**BAB II  
TINJAUAN TEORI**

* 1. **Konsep Kamar Operasi**
     1. **Kamar Operasi**

1. **Pengertian Kamar Operasi**

Suatu unit khusus di rumah sakit yang berfungsi sebagai tempat untuk melakukan tindakan pembedahan secara elektif maupun akut, yang membutuhkan kondisi steril dan kondisi khusus lainnya. Unit ruang operasi terdiri dari Kamar be­dah yang merupakan ruang untuk melakukan tindakan operasi dan atau pem­bedahan (Kemenkes RI, 2012).

1. **Standart Pelayanan Kamar Operasi**
2. **Falsafah dan Tujuan**

Pelayanan di kamar operasi harus memiliki falsafah dan tujuan tertulis yang mencerminkan pelayanan medis dan pelayanan perawa­tan agar dapat ter­cipta koordinasi dan kesinambungan pelayanan pasien selama dilakukan tin­dakan pem­bedahan

Kriteria:

1. Falsafah dan tujuan pelayanan harus konsisten dengan fal­safah dan tujuan rumah sakit
2. Tindakan pembedahan dilakukan sedemikian rupa sehingga menghilangkan emosional dan memberi rasa aman pada pasien
3. Kemampuan pelayanan kamar operasi harus sesuai dengan kebu­tuhan ru­mah sakit dan masyarakat
4. Harus ada pencatatan dan pelaporan yang baik untuk keperluan *medi­colegal*, klinik, dan evaluasi pelayanan
5. Harus tercipta kerja sama antar disiplin
6. Harus ada ketentuan yang mengatur tentang tanggung ja­wab yang berkai­tan dengan pendidikan, riset, dan evaluasi tindakan.
7. **Administrasi dan Pengelolaan**

Administrasi dan pengelolaan dalam penjaminan mutu pelayanan kesehatan, dimana kamar operasi merupakan bagian integral dari unit rumah sakit dan di­atur agar dapat memenuhi kebutuhan masyarakat harus memenuhi beberapa kriteria, di­antaranya:

1. Cakupan pelayanan ditentukan berdasarkan fungsi, lokasi, dan ke­mam­puan rumah sakit
2. Harus ada bagan organisasi yang mencerminkan hubungan kerja, wewenang dan tanggung jawab dari staf medis, para­medis perawatan, dan paramedis non perawatan
3. Bagan organisasi harus dapat mencerminkan hubungan kerja sama dan in­tegrasi dengan unit kerja lain
4. Harus ada kepala yang ditetapkan untuk bertanggung jawab atas pengelolaan kamar operasi
5. Staf kamar operasi harus terlibat dalam kegiatan berbagai kepa­nitiaan yang berkaitan dengan pelayanan di kamar operasi
6. Hak dan kewajiban staf medis bedah dan anastesi diten­tukan oleh pimpi­nan rumah sakit berdasarkan saran dari komite medis yang terkait (komite kredensial).
7. **Staf dan Pimpinan**

Pelaksanaan administrasi dan pengelolaan membutuhkan organisasi dan sum­ber daya manusia yang terstruktur. Pelayanan kamar operasi pun harus dilaksanakan oleh tenaga medis, para­medis perawatan, dan paramedis non perawa­tan yang terlatih dan berpengala­man

Kriteria:

1. Jenis dan jumlah tenaga harus disediakan berdasarkan atas fungsi, kemam­puan utilisasi dan cakupan pelayanan di ru­mah sakit
2. Staf medis yang bekerja di kamar operasi harus memiliki latar belakang pendidikan, pelatihan dan pengalaman dalam bidangnya dan memperoleh izin kerja dari pimpinan
3. Kamar operasi rumah sakit pendidikan harus diatur untuk men­dukung kegiatan pendidikan riset, dan evaluasi pela­yanan pem­bedahan
4. Pelayanan perawatan di kamar operasi harus dikepalai oleh seorang perawat yang memiliki pendidikan, pelatihan, dan pen­galaman mengelola kamar operasi
5. Harus disediakan tenaga paramedis perawatan dengan pen­didikan, pelati­han dan pengalaman cukup
6. Harus disediakan tenaga pendukung lain dalam bidang tata usaha dan pemeliharaan peralatan
7. Uraian kerja tertulis harus dibuat untuk semua tenaga di kamar operasi.
8. **Kebijakan dan Prosedur**

Kebijakan dan prosedur yang mengatur tentang pengelolaan dan pela­yanan operasi harus dibuat tertulis dan dipasang pada kamar operasi.

Kriteria:

1. Kebijakan dan prosedur harus ditelaah secara teratur oleh pengelola kamar operasi dan notulensi tersebut harus di­dokumentasikan
2. Dalam prosedur tersebut minimal harus ada pentunjuk ter­tulis ter­masuk dalam kebijakan ini adalah hal berikut:
   1. Cara bagaimana melakukan pemeriksaan identitas pasien sewaktu tiba di kamar operasi, memastian teknik serta lokasi operasi dan izin operasi
   2. Catatan kecelakaan/kegagalan dan mekanisme bagaimana hal terse­but dilaporkan kepada yang ber­wenang
   3. Fungsi dan peran kamar operasi dalam keadaan da­rurat di rumah sa­kit
   4. Penjelasan bagaimana pasien operasi dijadwalkan (baik el­ektif mau­pun darurat) dan prosedur bagaimana pasien di­tunda operasinya dan ditambahkan pada jadwal operasi yang sudah ada
   5. Prosedur pengendalian infeksi termasuk perlin­dungan dari penu­laran misalnya pasien hepatitis
   6. Prosedur yang dilakukan bila ada salah perhitungan
   7. Laporan operasi harus dibuat dalam rekam medis pasien. Setiap laporan harus berisi prosedur yang rinci, siapa yang terlibat, cara pembalutan, sistem *drainase* dan in­truksi pasien bedah. Di samping itu harus ada catatan jumlah kassa dan instrumen operasi.
   8. Catatan dari semua operasi harus disimpan dalam unit terse­but dan laporan berkala serta ringkasannya harus diberikan kepada direktur medis/wakilnya. Catatan pemakaian obat yang baku dan pengen­dalian obat narkotik harus dibuat.
3. Harus ada program dan prosedur pemeliharaan peralatan yang di­dokumen­tasikan
4. Harus ada cara pengendalian logistik yang efektif.
5. **Evaluasi dan Pengendalian Mutu**

Harus ada prosedur evaluasi untuk menilai penampilan kerja staf dan mutu pelayanan pembedahan

Kriteria:

* + 1. Pengelola kamar operasi bertanggung jawab untuk melakukan evaluasi pe­layanan pembedahan

1. Melakukan evaluasi dan melaporkan prestasi kerja staf. Staf perlu dilibatkan dalam penilaian prestasi kerjanya dan yang bersangkutan menilai hasil penilaian ter­sebut.
2. Menyelidiki dan melaporkan utilisasi kamar operasi
3. Menyelidiki dan melaporkan keluhan atau kekurangan da­lam pela­yanan dan bila perlu memperbaikinya
4. Menyelidiki dan melaporkan kecelakaan yang terjadi di kamar operasi
5. Menyiapkan dokumen yang mencatat kegiatan pela­yanan sehingga dapat diidentifikasikan kecenderungan dan diramalkan kebutuhan masa depan sehingga dapat mem­bantu rumah sakit membuat rencana jangka pan­jang
6. Membuktikan bahwa instrumen dan metode evaluasi ditelaah secara teratur dan diperbaiki sesuai perkem­bangan di bidang rumah sakit.
   * 1. **Peran Perawat di Kamar Operasi**

Peran perawat perioperatif tampak meluas, mulai dari praoperatif, in­traoperatif, sampai ke perawatan pasien *pasca*-anastesi. Peran perawat di kamar operasi berdasarkan fungsi dan tugasnya terbagi tiga, yaitu perawat administrasi, perawat pada proses pembedahan, dan perawat anastesi (Muttaqin 2013).

Pada praktiknya, peran perawat perioperatif dipengaruhi berbagai faktor, yaitu sebagai berikut:

* + - 1. Lama Pengalaman

Lamanya pengalaman bertugas dikamar operasi, terutama pada kamar pembedahan khusus, seperti sebagai perawat instru­men bedah saraf, onkologi, ginekologi, dan lain-lain akan memberikan dampak yang besar ter­hadap peran perawat da­lam menentukan hasil akhir pembedahan

* + - 1. Kekuatan dan Ketahanan Fisik

Beberapa jenis pembedahan, seperti bedah saraf, toraks, kardiovasku­lar, atau spina memerlukan waktu operasi yang pan­jang. Pada kondisi terse­but, perawat intrumen harus berdiri da­lam waktu yang lama dan dibutuhkan tingkat konsentrasi yang tinggi. Oleh karena itu, agar dapat mengikuti jalannya pem­bedahan secara optimal, dibutuhkan kekuatan dan ketahanan fisik yang baik.

* + - 1. Keterampilan

Keterampilan terdiri atas keterampilan psikomotor, manual, dan inter­personal yang kuat. Agar dapat mengikuti setiap jenis pembedahan yang ber­beda-beda, perawat instrumen diharapkan mampu untuk mengintegrasikan antara keterampilan yang dimiliki dengan keinginan dari operator bedah pada setiap tinda­kan yang dilakukan dokter bedah dan asisten bedah. Keterampilan psikomotor dan manual dapat dioptimalkan dengan mengikuti pelatihan perawat instrumen yang tersertifi­kasi serta diakui oleh profesi.

* + - 1. Sikap Profesional

Pada kondisi pembedahan dengan tingkat kerumitan yang tinggi, timbul kemungkinan perawat melakukan kesalahan saat menjalankan perannya. Oleh karena itu, perawat harus bersikap profesional dan mau menerima te­guran. Pada konsep tim yang digunakan dalam proses pembedahan, setiap peran diharapkan dapat berjalan secara optimal. Kesalahan yang dilakukan oleh sa­lah satu peran akan berdampak pada keseluruhan proses dan hasil pem­bedahan.

* + - 1. Pengetahuan

Pengetahuan tentang prosedur tetap yang digunakan insti­tusi. Perawat menyesuaikan peran yang akan dijalankan dengan kebijakan di mana perawat tersebut bekerja. Pengetahuan yang optimal tentang prosedur tetap berlaku akan memberikan arah pada peran yang akan dilakukan.

* + 1. **Pelaksanaan Peran Perawat Kamar Operasi**
       1. Identifikasi Jenis Pekerjaan

Staf keperawatan kamar operasi dibagi menjadi staf perawat langsung dan staf perawat tidak langsung. Staf perawat langsung terdiri dari perawat scrub, perawat sirkulasi (*unloop*), perawat anastesi, dan perawat asisten operasi {pada kondisi pem­bedahan di Indonesia, pelaksanaan operasi biasanya menggunakan perawat sebagai asisten operasi (*first assistance*) sehingga perlu diperhitungkan da­lam identifikasi jenis peker­jaan}.

Staf perawatan tidak langsung tidak memberikan asuhan langsung kepada pasien. Semua personil tambahan yang diper­lukan untuk mendukung ruang operasi, seperti sekretaris, teknisi instrumen, personel pelayanan lingkungan, personel transport, personil keuangan, dan perawat adminitratif dipertimbangkan juga se­bagai pemberi perawatan tidak langsung. Perencanaan jumlah staf perawatan lang­sung atau tidak langsung disesuaikan berdasarkan kebutuhan dari jumlah ruang operasi yang tersedia setiap jam perhari dan disesuaikan dengan kebijakan pada setiap institusi (Muttaqin, 2013).

* + - 1. Perencanaan dan Pengaturan Staf

Pengaturan dan penjadwalan staf adalah tanggung jawab manajemen yang di­percayakan dan diberikan kepada perawat ad­ministratif. Dalam upaya memenuhi standar ini, staf yang melakukan tanggung jawab administratif ini harus memahami cara untuk mengembangkan standar pengaturan dan penjadwalan staf.

Pengaturan dan penjadwalan adalah kata yang sering digunakan. Meskipun pada kenyataannya dua kata ini mewakili dua proses penting dan berbeda, tetapi keduanya dapat membantu manajer perawat dalam merencanakan dan mengelola sumber daya personel. Menurut Gruendemann (2006), ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam merencanakan pengaturan staf, yaitu (1) Mengidentifikasi jenis pekerjaan yang akan dil­akukan, (2) mengidentifikasi jumlah staf yang diper­lukan untuk pekerjaan tersebut, (3) mengidentifikasi tipe pekerja yang diper­lukan untuk pekerjaan tersebut, dan (4) mengembangkan pola pengaturan untuk penjad­walan staf. Sedangkan dalam melakukan penjadwalan meliputi pengembangan ke­bijakan penjadwalan dan pengembangan jadwal kerja untuk staf.

**Peran Perawat Administratif**

Perawat administratif berperan dalam pengaturan mana­jemen penun­jang pelaksanaan pembedahan. Biasanya terdiri dari perencanaan dan pengaturan staf, kolaborasi penjadwalan pasien be­dah, perencanaan mana­jemen material, dan manajemen kerja.

Melihat begitu besarnya beban perawat administratif pada kamar operasi, maka diperlukan perawat yang mempunyai ke­mam­puan manajemen dan perencanaan yang optimal. Beberapa institusi memberikan peran perawat administrasi pada perawat yang paling senior dan mempunyai kemampuan dalam memimpin perawat lainnya. Perawat administratif tidak terlibat secara teknik dalam pem­bedahan, tetapi lebih memfokuskan pada perencanaan penunjang pembedahan (Muttaqin, 2013).

**Peran Perawat Instrumen**

Bertanggung jawab terhadap manajemen instrumen operasi pada setiap jenis pembedahan.

Perawat instrumen menjaga kelengkapan alat instrumen steril yang sesuai dengan jenis operasi

Perawat instrumen selalu mengawasi teknik aseptik dan memberikan instrumen kepada ahli bedah sesuai kebutuhan dan menerimanya kembali

Perawat instrumen harus terbiasa dengan anatomi dasar dan teknik-teknik bedah yang sedang dikerjakan

Perawat instrumen harus secara terus-menerus mengawasi prosedur untuk mengantisipasi segala kejadian

Melakukan manajemen sirkulasi dan suplai alat instrumen operasi. Mengatur alat-alat yang akan dan telah digunakan.

Perawat instrumen harus mempertahankan integritas lapangan steril selama pembedahan (Muttaqin, 2013).

**Peran Perawat Sirkuler**

Bertanggung jawab menjamin terpenuhinya perlengkapan yang dibu­tuhkan oleh perawat instrumen dan mengobservasi pasien tanpa menimbulkan kontaminasi terhadap area steril.

Perawat sirkuler atau o*nloop* adalah petugas penghubung antara area steril dengan bagian ruang operasi lainnya. Pendapat perawat sirkuler sangat dibutuhkan dan sangat membantu, teru­tama dalam melakukan observasi penyimpangan teknik aseptik selama pembedahan (Muttaqin, 2013).

* + 1. **Klasifikasi Tindakan Kamar Operasi**

Klasifikasi operasi atau pembedahan dapat dijadikan sebagai pe­doman dalam perencanaan manajemen kamar operasi. Jenis prosedur pembedahan dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkat keseriusan, kegawatan, dan tujuan dari pem­bedahan itu sendiri.

Menurut Muttaqin dan Sari (2013), klasifikasi pembedahan terbagi menjadi berikut:

**Tabel 2.1** TabelKlasifikasi Pembedahan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Klasifikasi** | **Jenis** | **Pengertian** | **Contoh** |
| Keseriusan | Mayor | Melibatkan rekontruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh, mem­berikan dampak resiko yang tinggi pada kesehatan. | *Bypass* arteri koroner, reseksi kolon, reseksi lobus paru |
|  | Minor | Melibatkan perubahan kecil pada bagian tubuh, sering kali dilakukan un­tuk memperbaiki ke­jadian deformitas, dan dengan resiko yang lebih kecil da­ripada bedah mayor | Ekstraksi katarak, graft kulit, operasi plastik |
| Urgensi | Elektif | Pembedahan dilakukan berdasarkan pilihan pasien dan keluarga, tidak penting dan tidak dibutuhkan un­tuk kesehatan | Rekontruksi payudara atau vagina, bedah plastik pada wajah |
|  | Gawat | Pembedahan perlu untuk kesehatan atau mencegah timbulnya masalah tam­ba­han pada pasien | Eksisi tumor ganas, pengangkatan batu kandung empedu |
|  | Darurat | Pembedahan harus segera dilakukan untuk me­nyelamatkan jiwa atau mempertahankan fungsi organ | Perforasi apendiks, am­putasi trau­matic, men­gontrol perdarahan |
| Tujuan | Diagnos-tik | Pembedahan untuk pemeriksaan lebih lanjut | Biopsy masa tumor |
|  | Ablatif | Pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau penyakit | Amputasi, pengangkatan apendiks |
|  | Paliatif | Menghilangkan atau men­gurangi gejala penya­kit, tetapi tidak menyem­buhkan | Kolostomi, debridemen jaringan ne­krotik |
|  | Rekon­truksi | Mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami mal­fungsi atau trauma | Fiksasi ek­sterna frak­tur, perbaikan jaringan parut |
|  | Trans-plan­tasi | Mengganti organ atau struktur yang mengalami mal fungsi | Cangkok (transplan­tasi) ginjal, *total hip re­placement* |
|  | Kon-struktif | Mengembalikan fungsi yang hilang akibat anomali kongenital | Bibir sumbing, pe­nutupan defek katup jantung. |

* 1. **Konsep Penjadwalan Kamar Operasi**
     1. **Pengertian Penjadwalan**

Menurut Eddy Herjanto dalam bukunya menyatakan bahwa penjad­walan (*scheduling*) adalah pengaturan waktu dari suatu kegiatan operasi. Penjadwalan mencakup kegiatan mengalokasikan fasilitas, peralatan atau­pun tenaga kerja bagi suatu kegiatan operasi dan menentukan urutan pelaksanaan kegiatan operasi.

Penjadwalan dalam sebuah perencanaan akan dikaitkan dengan pengaturan yang menunjukkan perencanaan dan pengelolaan sumber daya baik personel mau­pun waktu (Mutaqqin, 2013).

Penjadwalan adalah proses pengalokasian sumber untuk memilih sekumpulan tugas dalam jangka waktu tertentu (Buker K. R., 2013).

Sedangkan penjadwalan di kamar operasi adalah pengaturan waktu (tanggal dan jam), serta penugasan staf. Penjadwalan di kamar operasi memiliki peran penting dalam hal efisiensi permintaan dan penawaran untuk pelaksanaan tindakan pembedahan/operasi (Shylo et.al, 2012).

* + 1. **Metode Penjadwalan di Kamar Operasi**

1. Penjadwalan Staf di Kamar Operasi

Kebijakan penjadwalan menjadi kerangka kerja untuk mengem­bangkan jadwal kerja staf yang dilakukan secara adil dan konsisten, da­lam kaitannya dengan pedoman penjadwalan yang jelas. Kebijakan ru­mah sakit yang ada sangat penting untuk diketahui, misalnya: perjanjian tawar menawar kolektif. Kebijakan harus mencakup tanggung jawab staf untuk bekerja pada akhir minggu, merotasi shift (malam dan sore), me­menuhi panggilan, bekerja pada hari libur, dan bekerja tengah malam.

Kebijakan juga harus meliputi penetapan waktu libur dan mengindetifikasi rasio staf perawatan langsung seperti perawat scrub, perawat asisten operasi, dan perawat anastesi per shift. Kebijakan tentang li­bur harus mencakup proses perizinan, persyaratan izin liburan dan jumlah orang yang diizinkan libur setiap hari (Muttaqin, 2013).

1. Pengembangan Pola Penjadwalan di Kamar Operasi

Pengembangan pola penjadwalan menjadi bahan pertimbangan dalam pemenuhan standar pengaturan staf, ketersediaan staf, adanya faktor pem­batas untuk penugasan staf, dan ketersediaan pilihan. Dalam pengembangan pola penjadwalan secara harian penting untuk dilakukan pembatasan. Perjan­jian penawaran kolektif, peraturan pemerintah, kebijakan rumah sakit, dan keterbatasan fiskal dapat membatasi pola penjadwalan untuk memfokuskan pilihan berdasarkan ketersediaan.

1. Pilihan Penjadwalan

Pola penjadwalan diperlukan untuk memberikan utilisasi opti­mal sumber daya. Jam pengoperasian perlu disesuaikan dengan pola pen­jadwalan agar efisiensi meningkat dan memungkinkan personel dalam melakukan berbagai kegiatan. Ada berbagai pilihan penjad­walan menggunakan berbagai waktu shift (umumnya 4, 6, 8, 10, dan 12 jam) dan mengkombinasikan berbagai waktu shift (misalkan malam bekerja dua shift 12 jam dan dua shift 8 jam setiap minggu).

1. Mengembangkan Kebijakan Penjadwalan

Kebijakan penjadwalan memberikan kerangka kerja untuk mengembangkan jadwal kerja staf. Jadwal kerja dilakukan secara adil, konsisten, dalam kaitannya dengan pedoman penjadwalan yang jelas (Brunner & Suddarth, 2010).

1. Penjadwalan Pasien Bedah

Penjadwalan pasien bedah dilakukan oleh perawat administratif (yang pada beberapa intitusi rumah sakit dilakukan oleh supervisor keperawatan) berkolaborasi dengan dokter bedah pada setiap kamar be­dah yang terse­dia. Peran perawat supervisor atau adminstratif dalam mengatur jadwal pasien bertujuan untuk menjaga kondisi para perawat perioperatif di kamar bedah.

Kolaborasi dilakukan dengan memperhitungkan jenis dan lamanya pembedahan. Sebagai contoh, pada kamar be­dah ortopedi yang akan di­rencanakan pembedahan spina biasanya akan digabung dengan pengangkatan *plate* dan *screw*, agar penggunaan kamar dan lama pem­bedahan tidak melewati shift jaga berikutnya (Muttaqin, 2013).

1. Jadwal Induk Operasi

Jadwal induk operasi (*Master Surgical Schedule, MSS*) ialah jad­wal yang menampilkan jumlah dan tipe kamar operasi yang tersedia di rumah sakit serta jam buka kamar operasi. Pembuatan jadwal induk operasi di­asumsi­kan mengikuti beberapa karakteristik sebagai berikut:

1. Satu divisi bedah yang dijadwalkan di tipe ruang operasi ter­tentu dalam satu hari. Hal ini memudahkan perawat me­nyiap­kan peralatan medis guna menun­jang kegiatan operasi serta menghindari terjadi keterlambatan jadwal apabila da­lam satu hari dibagi menjadi beberapa shift.
2. Jadwal yang dibuat harus konsisten dari minggu ke minggu.
3. Rumah sakit telah menyediakan jumlah kamar operasi na­mun tidak semua kamar operasi yang terse­dia dapat digunakan se­tiap harinya (Wulansari D, 2012).
4. Metode Penjadwalan di Kamar Operasi

Ada dua cara dalam menentukan penjadawalan, *open* *booking* dan *block booking*. Penja­dwalan *nonblock* memang lebih mudah untuk diaplikasikan, tapi biasanya menyebabkan beberapa kerugian diantaranya: antrian yang pan­jang, tingginya angka pembatalan, tingginya *over­time*/lembur, timbul friksi antar operator dan dapat menurunkan utilisasi. Sistem *block* menyediakan waktu kamar operasi untuk satu tindakan tertentu atau dokter tertentu yang ditentukan be­berapa hari sebelum pembedahan dilakukan

1. *Open Booking*

Menurut Erdogan dan Denton (2011) dalam Shylo et.al (2012), dokter bedah bertanya waktu pembedahan dengan memasukkan kasus mereka kepada tim penjadwalan, tim penjadwalan yang bertugas mengakomodasi permintaan tersebut dengan menyesuaikan dengan kapasitas kamar operasi. Jadwal operasi dan penugasan staf biasanya ditentukan berdasarkan sistem *FCFS* (*First-Come, First-Served*).

1. *Block Booking*

Menurut Erdogan dan Denton (2011) dalam Shylo et.al (2012), Instansi kesehatan (atau dokter bedah) yang memberikan pelayanan tertentu (seperti *Opthalmology, Orthopedics, Cardiology*) akan ditugaskan pada blok waktu yang tetap (tidak dapat berubah) yang digunakan untuk membagi akses ke kamar operasi berdasakan spesialisasi yang berbeda. Penugasan seperti itu biasanya direncanakan berdasarkan tren permintaan saat itu (*current demand*) dan catatan utilisasi terdahulu. Selain, potensi ketidakefisiensian dari penjadwalan *block* yang tidak seimbang, metode ini masih dapat diterima, dikarenakan kenyamanan bagi dokter bedah dan manajernya.

* 1. **Konsep Utilisasi di Kamar Operasi**
     1. **Pengertian Utilisasi di Kamar Operasi**

Utilisasi adalah jumlah waktu yang digunakan dibandingkan dengan jumlah total waktu yang tersedia di dalam pelaksanaan operasi (Hamilton, 2003).

Utilisasi pelayanan adalah sebuah kegiatan pemanfaatan pelayanan oleh seke­lompok orang maupun individu. Salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang untuk menggunakan dan memanfaatkan tergan­tung dari pengetahuan masing-masing individu (Siagan S, 2010).

Utilisasi kamar operasi adalah pemanfaatan manual setiap ruangan yang dilakukan menggunakan sebuah persamaan yang telah dirumuskan (Basri M. H., 2012)

n

Utilisasi = ∑ Waktu penggunaan operasi x 100%

i = 1

Waktu yang tersedia

Secara umum, utilisasi di kamar operasi adalah jumlah waktu yang digunakan untuk melakukan setiap prosedur pembedahan ditambah jumlah waktu perpindahan (*turnover*) dibagi dengan waktu yang tersedia. Biasanya, utilisasi dihitung berdasarkan berapa banyak pembedahan yang dilakukan dalam sehari (Basri dan Asnawiyah, 2012).

Sehingga dapat diartikan jika waktu yang digunakan sama dengan waktu yang tersedia maka utilisasi kamar operasi dapat mencapai 100%. Penelitian yang dilakukan *The Health Financial Management Association* (*HMFA*) tahun 2008 menunjukkan hasil penghitungan pencapaian utilisasi rata-rata 68%. Pencapaian utiliasi dapat melebihi nilai rata-rata jika mampu menurunkan *delay* tindakan pada operasi pertama (Marina, 2014). Namun, dalam penelitian Hamilton (2013) men­jelaskan bahwa standar pencapaian utilisasi sebesar 75%. Jika suatu kamar operasi mampu mencapai nilai standar tersebut maka dapat dikatakan pemnafaatan kamar operasi baik. Kondisi dilapangan menunjukkan kesesuian standar pencapaian uti­lisasi bergantung kepada masing-masing intitusi dalam membuat *range* utilisasi secara optimal untuk dapat dicapai.

* + 1. **Tujuan Utilisasi**

Pemantauan utilisasi merupakan sebuah kegiatan yang bertujuan untuk me­mantau dan menilai penggunaan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data dari seluruh pelayanan kesehatan (Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, 2003).

Dari pandangan pengguna jasa pelayanan kesehatan kegiatan peman­tauan uti­lisasi ini dapat mengurangi keadaan-keadaan yang bersifat:

1. *Over Utilization*

Sebuah keadaan dimana kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK) kepada pasien yang sebenarnya tidak diperlukan dalam proses pengobatan.

1. *Under Utilization*

Suatu keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tidak diberikan kepada pasien meskipun pelayanan tersebut sebenarnya sangat dibutuhkan dalam proses pengobatan

1. *Misuse*

Sebuah keadaan dimana suatu pelayanan kesehatan tertentu diberikan secara tidak tepat atau dengan kualitas dibawah standar (Siagan S, 2010).

* + 1. **Manfaat Utilisasi**

Manfaat review utilisasi berdasarkan dalam Nugroho (2009) sebagai berikut:

1. Review utilisasi dapat mengevaluasi kelayakan pelayanan kesehatan untuk membantu menghapuskan resiko potensial bagi pasien dengan menilai apakah pelayanan secara medis diperlukan dan apakah pela­yanan yang diberikan sudah layak
2. Memberikan gambaran nyata tentang pola utilisasi pelayanan oleh pasien. Pola pemberian pelayanan oleh *provider* dan pola pem­biayaan kesehatan
3. Merupakan dasar yang penting untuk pengendalian provider serta untuk perencanaan dan evaluasi khususnya yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan
4. Mendeteksi adanya kecurangan pelayanan dan pembiayaan pela­yanan kesehatan.

Sedangkan menurut Basri dan Asnawiyah (2012), utilitasi di kamar operasi memiliki manfaat dalam hal optimalisasi tingkat pelayanan di kamar operasi dan meningkatkan keuntungan finansial kepada rumah sakit.

Menurut Edvine (2006) mengatakan bahwa dengan mengerti tentang utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya pening­katan pelayanan kesehatan di masa depan. Ini berarti data dan informasi penggunaan pelayanan kesehatan merupakan dokumen yang sangat penting untuk merancang program pelayang dibutuhkan dan mampu menjangkau masyarakat.

* + 1. **Faktor-Faktor Utilisasi**

Faktor-faktor yang mempengaruhi utilisasi

* + - * 1. Kesesuaian Waktu Penjadwalan dengan Tindakan Operasi

Penjadwalan merupakan faktor utama dalam optimalisasi utilisasi kamar operasi. Manajemen penjadwalan yang baik sangat menentukan uti­lisasi yang dihasilkan sebuah kamar operasi.

* + - * 1. Waktu Mulai Operasi

Waktu mulainya operasi dan rata-rata waktu pergantian satu operasi dengan operasi lain*/turnover*. *The Health Financial Manajement Associa­tion*/HMFA (2008) mengatakan bahwa rata-rata operasi yang mulainya sesuai dengan penjadwalan adalah 27%, sedangkan seharusnya rata-rata angka kesesuaian operasi berdasarkan penjadwalan operasi adalah minimal 76%. Data tersebut menunjukkan bahwa masih kurangnya ketepatan waktu dalam pelaksanaan operasi. Salah satu penyebab kurang tepatnya pelaksanaan operasi adalah tidak efisiennya *turnover*. Lamanya waktu paling baik yang dibutuhkan untuk *turnover* adalah 15 menit.

* + - * 1. Lamanya Tindakan Operasi

Lamanya tindakan operasi juga dapat mempengaruhi uti­lisasi, namun terkadang bertolak belakang dengan produktifitas dari kamar operasi itu sendiri. Menurut Hamilton (2003) waktu operasi merupakan proses kegiatan operasi dari dilakukannya insisi bedah sampai dengan luka operasi ditutup dengan balutan.

* + - * 1. Waktu Tunggu

Waktu tunggu sebelum operasi elektif berdasarkan Indi­kator Kinerja RS BLU Tahun 2013 adalah 2 (dua) hari. Waktu tunggu operasi elektif menurut Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Miniman Rumah Sakit merupakan tenggang waktu yang dimulai dari dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan Standar waktu tunggu berdasarkan SPM Rumah Sa­kit adalah ≤ 2 (dua) hari (Fitri N, 2014).

* + - * 1. Keterlambatan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Askar (2011), beberapa penyebab keterlambatan operasi elektif di Instalasi Kamar Bedah sebagai berikut:

* + - 1. Operator datang terlambat
      2. Keterlambatan pelaksanaan operasi sebelumnya
      3. Adanya operasi cito dikamar operasi yang sudah siap dijadwalkan un­tuk operasi elektif sebelumnya
      4. Pasien yang akan dioperasi terlambat diantar ke ruangan operasi dari kamar perawatan. Hal ini dikare­nakan persiapan operasi yang belum selesai yaitu per­siapan medis
      5. Pasien menunggu kedatangan keluarga
      6. Problem manajerial
  1. **Hubungan Penjadwalan Operasi dan Utilisasi Kamar Operasi**

Menurut penelitian Marina (2014), angka pencapaian utilisasi di kamar operasi menunjukkan seberapa efektif dan efisien pemakaian kamar operasi. Salah satu penyebab rendahnya utilisasi adalah penjadwalan yang kurang terstruktur. Sehingga semakin kecil angka utilisasi maka semakin besar perbedaan antara waktu rencana pelaksanaan operasi (penjadwalan) dengan waktu mulainya operasi. Sehingga fungsi atau manfaat dari adanya penjadwalan itu sendiri tidak tercapai, yakni terjaminnya setiap proses mendapatkan pelayanan dari pemroses. Dalam penelitian tersebut disebutkan bahwa proses adalah pasien dan pemroses adalah rumah sakit.

Penelitian yang diuji melalui uji bivariat menggunakan *chi square* dilakukan terhadap dua variabel dengan hasil nilai p value 0,02 (<0,05) maka H0 ditolak, artinya ada hubungan antara kesesuaian waktu penjadwalan dengan tindakan operasi dan utilisasi Instalasi Kamar Operasi. Jumlah tindakan yang dilakukan tidak tepat sesuai penjadwalan adalah 59 tindakan (60.8%) dari 97 jumlah tindakan. Hal ini menunjukkan bahwa kesesuaian tindakan dengan penjadwalan masih rendah.

Tindakan emergensijuga memiliki pengaruh terhadap ketepatan tindakan operasi, karena kondisi saat ini belum ada satu ruangan khusus yang didedikasikan untuk tindakan emergensi. Ketika ada pasien yang dilakukan tindakan emergensi, maka secara otomatis akan menggeser pasien yang sudah dijadwalkan secara elektif/ terencana, sehingga tindakan tersebut akan mengalami keterlambatan secara jadwal. Selain itu, keterlambatan memulai operasi pertama juga memiliki kontribusi pada rendahnya utilisasi, karena keterlambatan tersebut menyebabkan antrian dan penumpukan tindakan penjadwalan berikutnya.

Berdasarkan hasil pengukuran uji bivariat menggunakan *chi-square* terhadap dua variabel diatas didapatkan nilai p *value* 0,000 (<0,05) maka H0 ditolak, artinya ada hubungan signifikan antara lamanya tindakan operasi dengan utilisasi Instalasi Kamar Operasi. Dari 97 tindakan yang dilakukan 60 tin­dakan (61,86%) mempunyai durasi waktu yang lama. Hal ini menunjukkan bahwa lamanya operasi sangat mempengaruhi utilisasi kamar operasi. Dengan demikian penelitian yang dilakukan oleh Marina dalam judul “Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Utilisasi Instalasi Kamar Operasi di RSUD Cengkareng” pada ta­hun 2014 menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara penjadwalan operasi dengan pencapaian utilisasi kamar operasi.

* 1. **Kerangka Konsep**

Pelayanan Instalasi Bedah Sentral

Tindakan Pembedahan/Operasi

1. Operasi Elektif
2. Operasi Emergensi

UTILISASI KAMAR OPERASI

Penjadwalan

1. Kesesuaian Operasi berdasarkan jadwal yang telah ditrencanakan
2. Waktu mulai operasi
3. Lamanya tindakan operasi
4. Waktu tunggu
5. Pembatalan

Keterangan:

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

**Gambar 2.1** Kerangka Konsep Hubungan Penjadwalan Operasi Elektif dan Emergensi dengan Pencapaian Utilisasi Kamar Operasi

* 1. **Hipotesis**

H1: Ada hubungan penjadwalan operasi elektif dan emergensi dengan pen­capaian utilisasi kamar operasi di Instalasi Bedah Sentral RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

H0: Tidak ada hubungan penjadwalan operasi elektif dan emergensi dengan pen­capaian utilisasi kamar operasi di Instalasi Bedah Sentral RSUD Dr. Har­yoto Luma­jang.