah Sakit Johnson & Johnson Medical Indonesia
7. Depkes Ri. (1993) Pedoman Kerja Perawat Kamar Operasi. Depke RI, Dirjen Yanmed , Direktorat Rumah Sakit Umum Dan Pendidikan.
8. Ilyas Yaslis (2 Oktober 2004) Perencanaan SDM Rumah Sakit Teori, Metode Dan Formula (.edisi revisi Cetakan ke 2) Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM/UI, Depok, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 228/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
10. Kotler, P. (1997) Manajemen Pemasaran, Jakarta, PT Prenhallindo, Jakarta.
11. Kamar-operasi-1 (2010) <http://abrorshodiq.wordpress.com/>
12. Laporan Tahunan Tahun 2009 Instalasi Kamar Bedah RSOB
13. Majalah Farmacia Edisi Agustus 2007 , Halaman: PT Amythas Publicita

14. Notoatmodjo.Sukidjo,(Maret 2010). Metodologi Penelitian Kesehatan. Edisi Revisi Cetakan Pertama, Rineca Cipta
15. Putsep,Erwin (1981) Moderen hospital. international planning and practices, London, Loyd Luke Ltd.
16. Profil Rumah Sakit Otorita Batam.
17. Protap bahagian humas dan promosi RSOB
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 290/MENKES/PER/III/2008 Tentang persetujuan tindakan medis BAB II Pasal 2 ayat 1
19. Rustiyanto Ery (2010). Staistik Rumah Sakit untuk Pengambilan Keputusan Edisi Pertama. Graha Ilmu
20. Tim departemen Kesehatan RI: Pedoman Kerja Perawat Kamar Operasi , Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, Cetakan 1.
21. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit