

UNIVERSITAS INDONESIA

ALUR PROSES PELAYANAN UNIT RAWAT JALAN DENGAN  
MENGAPLIKASIKAN *LEAN HOSPITAL* DI RS MARINIR CILANDAK  
TAHUN 2012

TESIS

NAMA : DWIYANI WASETYA

NPM : 1006746022

PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JULI 2012

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Dwiyani Wasetya

NPM : 1006746022

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Juli 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Dwiyani Wasetya  
NPM : 1006746022  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul Tesis : Alur Proses Pelayanan Unit Rawat Jalan Dengan  
Mengaplikasikan *Lean Hospital* di Rumah Sakit Marinir  
Cilandak Tahun 2012

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

### DEWAN PENGUJI

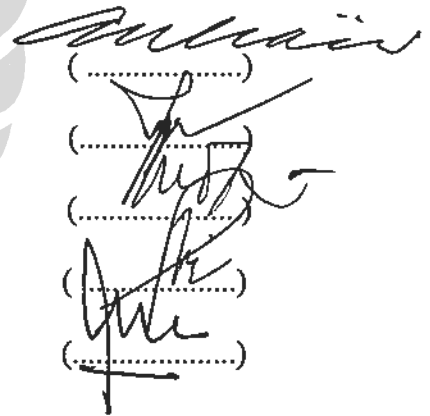
Pembimbing : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D

Penguji : dr. Suprijanto Rijadi, MPA. PhD

Penguji : Dr.Dr. dr. M. Hafizurrahman, MPH

Penguji : dr. Rosmaini Nurdin, MARS

Penguji : dr. Emil Dinar Makodjo, Sp.U



(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)

Ditetapkan di : .....

Tanggal : .....

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini, saya

Nama : Dwiyani Wasetya

NPM : 1006746022

Mahasiswa Program : Pasca Sarjana KARS

Tahun Akademik : 2012

Menyatakan saya tidak melakukan kegiatan Plagiat dalam penulisan Tesis saya yang berjudul :

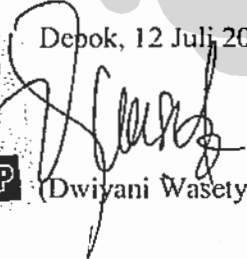
“ Alur Proses Pelayanan Unit Rawat Jalan Dengan Mengaplikasikan Lean Hospital di Rumah Sakit Marinir Cilandak Tahun 2012”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 12 Juli 2012



  
(Dwiyani Wasetya)

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dwiyani Wasetya  
Tempat / Tanggal Lahir : Jakarta, 6 Januari 1974  
Alamat : Jalan Anggrit No. 22 Kompleks TNI AL Pangkalan  
Jati Pondok Labu Jakarta Selatan

### Riwayat Pendidikan

#### Pendidikan Umum :

1. SD Islam Al Azhar Kemang 1981 - 1986
2. SMP Negeri 77 Jakarta 1986 - 1989
3. SMA Negeri 77 Jakarta 1989 - 1992
4. FKG Univ. Prof. DR. Moestopo (Beragama) 1992 - 1997
5. FKM UI Program Pasca Sarjana KARS 2010 - sekarang

#### Pendidikan Militer :

1. Sekolah Perwira Prajurit Karier (SEPAPK ABRI) VI 1998 - 1999
2. Diksargol TNI AL III Lulus Tahun 2000
3. Scuba Diver TNI AL Lulus Tahun 2000
4. Dikspespa Kesehatan TNI AL Lulus Tahun 2004

#### Riwayat Pekerjaan :

1. Kepala Poliklinik Gigi BP Lanal Cirebon Th. 2000 - 2001
2. Kaur Bankes Satkes Denma Mabelal Th. 2001 - 2004
3. Kasi Orthodonti Rumah Sakit Marinir Cilandak Th. 2004 - 2006
4. Kasubdep Kesgium Rumah Sakit Marinir Cilandak Th. 2006 - 2010

#### Riwayat Penugasan :

1. Surya Bhaskara Jaya TNI AL P. Bangka - P. Belitung Th. 1998
2. Baksos Tsunami Wan TNI, NAD Th. 2004
3. Baksos Brigif II Marinir Piabung, Lampung Th. 2007
4. Baksos Brigif II Marinir Piabung, Lampung Th. 2008
5. Baksos Brigif III Marinir Piabung, Lampung Th. 2009

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillahirabbil'alaamin, kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayah-NYA yang telah diberikan kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan tugas akhir Tesis yang berjudul “Alur Proses Pelayanan Unit Rawat Jalan Dengan Mengaplikasikan Lean Hospital di Rumah Sakit Marinir Cilandak Tahun 2012”. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pasca Sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.

Dalam penyusunan Tesis ini, Peneliti tak terlepas dari kendala-kendala yang ada, akan tetapi berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak kendala dapat teratasi dan penulisan tesis nberjalan dengan baik.

Dalam Kesempatan ini Peneliti ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang kepada :

1. Ibu Nurwulan Wasito, sebagai orang tua Peneliti yang senantiasa tak henti memberikan doa dan dukungan moril dan materiil,
2. Prof . dr. Anhari, Achadi, SKM, Dsc, selaku Pembimbing Akademik, yang telah memberikan perhatian dan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan , arahan dan masukan serta ilmu-ilmu yang bermanfaat dalam penyelesaian tesis ini,
3. Suami tercinta, Mayor Laut (E) Doddy Pramono, MEnv, Ssi, yang telah membantu moril dan materiil, selama peneliti menjalani tugas belajar hingga penyelesaian tesis ini.
4. Anak-anakku tersayang Daffa Fadillah Pramono dan Donna Fairuzzeva Pramono yang mengisi hari-hari peneliti dengan tawa dan kelucuannya sehingga dapat menjalani tugas belajar ini tanpa hambatan yang berat.
5. Bapak dan Ibu Mertua, H.M. Amonaris dan Prastuti, yang membantu penulis dan keluarga dalam doa dan dukungannya selama tugas belajar,

6. Teman –teman dekat, drg. Svetlana P, dr. Riny, dr. Yuli, dr. Amanda, dr. Joko, dan drg. Irma yang menjadi teman selama tugas belajar dan dalam proses penyusunan tesis ini.
7. Kepada Komandan Rumah Sakit , staf manajemen dan seluruh anggota Rumah Sakit Marinir Cilandak yang membantu dan memberikan waktu kepada peneliti dalam penyusunan tesis ini.
8. Seluruh Staf pengajar, staf Akademik dan adminstrasi FKM UI, serta staf Rumah Tangga Gedung G, atas segala pengetahuan, bantuan administrasi dan penyediaan fasilitas hingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir
9. Rekan rekan KARS 2010 yang memberikan berbagai infomasi, masukan dan saran-saran dalam perbaikan Tesis in.

Peneliti menyadari, dalam penulisan tesis ini masih banyaj terdapat kekurangan, sehingga sangat diharapkan saran dan kritik dari berbagai pihak untuk perbaikan tesis ini. Peneliti berharap banyak agar tesis ini memberikan manfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan, khususnya FKM UI.

Depok, Juli 2012

Peneliti,

Dwiyani Wasetya

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

---

Sebagai *civitas akademika* Universitas Indonesia. Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dwiyani Wasetya  
NPM : 1006746022  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, penyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

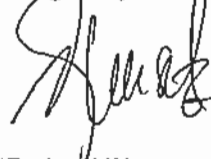
**“Alur Proses Pelayanan Unit Rawat Jalan dengan mengaplikasikan *Lean Hospital* di Rumah Sakit Marinir Cilandak tahun 2012”**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti non-eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama Saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini Saya buat dengan sebenarnya.

Demikian pernyataan ini Saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat : Depok  
Pada Tanggal : 12 Juli 2012

Yang Menyatakan



(Dwiyani Wasetya)



# DAFTAR ISI

<b>DAFTAR ISI</b>	
<b>DAFTAR TABEL</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	<b>xiv</b>
<b>ABSTRAK</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Unit Rawat Jalan Rumah Sakit	9
2.2 Definisi, Sejarah , dan Lean Thinking	10
2.2.1 Definisi lean	10
2.2.2 Sejarah Lean dan Lean Thinking	12
2.3 Penerapan Konsep Lean Hospital	18
2.3.1 Penentuan Nilai (Value)	20
2.3.2 Identifikasi Waste	21
2.3.3 Value Stream Mapping	31
2.3.4 Cross Functional Flowchart	33
2.3.6 Value Added Assessment	36

2.3.7	Metode-metode yang digunakan dalam Lean	35
2.3.8	Penerapan Lean di bidang bisnis dan industri	40
2.3.9	Hasil-hasil Penerapan Lean di Pelayanan kesehatan	44

### **BAB III GAMBARAN UMUM RS MARINIR CILANDAK**

3.1	Sejarah RS Marinir Cilandak	47
3.2	Visi, Misi, Motto dan Tujuan Rumah Sakit	48
3.3	Tugas pokok, Motto dan Fungsi RSMC	49
3.4	Fasilitas Fisik dan Lokasi Rumah Sakit	51

### **BAB IV KERANGKA KONSEP**

4.1	Kerangka Konsep	65
4.2	Definisi	67

### **BAB V METODOLOGI PENELITIAN**

5.1	Desain Penelitian	74
5.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	74
5.3	Sumber Data	74
5.4	Jumlah Informan dan Cara Pemilihan Informan	75
5.5	Metode dan Teknik Pengumpulan Data	76
5.6	Instrumen Pengumpulan Data	77
5.7	Triangulasi Data	79
5.8	Metode Analisis	80

<b>BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	<b>82</b>
6.1 Keterbatasan Penelitian	82
6.2 Fasilitas Unit Rawat Jalan	
6.3 Value Stream Map, Cross fungsional flowchart, geographical flowchart, dan value Assesment	86
6.3.1 Value Stream Map	87
6.3.2 Value Stream / alur proses yang dipetakan selama observasi	91
6.3.3 Cross Functional Flowchart	94
6.3.4 Geographical flowchart	99
6.3.5 Value Assesment	
6.4 Desain Usulan Perbaikan	142
6.4.1 Desain Usulan Jangka Pendek	146
6.4.2 Desain Usulan Perbaikan Jangka menengah	165
6.4.3 Desain Usulan Jangka Panjang	175
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Kesimpulan	178
7.2 Saran	179
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>182</b>
<b>PEDOMAN WAWANCARA</b>	<b>xviii</b>
<b>LAMPIRAN</b>	<b>xix</b>

## DAFTAR TABEL

- Tabel 2.1 Prinsip-prinsip Lingkungan Lean di Rumah Sakit
- Tabel 2.2 “Seven plus one” Type of waste
- Tabel 2.3 Formulir Identifikasi waste di tempat kerja
- Tabel 2.4 7 Waste dalam Perawatan kesehatan
- Tabel 2.5 Pedoman 5S dalam penyimpanan barang berdasarkan Frekuensi Penggunaan
- Tabel 3.1 Data personel RSMC tahun 2010
- Tabel 3.2 Indikator Kinerja Rumah Sakit Marinir Cilandak  
Periode 2009 – 2011
- Tabel 3.4 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan
- Tabel 3.5 Data Personel Rawat Jalan
- Tabel 4.1 Definisi operasional variabel
- Tabel 5.1 Informan-informan yang dipilih
- Tabel 5.2 Flowchart Langkah-Langkah Analisis Data
- Tabel 6.1 Hasil kegiatan pelayanan unit rawat jalan RSMC tahun 2010-2011
- Tabel 6.2 Alur proses Pelayanan Pasien Dinas
- Tabel 6.3 Alur proses pelayanan pasien Askes/Jaminan
- Tabel 6.4 Alur proses pelayanan pasien Umum
- Tabel 6.5 Cross Functional Flowchart Pasien Dinas
- Tabel 6.6 Cross Functional Flowchart Pasien Umum
- Tabel 6.7 Cross Functional Flowchart Pasien Umum
- Tabel 6.8 Komposisi pegawai Bagian Administrasi medis RSMC tahun 2012
- Tabel 6.9 Value Assesment Aliran pasien Dinas
- Tabel 6.10 Value Assesment Aliran pasien Askes
- Tabel 6.11 Value Assessment Aliran pasien Umum (Baru)

- Tabel 6.12 Value Assessment Aliran Pasien Umum (Lama)
- Tabel 6.13 Value Assessment Rekam Medik (Pasien Baru)
- Tabel 6.14 Value Assessment Rekam medik ( Pasien Lama )
- Tabel 6.15 Value Assessment Petugas Apotik ( Non Racikan)
- Tabel 6.16 Value Assessment Petugas Apotik ( Racikan)
- Tabel 6.17 Value Assesment fisik dan Fasilitas Unit Rawat jalan
- Tabel 6.18 Visual management pada Unit Rawat jalan RSMC
- Tabel 6.19 *Seven Waste* pada proses pendaftaran dan rekam medis
- Tabel 6.20 Distribusi Masalah dan usulan perbaikan berdasarkan periode implementasi.
- Tabel 6.21 Komposisi pegawai Bagian Administrasi medis RSMC tahun 2012
- Tabel 6.22 Program LDD Rekam medis
- Tabel 6.23 Jenis-jenis Rapat, standar frekuensi serta Durasi
- Tabel 6.24 Usulan Value Assesment Aliran Pasien Askes
- Tabel 6.25 Usulan Value Assesment Aliran Pasien Umum

## DAFTAR GAMBAR

- Gambar 1.1 Konsep rasio antara value added dengan waste pada Un – Lean Enterprise
- Gambar 2.1 Piramida 4 P model of The Toyota Way
- Gambar 2.2 Value Stream mapping sebelum menggunakan konsep Lean
- Gambar 2.3 Value Stream Mapping setelah menggunakan Konsep Lean
- Gambar 2.4 The Toyota House
- Gambar 2.4 Contoh Cross Functional process Map
- Gambar 2.5 Spaghetti Diagram
- Gambar 3.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit
- Gambar 3.2 Lokasi RSMC
- Gambar 4.1 Kerangka Konsep Penelitian
- Gambar 5.1 Metode Analisis dengan Konsep Lean
- Gambar 6.1 Value Stream Map Pasien selama proses rawat jalan pasien dinas, pasien Askes dan pasien Umum
- Gambar 6.2 Diagram Aliran pasien Dinas
- Gambar 6.3 Diagram Aliran pasien Askes
- Gambar 6.4 Diagram Aliran pasien Umum
- Gambar 6.5 Fish Bone Analysis terhadap penyebab dan akar masalah di unit rawat jalan RSMC th. 2012
- Gambar 6.6 Peta Besar Periode Implementasi Usulan Perbaikan
- Gambar 6.7 Jarak dan ketinggian rak penyimpanan
- Gambar 6.8 Petugas kesulitan meletakkan rekam medis sehingga di jatuhkan
- Gambar 6.9 Usulan Penataan rak rekam medis

Gambar 6.10 usulan map rekam medis RSMC

Gambar 6.11 Penataan berkas rekam medis

Gambar 6.12 Dokumen rekam medis

Gambar 6.13 Kondisi loket pendaftaran

Gambar 6.14 Tempat pengisian form pasien baru

Gambar 6.15 Simulasi pergerakan pasien

Gambar 6.16 Pekerjaan tambahan petugas loket pendaftaran

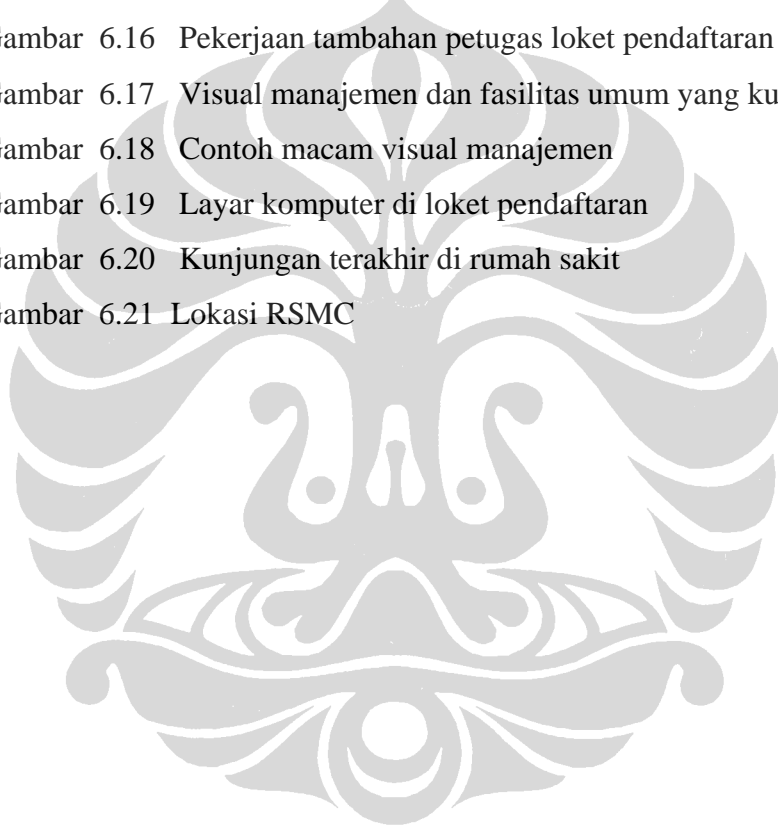
Gambar 6.17 Visual manajemen dan fasilitas umum yang kurang

Gambar 6.18 Contoh macam visual manajemen

Gambar 6.19 Layar komputer di loket pendaftaran

Gambar 6.20 Kunjungan terakhir di rumah sakit

Gambar 6.21 Lokasi RSMC



## ABSTRAK

Nama : Dwiyani Wasetya  
Program Pasca Sarjana : KARS  
Judul : Alur Proses Pelayanan Unit Rawat Jalan Dengan Mengaplikasikan *Lean Hospital* di Rumah Sakit Marinir Cilandak Tahun 2012

Salah satu metode untuk meningkatkan produktivitas rumah sakit di Amerika dan Australia dengan menggunakan lean hospital di unit rawat jalan. Penelitian ini menganalisis lean hospital sebagai usulan ide perbaikan di Rumah Sakit TNI AL Marinir Cilandak yang merupakan rumah sakit militer dengan keunikannya dimana jabatan personel dipengaruhi oleh kepangkatan dan kompetensi profesi bisa diadaptasi. Dengan menggunakan metodologi penelitian kualitatif, observatif dan wawancara mendalam memperlihatkan adanya non value added sebesar 76,57 % dan value added sebesar 23,43 % . hal ini mengindikasikan terjadinya pemborosan dan dari analisa tulang ikan memperlihatkan sepuluh akar masalah. Usulan perbaikan dibagi tiga tahap, jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang, mengurangi pemborosan dan membuat aliran menjadi lebih efisien yang diharapkan dapat meningkatkan produktivitas dan kepuasan pasien.

**Kata kunci** : Konsep *Lean*, rumah sakit militer, Unit Rawat Jalan, pemborosan, Perbaikan

## ABSTRACT

Name : Dwiyani Wasetya  
Study Program : Master Post graduate Program, Hospital Administration Analysis.  
Title : *Flowing Process in Outpatient Unit Services of Marine Hospital Cilandak 2012 By Applying Lean Hospital*

*A research that have been done on the Departement of Outpatient Service in Marien Hospital Cilandak which applied qualitative methode, observations and currnt Process charting, showed both of non value added and value added for about 76,57 % compared to 23,43 %. These value were indicating main faktor of waste occured. Through the fishbone analysis that adopted from Lean concept for medical care on outpatients servise, accordingly about 10 (ten) significant problems were founded linked to the waste that affected the quality and process of service. 3 (three)steps of improvement in short, medium and long term regarding refinm=emen of works efficiencies would be required to resolve it prior to increase customers/patients satisfaction.*



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Keberadaan manusia dalam organisasi memiliki posisi yang sangat vital. Keberhasilan organisasi sangat ditentukan oleh kualitas orang-orang yang bekerja didalamnya. Perubahan lingkungan yang begitu cepat menuntut kemampuan mereka dalam menangkap fenomena perubahan tersebut, menganalisa dampaknya terhadap organisasi dan menyiapkan langkah-langkah guna menghadapi kondisi tersebut. Menyimak kenyataan diatas maka Rumah Sakit Marinir Cilandak (RSMC) saat ini menghadapi berbagai tantangan internal dan eksternal dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi anggota institusi dan masyarakat umum. Menarik untuk diketahui bahwa rumah sakit ini bagian dari satuan pelaksana korps Marinir TNI AL, sehingga personel yang ada terdiri dari militer dan pegawai negeri sipil kementerian Pertahanan. Jenjang karier personel di militer ditentukan dari kepangkatan dan promosi jabatan yang telah disusun dan ditentukan dari bidang personel TNI AL, walaupun kompetensi pendidikan profesinya belum sepenuhnya memadai namun syarat jabatan dapat diadaptasi, hal ini salah satu tantangan internal dari rumah sakit militer. Tantangan internal tersebut adalah kemampuan dalam menyediakan pelayanan yang berkualitas dengan tidak mengabaikan efisiensi biaya operasional, dan kompleksitas dalam pengelolaan tenaga-tenaga medis dan non medis yang memiliki otoritas tinggi dalam bekerja. Sedangkan tantangan eksternal adalah perubahan lingkungan bisnis rumah sakit yang cepat sebagai dampak adanya globalisasi, perubahan regulasi, dan kebijakan pimpinan institusi yang mempengaruhi standar mutu pelayanan rumah sakit.

Seiring dengan persaingan industri rumah sakit yang semakin tajam karena perubahan teknologi yang cepat dan lingkungan yang begitu drastis pada setiap aspek kehidupan manusia maka setiap organisasi rumah sakit membutuhkan sumber daya manusia yang memiliki keahlian dan kemampuan guna menghadapi kondisi tersebut. Dengan kata lain organisasi rumah sakit membutuhkan SDM yang mempunyai kompetensi untuk menyelesaikan pekerjaannya, serta dapat mengatasi permasalahan yang muncul dalam pekerjaannya agar dapat memberikan pelayanan yang prima dan bernilai. Rumah sakit dituntut tidak hanya mampu memberikan pelayanan yang memuaskan (*customer satisfaction*) tetapi juga berorientasi pada nilai (*customer value*). Sehingga organisasi tidak semata-mata mengejar pencapaian produktifitas kerja yang tinggi tetapi juga kinerja yang akan diberikan. (Gaspersz, 2007)

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu andalan bagi rumah sakit dalam meningkatkan pemasukan bagi unit-unit lainnya, yaitu unit penunjang klinik, rawat inap, dan laboratorium. Dengan berbagai kelengkapan fasilitas yang ada, manajemen rumah sakit harus berupaya untuk melakukan perbaikan mutu proses pelayanan. Mutu pelayanan kesehatan rumah sakit dapat diukur dengan memperhatikan, memantau, dan menilai indikator dan standar yang diasumsikan relevan dan berlaku sesuai dengan struktur, proses dan *output* dari rumah sakit tersebut.

Salah satu konsep yang dapat digunakan untuk efisiensi biaya, memberikan pelayanan yang memuaskan dan juga berorientasi pada nilai adalah mengaplikasikan konsep *Lean* dalam pelayanan kesehatan. Dewasa ini kebutuhan mengenai penerapan *Lean* pada pelayanan kesehatan dan rumah sakit di dunia semakin meningkat dengan pendekatan *quality*, *safety* dan *efficiency* (Kim, dkk :2006, Nindya Kusuma 2012). Endsley, Magill dan Godfrey dalam *Creating A lean* (2006) menyatakan minimasi *waste*, yang biasa disebut pemborosan dalam pelayanan kesehatan ditentukan pada *output* dan *flow*. *Output* yang dimaksud ialah proses yang salah, *overproduction*, *delay*, dan luasnya rentang variasi permintaan, sedangkan *flow* adalah waktu

tunggu, duplikasi dalam proses, pekerjaan yang diulang, *work interuption*, dan pekerjaan yang tidak sesuai dengan standar.(Nindya, 2011)

## **1.2. Rumusan Masalah**

RS Marinir Cilandak saat ini memiliki unit rawat jalan (poliklinik) dengan fasilitas 17 ruangan yang digunakan untuk praktek pada pagi hari dan 4 ruangan untuk praktek sore. Pelayanan poliklinik dilayani oleh 2 atau 3 dokter dengan bidang ilmu yang sama, kecuali klinik gigi dilayani oleh 5 dokter gigi umum dan 3 spesialis. Pelayanan yang tersedia pada fasilitas unit rawat jalan adalah klinik penyakit dalam, klinik anak, klinik kebidanan, klinik umum, klinik gigi dan mulut, klinik mata, klinik THT, klinik Bedah (terdiri dari bedah umum, bedah tulang, bedah syaraf, urologi, digestive) , klinik jantung, klinik paru, klinik syaraf, klinik jiwa, dan rehabmed.(Bag.Minmed RSMC, 2010)

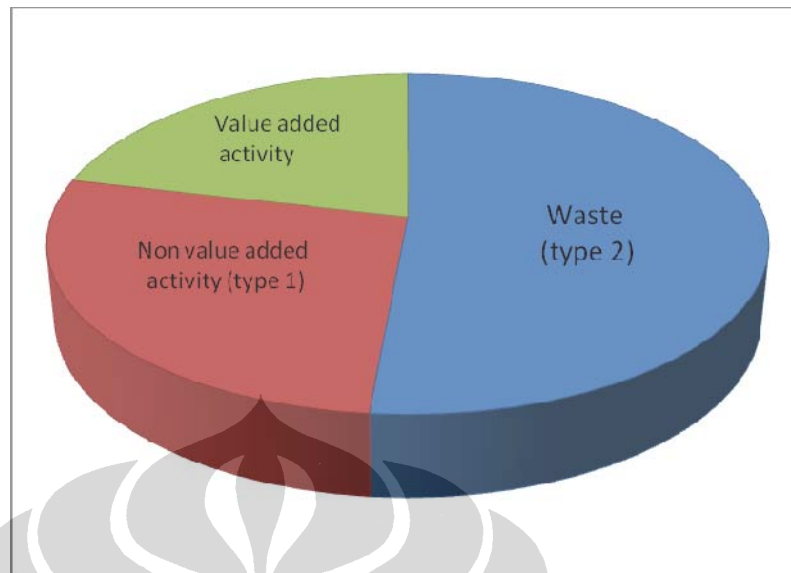
Walaupun telah berusaha untuk memberikan pelayanan yang bermutu pada unit rawat jalan ini, namun untuk menghindari keluhan pasien terhadap proses pelayanan, diantaranya dokter yang datang tidak tepat waktu, ruang tunggu yang kurang nyaman, rekam medis yang sering terlambat atau terselip, jarak laboratorium dan radiologi yang terlalu jauh maka perlu mengetahui proses pelayanan dari sudut pandang pasien. Selain itu dari observasi ditemukan adanya sistem dan prosedur yang tidak efisien dalam alur proses dan penggunaan sumber daya yang ada. Untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien dimungkinkan untuk memperbaiki alur proses, dan mengatasi permasalahan-permasalahan yang mengakibatkan waktu pelayanan yang lama dan keluhan pasien terhadap pelayanan rawat jalan.

Pada dasarnya pelanggan/pasien akan puas apabila mereka menerima nilai yang mereka harapkan. dengan mengidentifikasi kebutuhan pasien dan memastikan proses pelayanan berjalan dengan efektif dan efisien, diharapkan akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, salah satu konsep yang dapat digunakan adalah konsep lean hospital. Lean dapat didefinisikan sebagai pendekatan sistemik dan sistematis untuk mengidentifikasi an menghilangkan

pemborosan (*waste*) atau aktifitas-aktifitas yang tidak bernilai tambah (*non value adding activities*) melalui peningkatan terus menerus secara radikal (*radical continuous improvement*) dengan cara mengalirkan produk (*material, work-in-proses, output*) dan informasi digunakan sistem tarik (*pull system*) dari pelanggan internal dan eksternal untuk mengejar keunggulan dan kesempurnaan (Vincent Gaspersz, 2011)

Vincent Gaspersz dan Avanti Fontana (2011) menyatakan, tujuan Lean adalah meningkatkan terus-menerus rasio antara nilai tambah terhadap waste (*the value-to-waste ratio*). Tahun 2006, *the value-to-waste ratio* perusahaan-perusahaan Jepang sekitar 50%. Perusahaan Toyota Motor sekitar 57%, perusahaan – perusahaan terbaik di Amerika utara (Amerika Serikat dan Kanada) sekitar 30%, sedangkan perusahaan terbaik di Indonesia masih 10%. Suatu perusahaan dianggap lean apabila rasio nilai tambah terhadap *waste* minimum telah mencapai 30%.

Suatu perusahaan dapat dianggap lean apabila *the value - to - waste ratio* telah mencapai minimum 30%. Apabila perusahaan itu belum *lean*, perusahaan tersebut dapat disebut *Un-lean Enterprise* dan dikategorikan sebagai perusahaan tradisional. Konsep mengenai *value added activity*, *non value added activity (type one waste)* dan *waste (type two waste)* dijelaskan pada gambar 1.1.



Sumber ; *lean six Sigma, Vincent Gaspersz, 2007*

**Gambar 1.1** Konsep rasio antara *value added* dengan *waste* pada *Un-lean Enterprise*

Pada gambar tersebut, *Un-lean enterprise* memiliki *value to waste rasio* kurang dari 30%, artinya ratio yang dihitung berdasarkan formula :

$(\text{value added activity to customer}) / \text{Waste (type one waste + type two waste)}$ .

Lean yang diterapkan pada keseluruhan perusahaan disebut *lean enterprise*, yang diterapkan pada *manufacturing* disebut *lean manufacturing*, yang diterapkan pada rumah sakit disebut *lean hospital*.

Penerapan konsep lean masih merupakan konsep yang sangat baru untuk sebagian besar institusi perawatan kesehatan, namun ada beberapa perawatan kesehatan yang memelopori penggunaan *Lean Hospital* pada pelayanan kesehatan yang telah dilakukan oleh ;

- Flinder Medical Center, merupakan rumah sakit umum yang terletak di selatan kota adelaide, Australia. Mereka menerapkan konsep lean dengan mendesain ulang alur proses di unit gawat darurat. Hasilnya peningkatan jumlah pasien yang masuk melalui UGD, sebelumnya pasien meninggalkan UGD tanpa mendapat pelayanan dari 7%

menjadi 3 %, waktu pelayanan berkurang 48 menit, dan tahun berikutnya ada kenaikan jumlah pasien 10%.

- Virginia mason medical Center (VMMC) di Seattle, Washington. Melakukan perubahan dengan menggunakan metode lean yang menghasilkan penurunan insidensi penggunaan ventilator terkait kasus pneumonia dari 34 kasus dengan 5 kematian pada tahun 2002 menjadi 4 kasus dengan 1 kematian di tahun 2004. Hal ini menyebabkan pengurangan biaya hampir 1,5 juta dollar. Penggunaan metode lean juga meningkatkan profit margin dan perbaikan pemanfaatan ruang yang memungkinkan 57% pasien yang membutuhkan perhatian dapat di monitor dalam ruang yang sama, dan sekarang rumah sakit dalam tahap untuk menurunkan jumlah kesalahan pengobatan dengan menggunakan standarisasi, dan proses mistakproofing dalam pemesanan, pengiriman dan pemberian obat-obatan dengan menggunakan metode lean.
- Park Nicollet Health service di Minneapolis, Minnesota, pelaksanaan metode Lean memungkinkan pasien memiliki akses perawatan karena perbaikan aliran pelayanan, menghasilkan peningkatan jumlah CT Scan dan MRI dilakukan masing-masing 2-1 kali perhari, menambah 10 kapasitas pasien kemoterapi dan infus antibiotik per hari, mengurangi waktu tunggu pasien semula 122 menit menjadi 52 menit klinik perawatan, standarisasi instrumen bedah pada unit bedah umum yang mengakibatkan penghematan lebih dari 40.000 instrumen setiap bulan. Sehingga rumah sakit ini mendapat penghargaan dari American medical Group Association (AMGA) sebagai “Acclaim Award”, dan mampu mencapai marjin operasi 3,9% yang setara dengan keuntungan \$ 7.5000.000 pada tahun 2004.

( Transforming Hospital Care, Journal of hospital medicine 2006; 1;191-199)

Hal ini menunjukkan bahwa dengan menerapkan konsep lean akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan biaya yang rendah, waktu yang singkat, keselamatan pasien meningkat, dan meningkatkan motivasi pegawai dengan memperpendek alur proses dengan menghilangkan berbagai hal-hal yang tidak berguna (*non value-added activities*)

Penelitian ini akan mengidentifikasi permasalahan-permasalahan terkait alur proses pelayanan unit rawat jalan RS Marinir Cilandak, membuat gambaran terhadap proses pelayanan dan komponen-komponen pendukungnya, manusia, peralatan yang digunakan, material, metode kerja serta aspek lingkungan fisik. Hasilnya akan dianalisis untuk dilakukan perbaikan-perbaikan pada alur proses pelayanan.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Melakukan analisis dan usulan perbaikan mutu alur proses pelayanan pada unit rawat jalan RS Marinir Cilandak dengan menerapkan konsep *lean hospital* Tahun 2012.

#### **2. Tujuan Khusus**

a. Membuat gambaran alur Proses dari kondisi saat ini di unit rawat jalan RS Marinir Cilandak

b. Menganalisa Value Stream map unit rawat jalan RS Marinir Cilandak

c. Mengidentifikasi aktivitas-aktivitas dalam proses kerja di unit rawat jalan yang termasuk dalam pemborosan dan tidak memberikan nilai tambah (*non added value*)

d. Mengusulkan desain perbaikan dalam proses kerja unit rawat jalan, meliputi alur proses, tata letak fasilitas pelayanan dan penunjang kesehatan, penggabungan atau pengurangan proses (*step*), serta dokumen-dokumen untuk efisiensi pelayanan.

#### 1.4 Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat member manfaat, diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan maupun bahan evaluasi bagi RS Marinir Cilandak dalam merencanakan dan menyempurnakan proses pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas serta kepuasan pasien dan pegawai sehingga dapat meningkatkan produktivitas dengan efisiensi biaya.

b. Bagi peneliti

Penelitian ini mencoba untuk memberikan kontribusi berupa pemikiran dan temuan-temuan empiric mengenai perencanaan dalam alur proses unit rawat jalan di RSMC.

c. Bagi Institusi pendidikan

Institusi pendidikan mendapatkan informasi dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya yang berhubungan dengan pelayanan rumah sakit dengan konsep *Lean Hospital*.

#### 1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini mengaplikasikan konsep *Lean hospital* yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan tidak meninggalkan aspek keamanan pasien (*patient safety*), ukuran kinerja yang digunakan pengurangan proses yang tidak memberikan nilai tambah, pengurangan waktu total pelayanan pasien, dan memberikan kemudahan bagi pegawai rumah sakit (dokter/perawat/staf) dengan menggunakan konsep *lean Hospital*, dan mengusulkan perbaikan dalam bentuk analisis dan desain unit rawat jalan RS Marinir Cilandak. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode observasi, depth interview, dan telaah dokumen yang diperlukan untuk mendukung objektivitas hasil.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Unit Rawat Jalan Rumah Sakit

Unit rawat jalan didefinisikan sebagai fasilitas kesehatan yang tidak memerlukan pasien untuk menetap/tinggal di RS. Jadi terdiri dari ruangan dokter sederhana yang menyediakan perawatan primer yang independen. (Robert F.Carr )

G D Kunders (2007) menyatakan saat ini pasien lebih baik dan mudah mendapatkan informasi tentang layanan kesehatan, ingin lebih terlibat dalam proses perawatan medis hal ini menyebabkan mereka dapat membuat keputusan sendiri memilih rumah sakit terbaik, memilih dokter yang akan merawat, dan kesadaran akan biaya yang ditanggungnya sehingga menuntut perawatan berkualitas dengan harga yang wajar. Pasien saat ini adalah perseptis, mereka mengetahui perbedaan antara rumah sakit yang baik dan yang biasa, Itulah sebabnya mengapa pasien memilih rumah sakit yang baik, yang memiliki dokter yang kompeten, peralatan lengkap, berbagai layanan satu atap, kualitas perawatan total dengan staf yang sopan dan penuh perhatian.

Dengan perkembangan teknologi dan pengobatan medis, maka standar pelayanan harus ditingkatkan karena di rumah sakit merupakan tempat dimana orang-orang ingin mendapatkan lebih dari harapannya, langkah pertama yang diperlukan adalah merencanakan dan mendesain rumah sakit dengan lebih baik, sehingga bangunan rumah sakit dapat digunakan secara efisien dan ekonomis, disaat sekarang serta dapat mengantisipasi perubahan di masa yang akan datang.

Unit rawat jalan merupakan salah satu bagian dari pelayanan yang disediakan rumah sakit, pada awalnya dirancang dengan ruangan dan layanan yang terbatas, namun dengan adanya perubahan pelayanan bidang kesehatan, unit rawat jalan berkembang menjadi layanan utama meliputi berbagai pengobatan spesialis, tes diagnostik, operasi kecil yang tidak memerlukan rawat inap.

Manajemen rumah sakit seringkali kurang mengantisipasi kapasitas ruangan dari unit rawat jalan dengan perencanaan dan desain yang baik potensi pemasukan dari unit ini dapat meningkat, karena keuntungan dari perawatan pasien rawat jalan adalah mengurangi lama tinggal di rumah sakit sehingga lebih efisien dan memberikan keuntungan bagi rumah sakit.

Posisi unit rawat jalan sebaiknya terletak di lantai dasar, memiliki fasilitas parkir yang memadai, dekat dengan tempat yang strategis, seperti bagian pendaftaran, medical record, UGD, dan fasilitas umum, dan mudah diakses ke laboratorium, radiologi dan farmasi. Ruangan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat dilalui kursi roda dan brankar, sirkulasi lalu lalang pasien lancar saling berhubungan antar bagian. Yang terpenting dalam operasional unit rawat jalan adalah efisiensi aliran pasien, semua sistem yang berkaitan dengan klinik mempengaruhi aliran pasien. Untuk mendapatkan suatu klinik yang efisien harus mengembangkan kebijakan yang baik didukung oleh prosedur yang tepat sehingga pasien yang telah terdaftar dapat diketahui oleh dokter, mengurangi waktu tunggu pasien dan personil rumah sakit dapat menangani jumlah pasien yang banyak dengan mudah dan efisien.

## **2.2. Definisi, Sejarah Lean dan Lean Thinking**

### **2.2.1 Definisi Lean**

*Lean* diartikan sebagai kurus (*ramping*), *Lean* didefinisikan sebagai seperangkat peralatan (*tools set*), sistem manajemen dan metodologi yang dapat mengubah rumah sakit dalam mengatur dan mengelola sehingga mengurangi kesalahan, mengurangi waktu tunggu, menghilangkan semua hambatan dan mendukung kegiatan dokter dan karyawan yang bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan dan perawatan pasien (Grabau, 2009).

Menurut Vincent Gasperz (2006) definisi *Lean* adalah suatu pendekatan sistemik dan sistematis untuk mengidentifikasi dan menghilangkan pemborosan (*waste*) atau aktivitas-aktivitas yang tidak bernilai tambah (*Non-value adding activities*) melalui peningkatan terus menerus secara radikal (*radikal continuous improvment*) dengan cara mengalirkan produk (*material, work-in-proses, output*)

dan informasi menggunakan sistem tarik (*pull system*) dari pelanggan internal dan eksternal untuk mengejar keunggulan dan kesempurnaan.

Dalam buku *Lean Thinking* karya Womack & Jones (Graban, 2009) terdapat lima prinsip dalam pola pikir lean, yaitu :

1. Menetapkan nilai dari sudut pandang pelanggan akhir (dalam hal ini adalah pasien);
2. Mengidentifikasi semua langkah dalam *value stream*, mengeliminasi setiap langkah yang tidak memberikan nilai;
3. Membuat langkah *value-added* yang terjadi secara terintegrasi sehingga aliran pekerjaan lancar.
4. Menetapkan nilai tambah (*value added*) dalam proses pelayanan ditarik dari persepsi pelanggan (*customer/demand pull*)
5. Mendapatkan kesempurnaan melalui perbaikan terus-menerus.

Berdasarkan pengertian-pengertian di atas, maka fokus dari *Lean* adalah pada peningkatan terus menerus *customer value* melalui identifikasi dan eliminasi aktivitas-aktivitas yang tidak memberikan nilai tambah yang merupakan pemborosan (*waste*). Konsep *lean* telah ada sejak lima dekade, namun mulai benar-benar berkembang dalam beberapa tahun belakangan, dimana perusahaan diseluruh dunia berharap mencapai suatu perusahaan yang lean, yaitu apabila mampu melakukan segala jenis kegiatan produksi tanpa atau hanya sedikit melakukan pemborosan, sehingga dapat menghemat biaya, meningkatkan aktivitas dan menambah nilai produk yang dihasilkan. Dalam seluruh perusahaan atau lean enterprise memiliki 3 tujuan diantaranya:

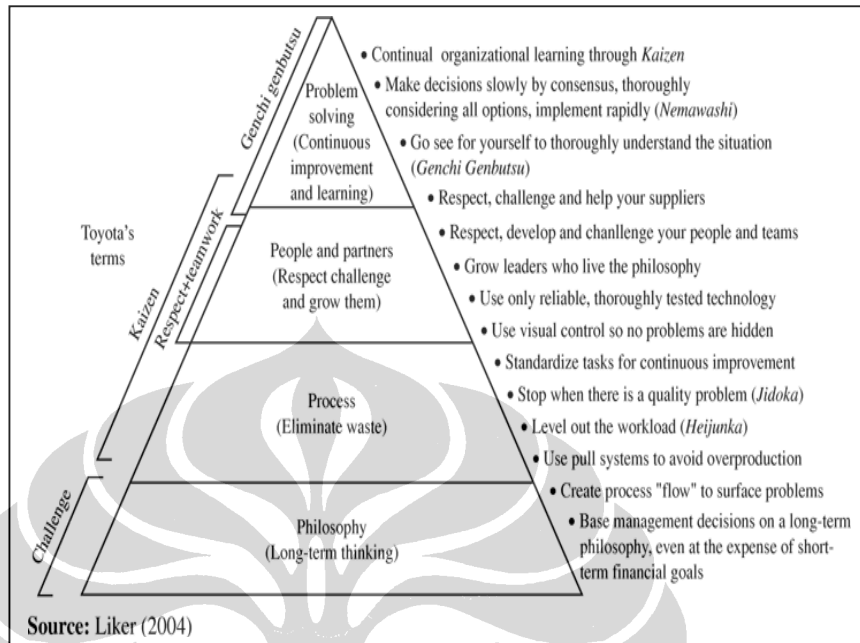
1. Pada level *customer*, mencapai *highest satisfaction of needs*
2. Pada level *process*, mencapai total *elimination of waste*
3. Pada level *employee*, mencapai *respect for human dignity*.

### 2.2.2 Sejarah Lean dan lean Thinking

Dikembangkan oleh Taiichi Onho tahun 1950 an dari Toyota. Pendekatan ini oleh Toyota disebut dengan “*Toyota Production System*” yang merupakan awal dari pemikiran lean, yang dikembangkan berdasarkan prinsip “*Just-In-Time*”. Just in time merupakan serangkaian prinsip, alat dan teknik yang memungkinkan perusahaan memproduksi dan mengirim produk dalam jumlah kecil, dengan lead time yang singkat dan untuk memenuhi keinginan pelanggan spesifik. Dapat dikatakan Just in time menyediakan barang yang tepat, pada waktu yang tepat, dengan jumlah yang tepat (Liker dalam arsa agustiningsih 2011). Salah satu dari pedoman ini adalah tidak adanya pemborosan-pemborosan dalam lini produksi, misalnya tidak boleh ada cacat (*zero defect*) dan tidak boleh ada barang digudang (*zero inventory*) dan berbagai bentuk *waste* lainnya.

Toyota Production System (TPS) dan Toyota Way merupakan konsep yang digunakan perusahaan toyota sehingga menjadi perusahaan manufaktur terhebat di dunia melalui peningkatan secara berkesinambungan (*continuous improvement*) yang ditujukan untuk menghilangkan pemborosan yang tidak menghasilkan value, sehingga terjadi budaya lean. Kemampuan Toyota ini merupakan strategi yang dikembangkan dalam mengelola kepemimpinan, kerja sama tim, dan budaya.

Jeffrey Liker (2008) dalam bukunya *The Toyota Way* merangkum prinsip-prinsip manajemen Toyota dalam model 4P; Philosophy, proses, people, dan problem solving. 4P membentuk piramida, sebagai fondasinya adalah philosophy yang berfokus pada nilai pelanggan dan masyarakat, di atasnya merupakan proses Lean yang bertujuan memperpendek lead time, dan untuk menghilangkan pemborosan dilakukan oleh orang-orang dengan menggunakan metode pemecahan masalah. Sistem Manajemen Toyota digambarkan oleh empat belas prinsip yang ada dalam empat tingkat piramida ini.



**Gambar 2.1 Piramida 4 P model of the Toyota Way**

Empat belas (14) prinsip Toyota Way

- **Filosofi jangka panjang** (*long term thinking*)
  - Prinsip 1.** Keputusan-keputusan manajemen harus berdasarkan filosofi jangka panjang sekalipun untuk output sasaran finansial jangka pendek.
- **Lean Process : Proses yang tepat akan membuahkan hasil yang tinggi.**
  - Prinsip 2.** Ciptakan “aliran proses yang terus menerus untuk mengangkat masalah ke permukaan.
  - Prinsip 3.** Gunakan sistem tarik untuk menghindari produksi berlebih.
  - Prinsip 4.** Membagi secara merata beban kerja (*Heijunka*)
  - Prinsip 5.** Ciptakan budaya berhenti untuk menyelesaikan masalah, guna mendapatkan kualitas yang tepat pada saat pertama.
  - Prinsip 6.** Tugas dan proses yang standar adalah fondasi bagi perbaikan yang terus menerus dan pemberdayaann karyawan.

Prinsip 7. Gunakan kendali visual sehingga tidak ada masalah yang tersembunyi.

Prinsip 8. Gunakan hanya teknologi yang andal dan teruji sepenuhnya yang melayani orang-orang dan proses-proses anda.

- **Kembangkan dan Tantang orang-orang serta mitra-mitra anda melalui hubungan jangka panjang.** (*People and Partners; Respect, Challenge, and Grow Them*)

Prinsip 9. Tumbuhkan pemimpin-pemimpin yang memahami pekerjaan secara sepenuhnya, menghidupkan filosofi, dan mengajarkan kepada orang lain.

Prinsip 10. Kembangkan orang-orang dan tim-tim yang luar biasa, yang mengikuti filosofi perusahaan anda.

Prinsip 11. Hargai para mitra dan para pemasok anda dengan menantang mereka dan membantu mereka menjadi semakin baik.

- **Pemecahan masalah dan perbaikan terus-menerus menggerakkan organisasi pembelajaran** (*Problem Solving ; Continous Improvement and Learning*)

Prinsip 12. Pergi dan lihatlah agar anda memahami situasi sepenuhnya (*Genchi Genbutsu*)

Prinsip 13. Buatlah keputusan secara perlahan melalui konsensus, dengan mempertimbangkan sepenuhnya semua opsi yang ada; dan kemudian melaksanakan keputusan secepatnya.

Prinsip 14. Menjadi organisasi pembelajaran melalui refleksi yang keras hati (*haisei*) dan perbaikan terus-menerus (*kasizen*)

Istilah “Lean (Ramping)” tidak pernah digunakan di Toyota, istilah ini diperkenalkan pertama kali oleh Womack, Jones, dan Ross (1990) sebagai cara untuk menggambarkan paradigma baru bidang manufaktur yang dikembangkan oleh Toyota (Toyota production System) yang mampu melakukan perbaikan kinerja dan berusaha terus mencapai yang terbaik.

Dalam buku mereka yang berjudul “*Lean Thinking*”, didefinisikan sebagai suatu proses yang terdiri dari;

### **1. Mendefinisikan nilai bagi konsumen**

*Value* merupakan produk yang disediakan untuk memenuhi kebutuhan konsumen pada waktu yang tepat, harga yang sesuai dan kualitas yang tinggi. Nilai atau *value* hanya dapat ditentukan oleh “*Ultimate end customer*”, maksudnya bahwa konsumen adalah pihak yang paling mengetahui nilai dari suatu produk, sehingga cara yang paling tepat untuk menentukan *value* suatu produk adalah dengan mengukurnya dari persepsi konsumen.

Dalam mempersepsikan nilai suatu produk, produsen dan konsumen memiliki cara pandang yang berbeda. Menurut produsen, nilai dari suatu produk atau jasa ialah efisien bahan baku, waktu, tenaga, *cost*, dan lainnya. Namun dari sudut pandang konsumen nilai dari suatu produk atau jasa ialah apabila memiliki fungsi baginya, kecepatan dalam pengantaran, keindahan, ketahanan, kualitas dan sebagainya. Perbedaan persepsi ini menyebabkan adanya *gap*. Cara terbaik melihat *value* produk adalah dari kaca mata konsumen yang disesuaikan dengan sudut pandang produsen berupa kemampuan ketersediaan sumber daya, sehingga diharapkan tercipta produk dan jasa yang tepat dengan kebutuhan konsumen, namun tetap memperhatikan *value* bagi produsen dalam penyediaan barang dan jasa tersebut. (Likers 1998 dalam Ars 2010).

### **2. Menetapkan *value stream* dan menghilangkan pemborosan**

*Value Stream* dalam “*lean thinking*” didefinisikan semua kegiatan mulai dari desain, permintaan dan menyediakan suatu produk mulai dari konsep sampai dengan produk selesai, dari mulai permintaan sampai diterima oleh konsumen. Selama proses *value stream* ini ada tiga jenis aktivitas yang teridentifikasi, satu jenis aktivitas yang memberikan nilai

(*add value*) dan dua tipe pemborosan (*Waste*) / “*Muda*” dalam bahasa Jepang, yaitu;

- a. *Value-Add*, semua proses yang menghasilkan nilai
- b. *Non Value-add*, semua aktivitas yang tidak menghasilkan nilai/ pemborosan namun tidak dapat dihindari dengan teknologi dan sumber daya yang ada (*muda tipe 1/type 1 waste*)  
Misalnya; inspeksi, transportasi, dan sebagainya.
- c. *Non Value-add*, semua aktivitas yang tidak menghasilkan nilai dan bisa dihindari (*muda tipe 2/type 2 waste*).

Kegiatan yang dilakukan benar-benar memboroskan dan seharusnya dihilangkan, misalnya; transportasi berlebih, pengerjaan berulang, produk yang cacat, dan sebagainya.

### **3. Melakukan *One piece flow***

Flow /aliran dalam prinsip Lean dimaksud adalah kegiatan-kegiatan sepanjang value stream yang dimulai dari proses desain sampai produksi diterima konsumen tanpa ada hambatan, kesalahan, dan pengulangan.

Dengan menggunakan value stream, akan terlihat pemborosan yang terdapat diberbagai tahap proses produksi barang dan jasa. Proses yang mengalir disini sebagai inti dari organisasi lean, yaitu mempersingkat waktu yang diperlukan mulai dari awal produksi hingga menjadi suatu produk, memunculkan kualitas terbaik, biaya rendah dan waktu pengiriman singkat dan tepat waktu.

Dalam *Lean*, memunculkan permasalahan ke permukaan adalah hal yang penting, karena akan terlihat jelas dan segera dicari solusi dan strateginya untuk mengatasi masalah tersebut.



Menurut Liker dalam Ars Agustiningsih, terdapat keuntungan-keuntungan dalam menerapkan proses yang mengalir, diantaranya ialah:

- a. Kualitas yang Inheren
- b. Menciptakan fleksibilitas yang sebenarnya
- c. Menciptakan produktivitas yang lebih tinggi
- d. Mengosongkan ruang kerja
- e. Meningkatkan keselamatan kerja
- f. Semangat kerja meningkat
- g. Mengurangi biaya persediaan

#### **4. Menerapkan sistem tarik atau pull system**

Terdapat dua pendekatan yang dipakai dalam sistem produksi untuk melakukan perencanaan dan penjadwalan produksi. Yang pertama adalah product push yang berarti perusahaan memproduksi sesuai dengan kemampuan atau kapasitas produksi yang ada. Kedua adalah market pull, yang berarti suatu produk dibuat berdasarkan jumlah dan jenis pesanan yang dibutuhkan oleh konsumen, sedangkan sistem tarik sendiri mempunyai konsep yang sejalan dengan market pull, yang memiliki makna nilai tambah dalam proses pelayanan harus dilihat dari sudut pandang konsumen. Segala sesuatu yang menurut pandangan konsumen tidak memberi nilai tambah bagi kepuasan konsumen, maka sebaiknya dieliminasi atau diminimalisasi.

#### **5. Perbaikan Berkelanjutan (*Continuous Improvement*)**

Proses perbaikan bukan hanya sekali dilakukan sepanjang hidup suatu perusahaan, perbaikan perlu dilakukan berulang secara terus menerus sehingga membentuk siklus. Keadaan terakhir dari siklus pertama menjadi inisial tindakan bagi proses siklus kedua. Dengan begitu perbaikan akan berproses secara terus menerus dan dapat ditemukan cara-cara terbaik seiring dengan tumbuhnya suatu perusahaan.

Menurut Vincent Gasperz dan Avanti Fontana 2011 dalam Lean six sigma, terdapat lima prinsip lean yang tidak jauh berbeda dengan Womack dan Jones 1998 ;

1. Mengidentifikasi nilai produk (barang dan atau jasa) berdasarkan perspektif pelanggan, dimana pelanggan menginginkan produk yang berkualitas, dengan harga yang kompetitif, dan penyerahannya tepat waktu.
2. Mengidentifikasi value stream process mapping (Pemetaan proses pada value stream) untuk setiap produk (barang dan / atau jasa).
3. Menghilangkan pemborosan yang tidak bernilai tambah dari semua aktivitas sepanjang proses value stream itu.
4. Mengorganisasikan agar material, informasi, dan produk itu mengalir secara lancar dan efisien sepanjang proses value stream menggunakan sistem tarik (pull system).
5. Terus menerus mencari berbagai teknik dan alat peningkatan (improvement tools and techniques) untuk mencapai keunggulan dan peningkatan terus menerus.

### **2.3 Penerapan Konsep Lean Hospital**

Hal yang paling sederhana dan paling elegan mengenai Lean yang berasal dari budaya Toyota menurut Graban dalam "*Lean Hospital*" terdiri dari dua bagian;

#### *1. Total elimination of waste*

Pemborosan, *muda*, atau *waste* merupakan segala aktifitas yang tidak membantu proses penyembuhan terhadap pasien. Semua pemborosan harus dihilangkan atau diminimalisir agar dapat menekan biaya rumah sakit, meningkatkan kepuasan pasien serta meningkatkan keselamatan pasien dan pegawai. Contoh pemborosan di rumah sakit ialah;

- Waktu tunggu pasien untuk diperiksa dokter
- Waktu tunggu pasien untuk tahap berikutnya
- Adanya kesalahan yang membahayakan pasien

- Pergerakan yang tidak perlu, contohnya letak apotik dan kasir yang jauh.

## 2. *Respect of people*

*Respect* yang dimaksud dalam lean adalah memotivasi pegawai agar melaksanakan pekerjaan menjadi lebih baik dan konstruktif. *Respect of people* bermakna luas, bagaimana pimpinan berkomitmen dan mempercayai pegawainya untuk ikut serta dalam membantu menyelesaikan masalah dan mengurangi pemborosan, memotivasi pegawai agar lebih peduli terhadap pasien dan lingkungan rumah sakit tanpa mereka merasa jenuh dan terpaksa, membangun kerja sama antara pegawai pelaksana dan manajemen, sehingga tidak ada anggapan bahwa manajemen mengatur system, menyelesaikan masalah, membuat keputusan, sedangkan pegawai pelaksana hanya melaksanakan instruksi saja.

Jadi ketika Konsep lean digunakan dalam industri kesehatan, elimination of waste dan respect of people adalah respect kepada pasien, karyawan, dokter, komunitas dan stakeholder rumah sakit serta lingkungannya, sehingga segala tindakan yang diambil harus dapat diterima oleh semua yang terlibat.

Womack dan Jones (dalam Graban, 2009) mendefinisikan lima prinsip lean yang dapat diadaptasi ke dalam sistem pelayanan di rumah sakit, Tabel 2.1

**Tabel 2.1 Prinsi-Prinsip Lingkungan Lean di Rumah sakit**

No.	Prinsip-prinsip	Lean Hospital
1	<b>Value</b>	Nilai secara spesifik harus dilihat dari sudut pandang konsumen akhir (pasien)
2	<b>Value Stream</b>	Identifikasi semua tahapan proses yang memberikan nilai tambah pada semua dan lintas departemen(the value stream), hilangkan tahapan-tahapan yang tidak memberikan nilai
3	<b>Flow</b>	Jaga agar proses berjalan lancar dengan menghilangkan faktor-faktor penyebab keterlambatan, misalnya munculnya masalah kualitas layanan atau pengalokasian sumber daya
4	<b>Pull</b>	Hindari mendorong suatu pekerjaan berdasarkan ketersediaan sumber daya yang ada, biarkan suatu

		proses jasa terjadi karena adanya kebutuhan atau suatu permintaan dari pasien (sehingga efisien dan sesuai dengan kebutuhan pasien)
5	<b>Perfection</b>	Kejar kesempurnaan pelayanan melalui perbaikan berkelanjutan (continous improvement)

Sumber; Graban (2009)

### 2.3.1 Penentuan Nilai (*Value*)

Womack & Jones menyatakan value hanya dapat didefinisikan oleh ultimate *end customer* atau pelanggan akhir. Ini menjadi alasan mengapa kita harus benar-benar mengetahui siapa customer kita dan setiap masing-masing pelanggan memiliki definisi berbeda mengenai value. Di rumah sakit, pelanggan dapat berupa pasien, keluarga pasien, dokter, pegawai rumah sakit, dan pihak asuransi. Namun pelanggan yang paling nyata adalah pasien.

Graban memberikan pernyataan mengenai aturan yang harus dipenuhi oleh suatu aktivitas yang memberikan nilai tambah karena metode *lean* memberikan aturan spesifik untuk menentukan apakah suatu aktivitas menambah *value added* atau merupakan *waste*. Aturan yang harus dipenuhi tersebut ialah:

1. Konsumen/pelanggan harus bersedia untuk membayar suatu kegiatan
2. kegiatan atau aktifitas harus mengubah produk atau jasa dengan cara apapun.
3. kegiatan harus dilakukan dengan benar pada saat pertama dilakukan.

Suatu kegiatan dapat dikatakan *value added* atau *non value added* dilihat dari berbagai perspektif, diantaranya produk, pasien, pegawai, atau pemberi pelayanan. Contoh kegiatan yang *value added* misalnya; dokter bedah melakukan operasi kepada pasien, dilakukan pemeriksaan specimen pasien di laboratorium untuk mendukung diagnosa. Sedangkan kegiatan *non value added* dalam dua kegiatan tersebut adalah dokter bedah menunggu untuk keterlambatan prosedur atau melakukan langkah-langkah yang tidak perlu, specimen pasien menunggu untuk dipindah sebagai satu *batch*.

### 2.3.2 Identifikasi Waste

Segala kegiatan dan proses yang terjadi di rumah sakit ditemukan banyak sekali pemborosan dan inefisiensi, pegawai rumah sakit lebih banyak menghabiskan waktunya bukan untuk melakukan kegiatan pokok. Graban (2009) menyatakan perawat di unit rawat inap menghabiskan 25% - 50% waktunya untuk kegiatan pelayanan yang langsung berhubungan dengan pasien, seperti mengecek status pasien, pemberian obat, menjawab pertanyaan, dan memberikan pedoman medis, berarti 50% - 75% sisa waktunya banyak digunakan untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang tidak bersifat value added atau merupakan pemborosan. Dengan mengurangi pemborosan banyak hal yang dapat dihemat, sehingga mengurangi biaya untuk rekrutmen sumber daya dan tenaga, pelayan lebih baik, meningkatkan kinerja.

#### 2.3.2.1 Waste

Pemborosan atau waste dalam bahasa Jepang disebut muda, yaitu segala tindakan yang dilakukan tanpa menghasilkan nilai. Sebagai contoh dari bentuk muda adalah perbaikan yang dilakukan akibat adanya kesalahan, produksi barang yang tidak diinginkan konsumen, penumpukan inventori, tahap proses yang tidak terlalu dibutuhkan, pemindahan orang atau bahan yang tidak perlu dari satu tempat ke tempat lain, menunggu akibat penghantaran yang tidak tepat waktu, dan seluruh barang dan jasa yang tidak sesuai dimana konsumen.

Terdapat dua kategori pemborosan atau waste, yaitu *type one waste* dan *type two waste*;

##### a. *Type one waste*

Merupakan aktivitas kerja yang tidak menciptakan nilai tambah dalam proses transformasi input menjadi output yang pada saat ini belum bisa dihilangkan karena berbagai alasan atau masih kita butuhkan. Tipe waste ini misalnya; inspeksi, pernyortiran dan pengawasan. Menurut lean, contoh kegiatan-kegiatan tersebut tidak mendatangkan value added, namun pada saat ini masih dibutuhkan untuk suatu tujuan yang bersifat

korektif. Dalam jangka panjang waste tipe ini harus dapat dihilangkan atau dikurangi.

*b. Type two waste*

Adalah aktifitas yang tidak memberikan nilai tambah dan dapat dihilangkan segera mungkin. Kegiatan=kegiatan ini cenderung menghasilkan produk cacat atau defect, pengerjaan berulang atau rework, atau dapat pula kegiatan tersebut sering terjadi kesalahan atau error yang dapat dihilangkan dengan segera. Tipe ini biasanya disebut waste saja, karena bentuknya berupa pemborosan yang sebenar-benarnya yang dapat diidentifikasi dan dieliminasi secepatnya.

**2.3.2.2 “Seven plus one” Type of Waste**

Taiichi Ohno, seorang eksekutif Toyota merupakan orang pertama yang menemukan tujuh tipe pemborosan. Linker (2006) menambahkan satu jenis dari tujuh pemborosan sehingga menjadi delapan jenis pemborosan, yaitu;

1. produksi lebih
2. Waktu menunggu
3. Transportasi yang berlebihan
4. Proses yang berlebihan atau keliru
5. Persediaan berlebih
6. Gerakan yang tidak perlu
7. Produk cacat
8. Kreativitas karyawan yang tidak dimanfaatkan.

Lebih jelasnya akan diterangkan pada tabel dibawah ini Tabel 3.2

Tabel 2.2 “Seven plus one” Type of waste

No	Waste	Akar penyebab
1	<p><b>Overproduction/produksi berlebih :</b></p> <p>Memproduksi lebih daripada kebutuhan pelanggan internal dan eksternal atau memproduksi lebih cepat atau lebih awal daripada waktu kebutuhan pelanggan internal dan eksternal</p>	<p>Ketiadaan komunikasi, sistem balas jasa dan penghargaan yang tidak tepat, hanya berfokus pada kesibukan kerja, bukan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan internal dan eksternal</p>
2	<p><b>Delays (waiting Time) :</b></p> <p>Keterlambatan yang tampak melalui orang-orang yang sedang menunggu mesin, peralatan, bahan baku, supplies, pemeliharaan/perawatan (maintenance), dll; atau mesin-mesin yang sedang menunggu perawatan, orang-orang, bahan baku dan peralatan</p>	<p>Inkonsistensi metode kerja, waktu penggantian produk yang panjang (Long changeover times), dll</p>
3	<p><b>Transportation/Transportasi yang berlebihan:</b></p> <p>Memindahkan material atau orang dalam jarak yang sangat jauh dari satu proses ke proses berikut yang dapat mengakibatkan waktu penanganan material bertambah.</p>	<p>Tata letak yang jelek (<i>poor layout</i>), ketiadaan koordinasi dalam proses, poor housekeeping, organisasi tempat kerja yang jelek (<i>poor workplace organization</i>), lokasi penyimpanan material yang banyak dan saling berjauhan (<i>multiple and long distance storage locations</i>)</p>
4	<p><b>Process/proses keliru atau berlebihan :</b></p> <p>Mencakup proses-proses tambahan atau aktivitas kerja yang tidak perlu atau tidak efisien.</p>	<p>Ketidaktepatan penggunaan peralatan, pemeliharaan peralatan yang jelek (<i>poor tooling maintenances</i>), gagal mengkombinasikan operasi-operasi kerja, proses kerja dibuat serial padahal proses-proses itu tidak saling tergantung satu sama lain, yang seyogyanya dapat dibuat paralel.</p>
5	<p><b>Inventories/Persediaan berlebih :</b></p> <p>Pada dasarnya inventories menyembunyikan masalah dan menimbulkan aktivitas penanganan tambahan yang seharusnya tidak diperlukan. Inventories juga mengakibatkan extra paperwork, ekstra space, dan extra cost.</p>	<p>Peralatan yang tidak handal (<i>Unreliable equipment</i>), aliran kerja yang tidak seimbang (Unbalance flow), pemasok yang tidak kapabel (<i>incapable suppliers</i>)</p>

6	<b>Motions/Gerakan yang tidak perlu;</b> Setiap pergerakan dari orang atau mesin yang tidak menambah nilai kepada barang dan jasa yang akan diserahkan kepada pelanggan, tetapi hanya menambah biaya dan waktu saja.	Organisasi tempat kerja yang jelek (poor workplace organization), tata letak yang jelek (poor layout), metode kerja yang tidak konsisten (inkonsistent work methods), poor machine design.
7	<b>Defective product/produk cacat;</b> <i>Scrap, rework, customer returns, customer dissatisfaction.</i>	<i>Incapable processes, insufficient training,</i> ketiadaan prosedur-prosedur operasi standar.
7+1	<b>Defective Design;</b> Desain yang tidak memenuhi kebutuhan pelanggan, menambah <i>features</i> yang tidak perlu. Hal ini juga dapat dimaksudkan sebagai kreativitas karyawan yang tidak dimanfaatkan	<i>Lack of customer input in design, over design.</i>

Sumber ; *Lean Six Sigma for manufacture and service Industries, Vincent Gaspersz 2007*

Deskripsi waste lebih spesifik pada bisnis servis di antaranya adalah:

1. Error in document
2. Transport of document
3. Doing unnecessary work not requested
4. Waiting for the next process step
5. Process of getting approvals
6. Unnecessary motion
7. Backlog in work queues
8. Underutilized employees

Contoh formulir yang dapat dipakai dalam mengidentifikasi waste di tempat kerja,

**Tabel 2.3 Formulir Identifikasi waste di tempat kerja**

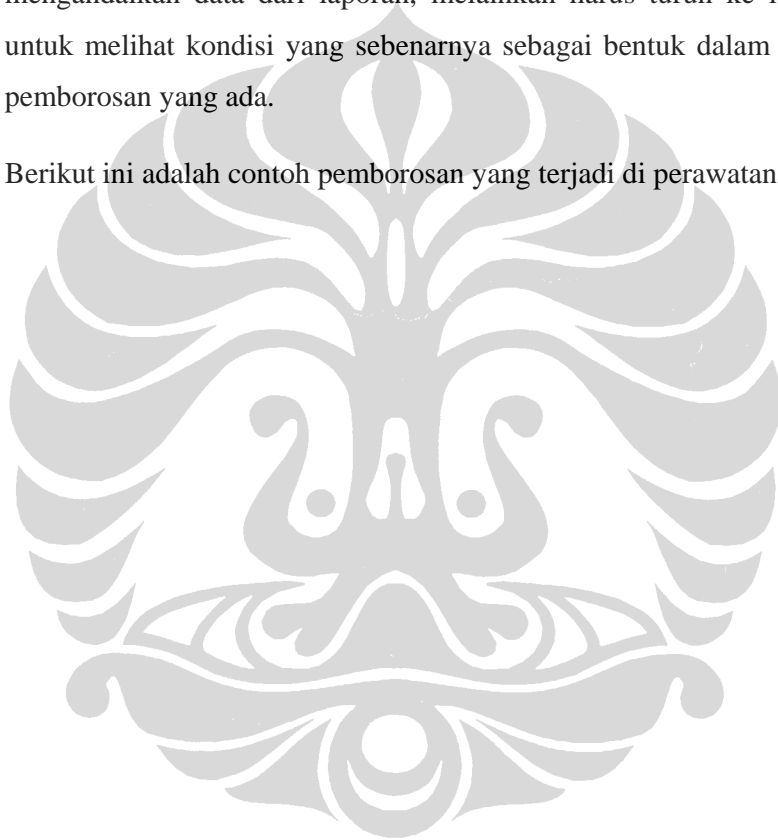
Jenis pemborosan (apa)	Sumber pemborosan (Dimana)	Penanggung Jawab (Siapa)	Waktu Terjadi (Kapan)	Alasan Terjadi (Mengapa)	Saran perbaikan (Bagaimana)

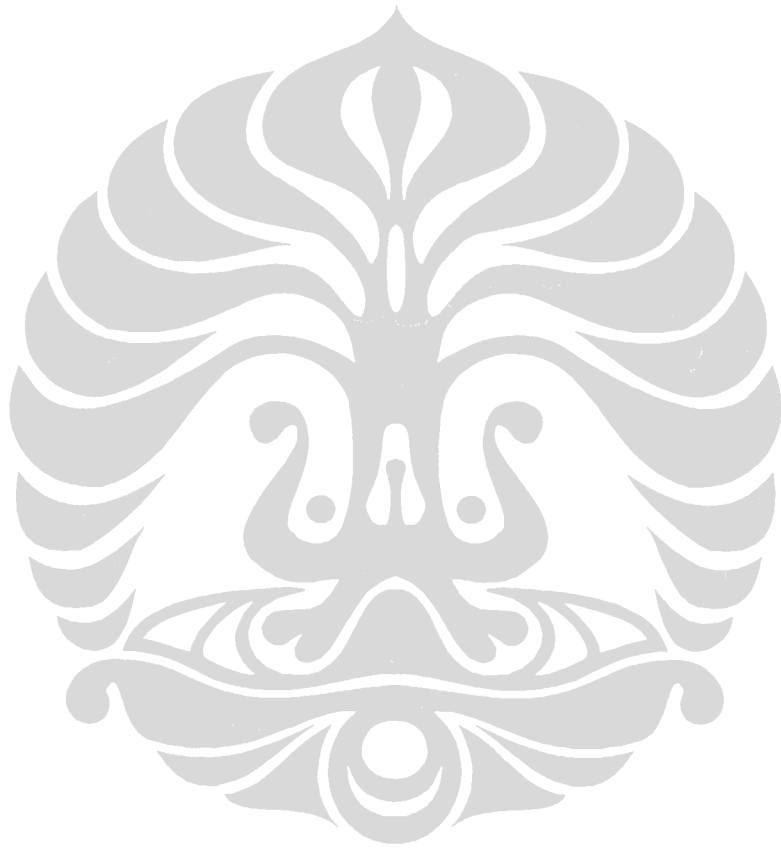
Sumber ; *Lean Six Sigma for manufacture and service Industries, Vincent Gaspersz 2007*



Dijelaskan bahwa pemborosan-pemborosan dapat dihilangkan secara langsung dengan segera (tipe 2), adapula yang belum dapat dihilangkan pada saat itu juga (tipe 1). Kegiatan yang dianggap waste tapi masih diperlukan atau non value added activity, seperti inspeksi berulang oleh apoteker atau asistennya terhadap pemberian obat kepada pasien, kegiatan ini masih diperlukan untuk dilakukan untuk mencegah terjadi kesalahan. Namun dalam pemikiran lean hal ini merupakan tantangan untuk menemukan cara untuk mencegah error/kesalahan. Diperlukan seorang pemimpin yang tidak hanya mengandalkan data dari laporan, melainkan harus turun ke lapangan secara langsung untuk melihat kondisi yang sebenarnya sebagai bentuk dalam memetakan pemborosan-pemborosan yang ada.

Berikut ini adalah contoh pemborosan yang terjadi di perawatan kesehatan.





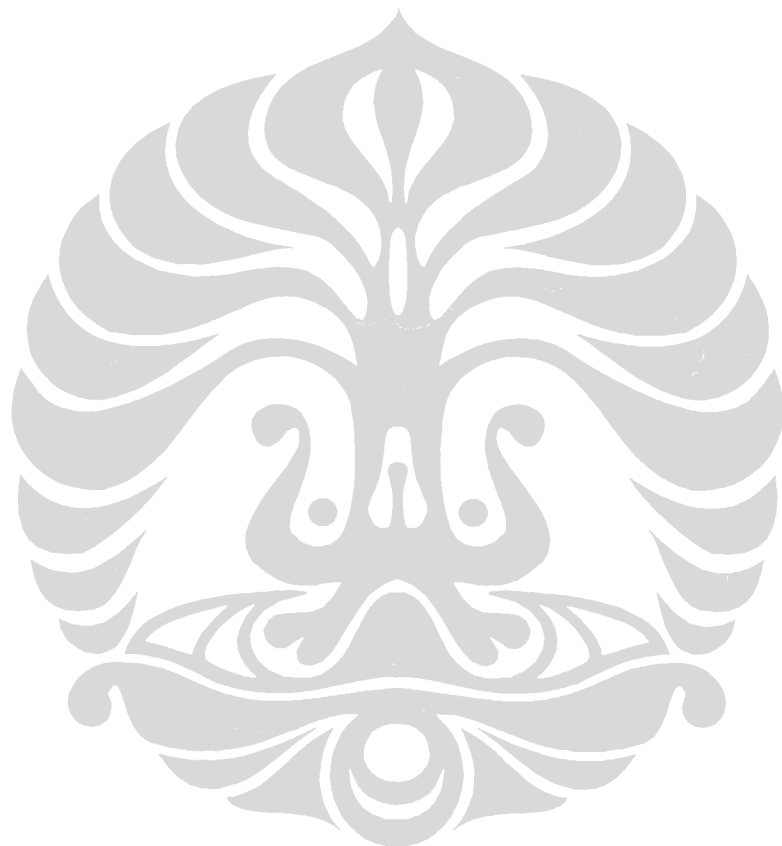
**Tabel 2.47 Waste dalam Perawatan kesehatan**

No.	Waste	Definisi	contoh	Penyebab	Perbaikan
1	Confusion	Orang melakukan suatu pekerjaan tanpa kepercayaan diri untuk mengerjakannya dengan cara yang terbaik.	Beberapa aktivitas atau pekerjaan dilakukan dengan cara yang berbeda oleh orang yang berbeda  Ketidakjelasan pengiriman Medical record  Ketidak jelasan rute proses administrasi medis  Ketidakjelasan sistem tarif dalam pembayaran	Kurangnya standarisasi dalam spesifikasi aktivitas dalam proses kerja  Tidak menggunakan bahasa yang lebih mudah untuk dimengerti  Pegawai hanya mengandalkan ingatan atau memori dalam melakukan tugas.	Seluruh aktivitas dalam proses kerja harus diperjelas dan spesifik  Tanda-tanda yang jelas harus dapat memicu keseragaman aktivitas kerja
2	Motion	Pergerakan orang atau aktivitas kerja yang tidak bersifat value added	Mencari-cari Informasi  Mencari-cari bahan dan orang  Material dan peralatan terletak jauh dari tempat proses kerja berlangsung	Informasi tidak konsisten (termasuk cara komunikasi)  Stok material yang tidak cocok dengan kebutuhan permintaan  Schedule yang dibuat masih berupa “workaround” atau “rework”	Sistem IT harus cocok dan sesuai kebutuhan yang diminta  Sistem komunikasi yang reliable  Ketersediaan aliran material harus cocok dengan kebutuhan saat ini  Penjadwalan yang konsisten dengan kebutuhan permintaan

3	Waiting	Waktu tunggu terjadi apabila pelaksana, informasi, peralatan atau bahan-bahan belum tersedia	Menunggu pekerja yang sedang rapat, melakukan pembedahan, prosedur lain atau membuat laporan	Rendahnya pemahaman mengenai kapan dibutuhkan waktu yang tepat untuk melakukan suatu pekerjaan tersebut  Kalkulasi waktu yang tidak pas untuk pengiriman barang  Delay yang bercampur-campur dan menumpuk.	Penjadwalan yang bersifat "Right now scheduling"  Fewer meetings; pekerjaan terselesaikan pada fokus group yang kecil Matching capabilities antara permintaan dengan layanan supply
4	Processing	Aktivitas-aktivitas yang tidak value added dari persektif pasien maupun customer lain	Klasifikasi pemesanan  Informasi yang berlebihan  Medical record yang hilang  Regulatory paperwork	Layout area kerja tidak mempromosikan aliran kerja yang berkelanjutan  Aliran kerya yng kompleks pada pengiriman alat daan bahan medis dari farmasi  Form yang kompleks dan rangkap-rangkap	Layout area kerja didesain ulang dengan alur kerja yang kontinyu  Sistem pendistribusian yang konsisten untuk material dan informasi  Form pada dokumen hanya memuat hal-hal essensial yang diperlukan saja
5	Inventory	Banyaknya material yang berlebih daripada barang yang dibutuhkan untuk melakukan suatu pekerjaan	Stoki berlebih pada kebutuhan medis  Stok berlebih pada gudang	Permintaan akan suatu barang tidak dipahami dengan benar  Supply yang melewati tanggal jatuh	Supply harus tepat sesuai kebutuhan, tidak klebih tidak kurang

				tempo tidak dihapuskan  Preferensi personal terduplikasi/tidak terpenuhi	Menjaga kestabilan inventory sesuai kebutuhan  Memahami preferensi individu
6	Defects	Pekerjaan yang mengandung kesalahan dan ketidaklengkapan menyelesaikan pekerjaan	Medication error  Rework atau pekerjaan berulang  Hasil kerja yang bermacam-macam atau bervariasi  Charges atau billing yang tidak sesuai  Malpraktek dalam pembedahan	Kurangnya pemahaman mengenai apa yang dinamakan “Bebas Cacat”  Kurangnya spesifikasi pada proses kerja	Mendesain ulang sistem yang dapat mendukung pekerja untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik dengan spesifikasi yang jelas dalam proses kerja, ekspektasi yang jelas hasilnya.  Definisi yang jelas dan memahami sepenuhnya tentang apa itu “Bebas Cacat”  Masing-masing memahami dengan jelas apa yang disebut Bebas cacat dengan sebenarnya mulai dari sekarang.
7	Over-Production	Pekerjaan yang berlebihan	Duplicate Charting  Beberapa form mengandung informasi yang sama  Kopian laporan yang terkirim secara otomatis	Misinterpretasi peraturan  Rendahnya komunikasi/koordinasi antar departemen atau bagian  Ketidakjelasan spesifikasi mengenai siapa yang membutuhkan dan apa yang dibutuhkan	Pembuatan regulasi dengan interpretasi yang jelas  Sistem (baik elektronik maupun cetak) yang disampaikan ke pasien tidak berlebihan.

Sumber; A3 problem Solving for healthcare : A practical method for Eliminating waste, oleh Cindy Jimmerson, 2007



### 2.3.3 Value Stream Mapping

Merupakan nilai pemetaan aliran yang membantu para pimpinan rumah sakit melihat seluruh gambar melintasi batas-batas departemen, adalah diagram terstruktur yang berasal dari Toyota (1980). Salah satu peralatan yang digunakan dalam konsep Lean ada, Value Stream Mapping (VSM) merupakan bahan dan pemetaan arus informasi. Dengan VSM kita dapat melihat pemetaan proses dan informasi di rumah sakit mengalir kepada pelanggan, sebagai aliran kerja. Peta proses membuat jelas langkah-langkah dalam VSM yang merupakan suatu pemborosan (waste) dan membuat cara penyelesaian yang lebih mudah dan cepat serta menemukan jawaban yang tepat sehingga dalam proses VSM bisa memberikan nilai (value added) bagi pelanggan.

Ohno di *Toyota manufactured system* melakukan *Genchi genbutsu* dalam mengidentifikasi waste dengan menggambar proses VSM. *Genchi Genbutsu* dalam bahasa Jepang berarti “pergi dan Melihat”, sehingga diperlukan pemimpin untuk datang dan melihat sendiri bentuk proses yang terjadi, karena pertemuan di ruangan rapat untuk mendiskusikan masalah tidak efektif.

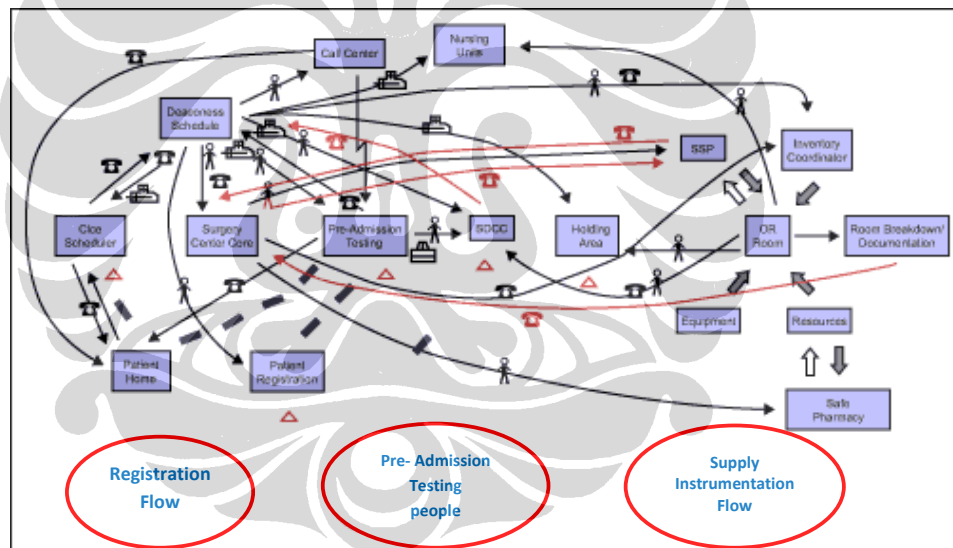
Suatu rumah sakit memiliki departemen-departemen yang memiliki aturan sendiri namun berperan dalam proses perawatan dan pelayanan kepada pasien. Masalah dan waste di rumah sakit sering ditemukan dalam interaksi antar departemen ini karena kurang fokus pada aliran pasien yang disebut VSM dalam *metodologi Lean*. VSM didefinisikan sebagai kumpulan semua kegiatan spesifik yang diperlukan untuk membawa produk (layanan dan perawatan) melalui pengelolaan tiga hasil akhir yang diperlukan (pemecahan masalah, informasi, dan transformasi fisik).

VSM mengidentifikasi berapa lama waktu yang dibutuhkan pasien dari mulai datang sampai dengan selesai, terutama jumlah waktu tunggu diantara setiap proses, sehingga dapat mengetahui gambaran utuh (*Big Picture mapping*) waktu proses dan kegiatan yang value added dan non value added di

rumah sakit. VSM yang berperan dalam konteks Lean secara keseluruhan adalah:

1. Tentukan nilai dari pandangan pelanggan
2. Memetakan keadaan VSM saat ini
3. Menerapkan alat-alat lean untuk mengidentifikasi waste dalam aliran nilai saat ini
4. Memetakan proses VSM masa depan
5. Mengembangkan rencana transisi
6. Melaksanakan rencana tersebut
7. Validasi proses baru.

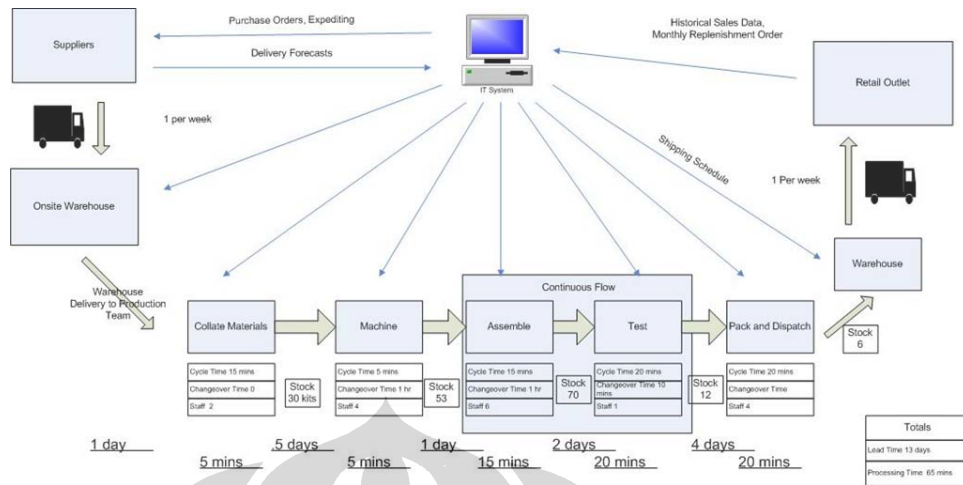
Gambar 2.1 dan 2.2 adalah pembuatan *Value Stream Mapping* sebelum Lean dan sesudah Menggunakan konsep lean.



Sumber : <http://www.isixsigma.com/new-to-six-sigma/dmaic/reducing-avoidable-cancellations-day-surgery/>

**Gambar 2.2 Value Stream mapping sebelum menggunakan konsep Lean ( telah diolah kembali)**





Sumber : <http://theleansubmariner.com/2011/07/20/turn-on-your-gps/>

**Gambar 2.3 Value Stream Mapping setelah menggunakan Konsep Lean**

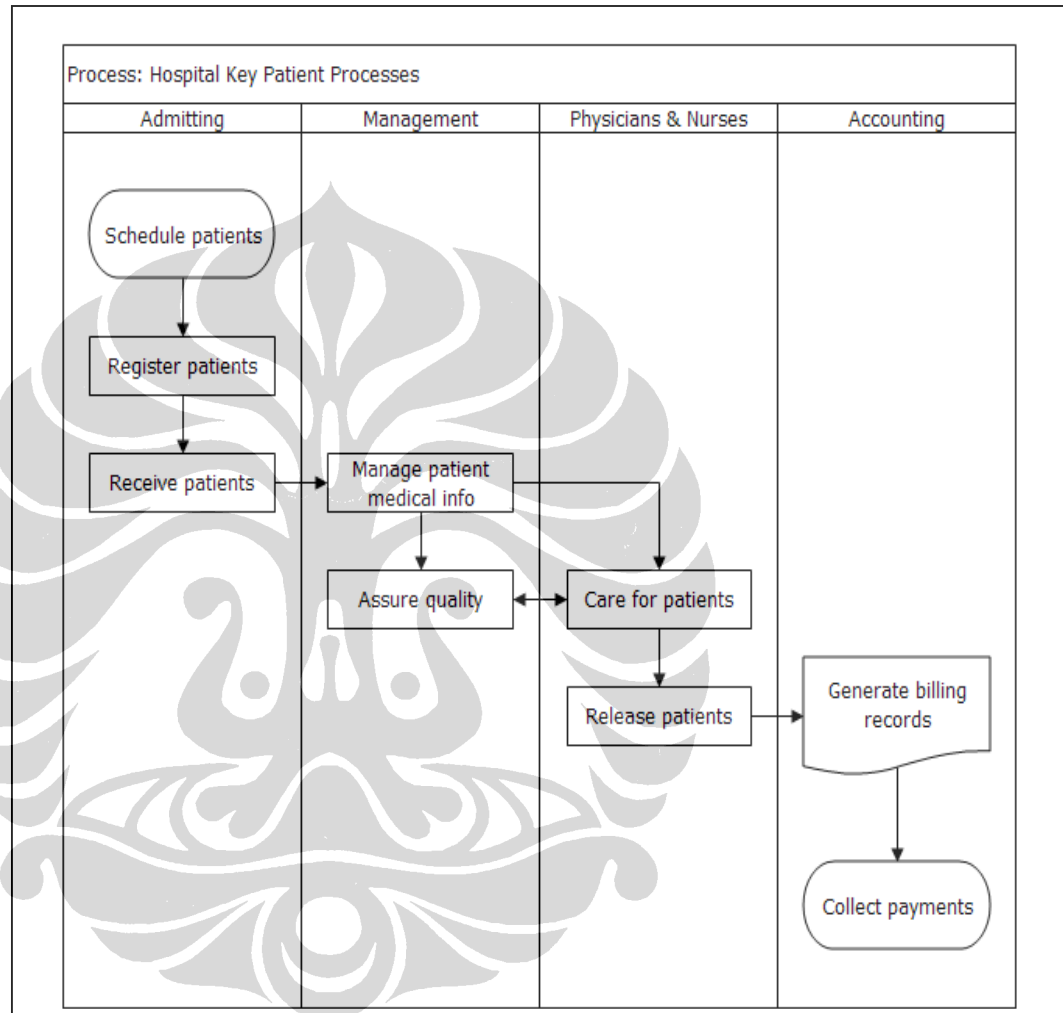
### 2.3.4 Cross Functional Flowchart

Flowchart merupakan penggambaran secara grafik dari proses yang ada atau proses yang diusulkan dengan menggunakan simbol-simbol sederhana, garis-garis dan kata-kata untuk menampilkan kegiatan dan urutan dalam proses tersebut. Flowchart standar atau flowchart biasa yang sering kita temui tidak memiliki kemampuan untuk menunjukkan siapa yang bertanggung jawab atas suatu tahapan proses, juga tidak mampu menunjukkan keterkaitan pihak-pihak pelaku proses tersebut.

Sebuah flowchart khusus dibutuhkan untuk menggambarkan perjalanan proses dan siapa saja yang bertanggung jawab atas proses tersebut, serta keterkaitan antara pihak penanggung jawab atas proses tersebut. Flowchart yang mampu memvisualisasikan hubungan antara proses bisnis dan fungsi setiap unit atau departemen yang bertanggung jawab terhadap proses tersebut (Harrington dalam Ars Agustiningsih)

Ars dalam Nindya menyatakan *Cross functional flowchart* merupakan suatu tool idea untuk menunjukkan secara jelas aliran proses dan dapat digunakan

untuk mengidentifikasi *delay*, langkah yang berulang (*rework*), inspeksi yang berlebihan dan tahapan yang berpotensi menimbulkan kegagalan sistem. *Cross functional flowchart* dapat dibuat secara vertical maupun horizontal tergantung fokus penjabaran proses yang akan ditampilkan.



Sumber ; <http://www.breezetreec.com/flowcharting-software/>

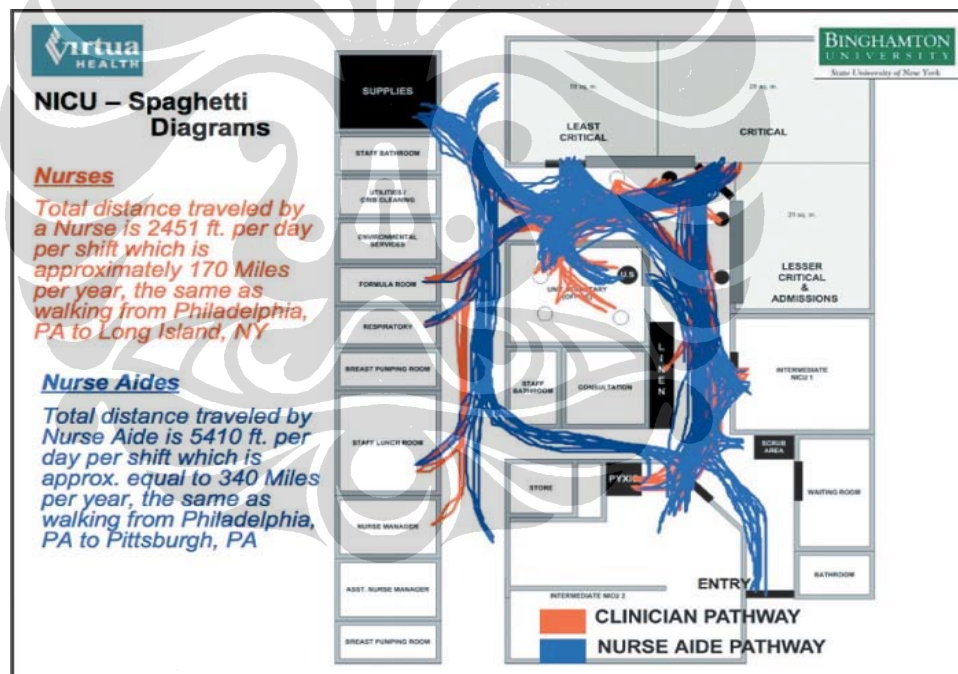
Gambar 2.4 Contoh Cross Functional process Map

### 3.3.5. Diagram Aliran Proses

Diagram aliran berfungsi untuk memudahkan kita dalam melakukan perbaikan-perbaikan terutama terkait dengan tata letak dan arus aliran aktivitas. Biasanya berguna untuk mencegah kemacetan dan dipakai untuk menemukan

susunan tata ruang baru yang paling efisien atau ekonomis jika ditinjau dari segi jarak dan waktu.

Menghilangkan semua inefisiensi adalah tujuan dari Lean konsep. Dalam merencanakan fasilitas seringkali luas ruang kurang dapat dimanfaatkan, dengan menggunakan konsep Lean waktu yang tidak efisien, seperti waktu tunggu, persediaan tidak efisien, kelebihan pasokan dan gerakan tidak efisien seperti berjalan berlebihan pada pasien ataupun pegawai. Untuk mengetahui alur proses yang terjadi dari setiap langkah proses dipetakan pada denah daerah tersebut diagram yang dihasilkan terkadang menyerupai spaghetti, jelas menggambarkan gerakan yang sia-sia dan daerah dimana *bottle neck* (kemacetan) terjadi, sering disebut *diagram spaghetti*. Garis padat disekitar ruangan menunjukkan kebutuhan untuk mendesentralisasikan beberapa fungsi.



Source: Mortland Planning and Design. Mortland Planning & Design, Inc., Chicora, PA Used with permission.

Gambar 2.5 Spaghetti Diagram

### 2.3.6 Value Added Assessment

VAA atau Value Added Assessment merupakan suatu bentuk analisis terhadap setiap aktivitas dalam proses bisnis yang dipergunakan untuk menentukan kontribusinya dalam memenuhi pelanggan terakhir atau *ultimate end customer*.

Obyek utama dari VAA ialah mengenai bagaimana mengoptimalkan aktivitas-aktivitas yang bersifat *value added* dan atau *non value added but necessary*, serta mengurangi atau menghilangkan segala aktivitas yang bersifat *non value added* atau waste. Outcome yang diharapkan dari analisis VAA ini adalah meningkatnya rasio antara *value added activity* terhadap waste, atau dengan kata lain meningkatkannya proporsi aktivitas yang menambah value dan menurunkannya proporsi segala aktivitas yang mengandung pemborosan.

### 3.3.7. Metode-metode yang digunakan dalam Lean

Lean lebih dari sekedar alat, tetapi adanya suatu alat teknis akan sangat membantu dalam mengimplementasikan filosofi dan konsep lean dalam mengeliminasi filosofi dan konsep lean dalam mengeliminasi pemborosan. Beberapa alat yang bisa diterapkan di rumah sakit yaitu; *Visual Management*, *5 S* dan *Kanban*.

#### a. Visual management

Bentuk lain dari visual manajemen adalah standarisasi kerja, yaitu merupakan seperangkat alat yang dapat membantu memperlihatkan masalah, peringatan, peraturan dan lainnya dalam waktu yang cepat. Tujuannya ialah membuat waste, masalah dan kondisi abnormal menjadi terlihat oleh manajer maupun pegawai sehingga segera dicari solusinya. Gwendolyn Galsworth dalam Nindya menyatakan tujuan visual manajemen adalah untuk mengurangi defisit informasi di tempat kerja. Kelangkaan informasi akan menyebabkan orang banyak bertanya sehingga menimbulkan banuak pertanyaan berulang.

Bentuk dari visual manajemen dapat berupa segala sesuatu yang terdokumentasi sehingga siapapun dapat mengakses informasi tanpa harus mendapat penjelasan dari suatu pihak, bentuk visual manajemen dapat berupa petunjuk arah, daftar dokter, daftar fasilitas, dan lain sebagainya.

**b. 5 S**

5 S, merupakan konsep dasar yang dikembangkan pada manufaktur di Jepang terutama Toyota telah berhasil menjadi sebuah sistem kerja menjadi Lean. Metodologi lima S merupakan konsep untuk mengurangi pemborosan melalui peningkatan pengorganisasian tempat kerja dan visual management. Metode ini membuat tempat kerja menjadi sangat teratur sehingga semua barang dapat ditemukan dan masalah dapat diselesaikan. John touissant, CEO of Thedacare Health System (Winconsin) memperkirakan perbaikan dengan menggunakan metode 5 S mengurangi jumlah pemborosan waktu rata-rata seorang perawat yang memiliki shif kerja 8 jam, dari 3,5 jam sehari menjadi 1 jam perhari(Grabab 2009)

Dalam bahasa Jepang 5 S adalah Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu dan Shitsuke, dalam bahasa Inggris adalah Short, Store, Shine, Standardize, dan Sustain. Dalam bahasa Indonesia 5 R, yaitu Ringkas, Rapi, Resik, Rawat, dan Rajin. 5 S tersebut adalah:

- i. *Seiri/Sort/Ringkas*  
Pemilahan barang dan mengelompokkan barang yang diperlukan dan yang tidak diperlukan.
- ii. *Seiton/Store/Rapi*  
Mengatur penempatan barang-barang sesuai frekuensi penggunaan, tujuannya agar barang-barang yang diperlukan tersedia dalam jumlah yang cukup, tertata rapi, mudah ditemukan, mudah dikembalikan, serta menjaga agar tidak rusak. Semakin sering suatu alat atau barang digunakan, maka penempatannya ditempat yang paling mudah untuk dijangkau.

Hal ini mengurangi pemborosan waktu, sehingga tenggang waktu yang diperlukan untuk mengambilnya lebih cepat.

**Tabel 2.5 Pedoman 5S dalam penyimpanan barang berdasarkan Frekuensi penggunaan**

<b>Frekuensi penggunaan</b>	<b>Pedoman penyimpanan</b>
Per jam (hourly)	Terjangkau tangan
Setiap shif (every shift)	Cukup dengan berjalan sedikit
Harian(daily)	Berjalan agak jauh
Bulanan (monthly)	Ruang penyimpanan departemen
Tahunan (annually)	Ruang penyimpanan rumah sakit

*Sumber : Graban (2009)*

iii. *Seiso/Shine/Resik*

Merupakan kegiatan untuk menjaga kebersihan tempat kerja pada setiap harinya, selain tempat kerja menjadi nyaman dengan mudah barang dapat ditemukan, menghilangkan debu yang menempel pada barang, dan melakukan pemeriksaan dan inspeksi

iv. *Seiketsu/Standardize/Rawat*

Setelah keadaan ruangan rapi dan bersih, maka diperlukan standar kerja agar ruang kerja terjaga kerapian dan kebersihannya dengan memberi tanda ayau bentuk peraturan, sehingga apabila segala sesuatu yang ada dilingkungan kerja tidak diletakkan pada tempatnya akan langsung terlihat.

v. *Shitsuke/Sustain/Rajin*

Agar pelaksanaan 5S tetap berkelanjutan, maka diperlukan kedisiplinan dan pembiasaan diri dalam melakukan pekerjaan sesuai standar dan dibangun rencana masa depan agar sistem

kerja dapat terus dikembangkan, dan dievaluasi berupa audit dan diskusi kelompok secara berkala.

### ***c. Kanban***

*Kanban* merupakan metode yang dibangun berdasarkan konsep standarisasi kerja, 5 S dan visual manajemen yang memberikan rumah sakit metode yang efektif dan sederhana untuk mengelola persediaan/inventory (Grabau, 2009). *Kanban* merupakan istilah Jepang yang berarti tanda atau kartu biasanya dalam bentuk tanda fisik yang menunjukkan kapan waktunya untuk memesan barang, dari siapa dan jumlah yang diperlukan, namun saat ini dapat berupa tanda elektronik melalui sistem komputer.

### ***d. Error proofing***

*Error proofing* didefinisikan sebagai perangkat metode untuk mencegah cacat secara otomatis dan murah. Metode ini memeriksa hasil setiap proses dan setiap waktu untuk menentukan apakah kualitas dapat diterima ataukah terdapat cacat yang tidak dapat diterima. *Error proofing* bukan merupakan suatu teknologi tertentu, namun berupa cara pandang dan upaya yang membutuhkan kreativitas dari desain peralatan, desain proses, atau yang mengelola proses. (Grabau, 2009)

Tipe-tipe *Error Proofing* adalah:

- 1) Membuat agar tidak mungkin membuat kesalahan.

Idealnya *error proofing* efektif 100% mencegah kesalahan, contohnya: beberapa regulator dan jalur gas memiliki pin dan indeks yang mencegah pengguna menyambungkan ke jalur yang salah di rumah sakit.

- 2) Membuat lebih sulit untuk membuat kesalahan

Contohnya; membantu memastikan perawat mengambil obat yang benar sesuai pasiennya dapat dibuat cabinet penyimpanan otomatis.

3) Membuat agar kesalahan yang terjadi menjadi jelas.

Membuat label pada pada setiap barang yang disiapkan untuk didistribusikan sesuai dengan nomor distribusi dan alamat unit yang dituju untuk pendistribusian obatnya.

4) Memperkuat sistem sehingga tidak mentolerir pelaksana melakukan kesalahan.

Karyawan diberikan kepercayaan untuk lebih bertanggungjawab dan meningkatkan kreatifitasnya, tapi harus dibatasi oleh sistem untuk mencegah timbulnya resiko dan kemungkinan potesi masalah, sehingga segala keputusan tetap berjalan sesuai dengan aturan di rumah sakit.

#### **e. Kaizen**

Kaizen berarti *Continous Improvement*, yaitu perbaikan terus menerus. Konsep kaizen diasumsikan bahwa hidup kita (kerja, sosialisasi, berumah tangga) seharusnya berusaha untuk terus menerus mengalami perbaikan. Perubahan dalam kaizen tidak dramatis tetapi sedikit dan bertahap serta membutuhkan waktu untuk berubah. Kaizen merupakan payung bagi semua manajemen mutu yang berorientasi kepada pelanggan. Langkah-langkah dalam kaizen adalah :

- Menentukan dan mendefinisikan tujuan
- Tentukan keadaan proses saat ini
- Menentukan syarat proses
- Melaksanakan perbaikan
- Periksa efektivitas perbaikan
- Dokumentasikan dan standarisasi proses perbaikan
- Lanjutkan siklus



### 2.3.8 Penerapan Lean di bidang bisnis dan industri

#### Lean Banking

*Bank of America, Citibank, ING Direct, dan Progressive Insurance* merupakan industri perbankan dan asuransi yang telah menerapkan teknik Lean karena proses industri finansial merupakan proses yang berulang. Penghematan uang dan waktu dapat ditekan secara signifikan melalui diferensiasi proses-proses, rasionalisasi keputusan, simplifikasi proses pelayanan, desain pelayanan dalam modul dan standarisasi proses pelayanan. Perusahaan ini menyadari masih banyak pemborosan waktu yang terjadi ketika nasabah berurusan dalam proses pelayanan bank. Fokus peningkatan bank sebaiknya mengacu pada nasabah (Customer) dengan mengikuti prinsip-prinsip *lean service*.

#### Lean Manufacturing

*Toyota Motor Company* adalah perusahaan manufaktur otomotif yang mulai menggunakan teknik Lean sejak tahun 1950 dan 1960. Mereka memiliki reputasi sebagai industri otomotif yang berkualitas dan berkembang.

Produsen yang menggunakan Lean Manufacturing meliputi :

- Industri otomotif
  - Toyota Motor Company
  - Ford Motor Company
  - Chrysler Operasi sistem
  - Pusat service Porsche
  - General Motor
- Industri lainnya
  - Pratt & Whitney United Technology (produsen mesin jet)
  - Showa Manufacturing – Radiator and boiler manufacturers
  - Lifescan, Inc. A subsidiary of Johnson & Johnson- Elektronik Products
  - Lantech Corporation- Packing Machines

- Wiremold Company

- **Hasil dari Penerapan Lean:**

- 1. Lantech Corporation:**

- Waktu yang diperlukan untuk mengembangkan produk baru berkurang, semula 3-4 tahun menjadi 1 tahun.
- Waktu yang diperlukan karyawan dalam penggunaan mesin berkurang 50 %
- Cacat/ kerusakan mesin berkurang dari 8 % menjadi 0,8%
- Persediaan barang dan barang dalam proses dapat dikurangi dari \$2.600.000 menjadi \$1.900.000
- Lead Time berkurang dari 4-20 minggu menjadi 1-4 minggu.

- 2. Wiremold Company :**

- Waktu yang dibutuhkan dalam Pengembangan produk ke pasar berkurang 75%
- Waktu penerimaan dan pemenuhan pemesanan berkurang dari 1 minggu menjadi 1 hari
- Waktu pengiriman bahan baku ke dermaga berkurang dari 4-6 minggu menjadi 1-2 hari
- Produktivitas naik menjadi 160% selama 3 tahun
- Penjualan produk tiap karyawan meningkat dua kali lipat dari tahun 1990 sampai 1995
- Jumlah pemasok berkurang 320 menjadi 73
- Inventarisasi meningkat semula 3,4 menjadi 15,0

- 3. Pratt & Whitney United Technology**

- Pemulihan piutang perusahaan dari kerugian \$ 283 Juta pada tahun 1992 menjadi keuntungan sebesar \$530 Juta pada tahun 1995 meski penjualan terus menurun.
- Waktu trouput berkurang dari 10 hari menjadi 75 hari.

Banyak perusahaan menggunakan tehnik Lean manufaktur karena, secara signifikan dapat meningkatkan produktivitas secara keseluruhan,

meningkatkan pangsa pasar, meningkatkan kecepatan pengeluaran produk baru, untuk mengurangitenaga kerja dan rekayasa biaya, dan menghilangkan non value added dan proses tehnik.

### **2.3.9 Hasil-hasil Penerapan Lean di Pelayanan kesehatan**

#### **1. The Mental Health Center of Denver**

Merupakan klinik rawat jalan swasta, not for profit milik komunitas Mental Health care organization. Survey pada 39.000 pasien dan 335 dokter (Hitti, 2007), dengan hasil survey :

- Keluhan pasien tentang waktu tunggu pelayanan yang lama (24% pasien)
- Keluhan pasien karena tidak bisa membuat perjanjian dengan dokter (19% pasien)
- Keluhan dokter bahwa pasien tidak mengikuti pengobatan sesuai resep (55% dokter)
- Keluhan dokter bahwa pasien mereka menunggu terlalu lama dari waktu yang dijadwalkan (41%)

Pendekatan metode Lean yang digunakan :

- Mengurangi waste/pemborosan:
  - Underutilization
  - Overtime
  - Waktu tunggu pasien
  - Penjadwalan ulang perjanjian pasien
- Pelayanan pasien:
  - Menawarkan pilihan kepada pasien
  - Meningkatkan mutu pelayanan

Hasil yang dicapai :

- Kenaikan jumlah pasien baru 27%
- Mengurangi jadwal perjanjian ulang pasien 12 %, dari 14% menjadi 2%
- Penambahan 187 pasien tanpa menambah staff baru
- Mengurangi biaya hingga \$90,000-\$100,000 untuk pegawai dan fasilitas.

Beberapa contoh penerapan Lean yang berdampak positif (Grabau,2009):

1. Penurunan *turn of round time* hasil laboratorium klinis sebesar 60%, di Alegent Health, nebraska.
2. Penurunan dekontaminasi dan *cyle time* sterilisasi alat-alat sampai 70%, pada Kingston general Hospital, Ontario
3. Penurunan angka kematian pasien berkaitan dengan infeksi saluran darah sampai dengan 95%. Di Allegheny Hospital, pennsylvania.
4. Pengurangan waktu tunggu pasien untuk bedah orthopedic dari 14 minggu menjadi 31 jam, di Theda care, Wisconsin.
5. Peningkatan surgical revenue sebesar \$ 808.000 pertahun pada Ohio Health, Ohio
6. Pengurangan LOS sebesar 29% dan terhindar dari kerugian \$1.25 juta dalam pembangunan UGD baru, pada Avera Mc Kennan, South Dakota.
7. Menghemat \$7,5 juta dari lean rapid Invesment Events pada tahun 2004 dan menginvestasikan kembali dalam perawatan pasien di park Nocollet Health Service, minnesota.

### 3.3.9 The Toyota House

Pondasi utama dari Lean terdiri dari tiga prinsip dasar yaitu, standarisasi kerja, heijunka (level loading) dan kaizen. Standarisasi kerja merupakan metode terbaik yang dapat dilakukan saat ini, dapat ditingkatkan pada waktu mendatang, sehingga terjadi continous improvement (Kaizen).Pekerjaan yang terstandarisasi merupakan suatu alat untuk

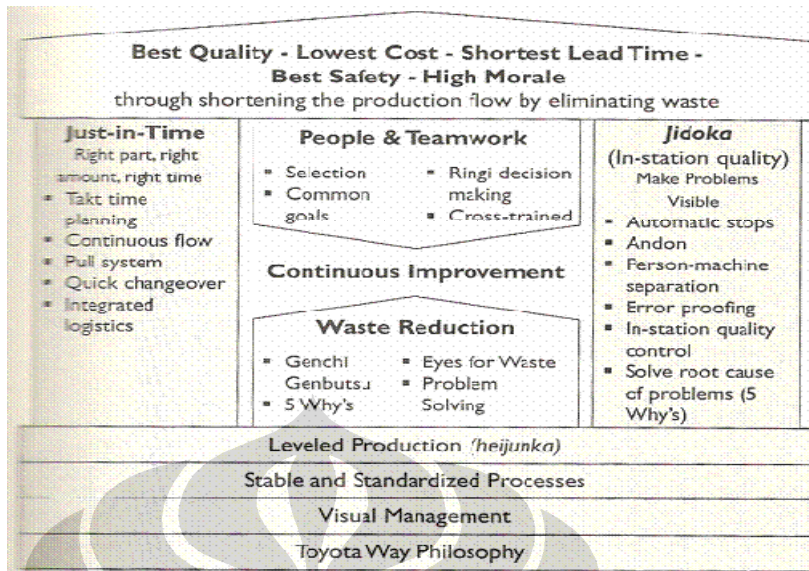
mempertahankan produktivitas, kualitas, dan keselamatan pada level tinggi, sehingga bila diterapkan di rumah sakit harus memastikan bahwa standar kerja mereka menguntungkan bagi pasien, pegawai, dokter, dan rumah sakit (Graban, 2009).

Heijunka adalah bahasa jepang dari level loading yaitu beban kerja dan pentingnya mengurangi pemborosan serta membuat alur proses agar aliran pasien menjadi lancar. Heijunka menyeimbangkan jadwal yang bermanfaat dalam membantu perusahaan dalam merencanakan produksi produk

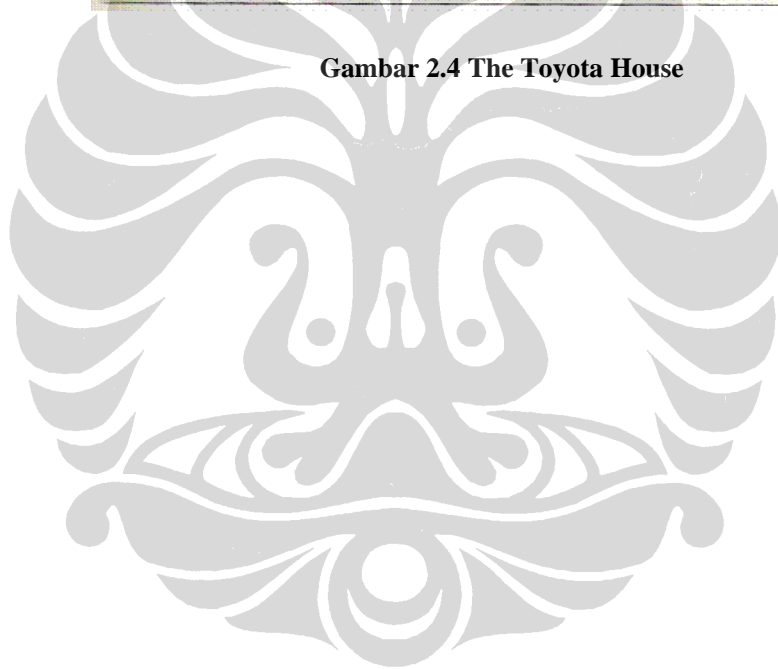
Kaizen berarti *Continuous Improvement*, yaitu perbaikan terus menerus. Konsep kaizen diasumsikan bahwa hidup kita (kerja, sosialisasi, berumah tangga) seharusnya berusaha untuk terus menerus mengalami perbaikan. Perubahan dalam kaizen tidak dramatis tetapi sedikit dan bertahap serta membutuhkan waktu untuk berubah. Kaizen merupakan payung bagi semua manajemen mutu yang berorientasi kepada pelanggan. Langkah-langkah dalam kaizen adalah :

- Menentukan dan mendefinisikan tujuan
- Tentukan keadaan proses saat ini
- Menentukan syarat proses
- Melaksanakan perbaikan
- Periksa efektivitas perbaikan
- Dokumentasikan dan standarisasi proses perbaikan
- Lanjutkan siklus

Ketiga prinsip ini harus bekerja sama untuk mendukung konsep Lean



**Gambar 2.4 The Toyota House**



## BAB III

### GAMBARAN UMUM RS MARINIR CILANDAK

#### 3.1 Sejarah RS Marinir Cilandak

Berawal dari sebuah klinik kecil di cilandak, yang menempati suatu ruang di Mess Bintara KKO, kelak menjadi sebuah rumah sakit yang kemudian menjadi Rumah Sakit Marinir Cilandak saat ini. Sesuai kebijaksanaan TNI AL pada saat itu, dengan pertimbangan diperlukannya sebuah rumah sakit untuk melayani prajurit-prajurit KKO, maka balai Pengobatan dikembangkan menjadi rumah sakit dengan status rumah sakit Korps Komando TNI AL (RSKO) berdasarkan Skep Panglima KKO AL No. 45401/5/1968 tanggal 22 maret 1968. Tahun 1977, Menhankam/Pangab menetapkan RS AL Lanmar sebagai Rumah Sakit ABRI tingkat IV dengan Skep No. 226/ii/1977 tanggal 25 Februari 1977.

Seiring berjalannya waktu, Rumah sakit kian berkembang, pada periode sekitar tahun 1980 lahir Skep Menhankam/pangab No.226a/II/1980 tentang peningkatan status Rumah sakit. Tahun 1987 berbagai upaya perbaikan dan peningkatan fasilitas fisik bangunan mulai dilaksanakan secara bertahap. Demikian pula halnya dengan sumber daya manusia yang ada mulai ditingkatkan, untuk mengantisipasi peningkatan kualitas layanan rumahsakit yang telah mampu memiliki sendiri tenaga medis di 5 bidang spesialisasi.

Berdasarkan Surat keputusan Kasal tahun 1996 tentang penyempurnaan Klasifikasi dan standarisasi dan dislokasi fasilitas kesehatan dilingkungan TNI A diputuskan Rumah Sakit marinir yang semula tingkat II A diubah menjadi tingkat B. Tahun 1998 dilaksanakan alih bina Rumah Sakit marinir Cilandak dari Pangkalan korps marinir Jakarta menjadi dibawah Korps Marinir. Komitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik Rumah sakit marinir Cilandak telah terwujud di Akreditasi Rumah sakit pada tahun 1997 dan pada tahun 2010, yakni pada 5 (lima) bidang pelayanan. Berbagai rangkaian pembangunan

secara bertahap dilakukan guna mengupayakan terciptanya peningkatan kualitas pelayanan.

### **3.2 Visi, Misi, Motto dan Tujuan Rumah Sakit**

#### **3.2.1 Visi**

“ menjadikan Rumah Sakit TNI AL yang berkualitas dan mampu melaksanakan Dukungan dan Pelayanan Kesehatan yang profesional”

#### **3.2.2 Misi**

1. menyiapkan sarana dan prasarana guna terlaksananya dukungan dan pelayanan kesehatan
2. Meningkatkan sumber daya manusia agar dapat mencapai sasaran program secara berhasil guna dan berdaya guna.

#### **3.2.3 Strategi**

1. Sinkronisasi antara kebijakan TNI AL dan Kesehatan Nasional
2. Meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan.
3. Mengembangkan, menambah dan Memelihara sarana, prasarana medical equipment terutama yang berteknologi tinggi.
4. Peningkatan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi serta melakukan kerja sama dengan pelayanan kesehatan diwilayah sekitarnya.
5. Melakukan efisiensi dan efektivitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit kegiatan



6. Melaksanakan akuntabilitas pelayanan dengan audit medis, audit keuangan, gugus kendali mutu.

### **3.3 Tugas pokok, Motto dan Fungsi RSMC**

#### **3.3.1 Tugas Pokok**

Rumkital Cilandak bertugas melaksanakan dukungan kesehatan dan pelayanan kesehatan spesialistik dan sub spesialistik terbatas bagi personel militer dan Pegawai Negeri Sipil TNI AL beserta keluarganya di Wilayah Barat.

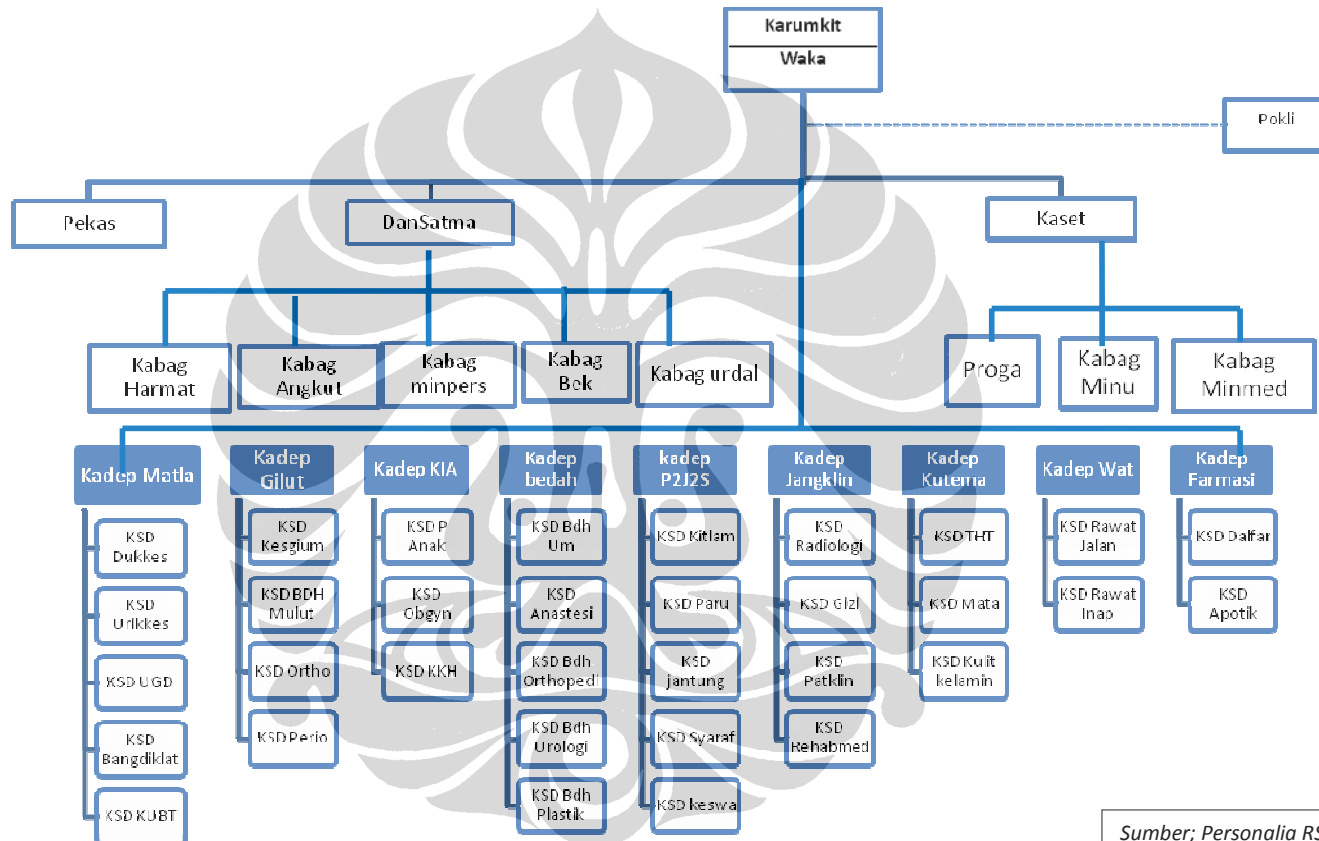
#### **3.3.2 Motto**

“Kepuasan Anda kebanggaan Kami”

#### **3.3.3 Fungsi**

1. Menyusun dan melaksanakan rencana program kesehatan umum, spesialistik, subspecialistik terbatas yang meliputi pengujian dan pemeriksaan kesehatan, pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi medik penderita
2. Menyusun dan melaksanakan rencana dan program pemeliharaan dan peningkatan kemampuan pelayanan kesehatan berdasarkan rencana dan program Ditkesal.
3. melaksanakan dukungan kesehatan secara terbatas kepada personel satuan-satuan operasional.
4. Melaksanakan rujukan dari kesehatan TNI AL serta kesehatan Marinir khususnya di wilayah Bagian Barat
5. Melaksanakan koordinasi dan kerjasama dengan Komando, badan dan instansi lainnya sesuai lingkup dan kewenangannya untuk kepentingan pelaksanaan tugas.

### 3.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit



Sumber; Personalia RSMC 2011

### 3.4 Fasilitas Fisik dan lokasi Rumah Sakit

#### Data dan profil RSMC

Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit TNI AL Marinir Cilandak    Alamat  
: Jl. Raya Cilandak KKO Jakarta Selatan

Telepon : 021-7805415

Penyelenggara : TNI AL

Status : RS milik TNI/ POLRI

Kapasitas Tempat Tidur : 186 Tempat Tidur

#### 3.4.1. Lokasi RSMC



### 3.4.2. Fasilitas pelayanan medis

#### Fasilitas Pelayanan

##### 1. Instalasi Rawat Inap

- a. Paviliun Anyelir untuk Perawatan Kebidanan/kandungan
- b. Paviliun Bougenvile untuk Perawatan Bedah
- c. Paviliun Cempaka untuk perawatan penyakit Dalam
- d. Paviliun Dahlia untuk Perawatan Penyakit Anak
- e. Paviliun Edelwaise untuk perawatan Penyakit Dalam
- f. Paviliun Flamboyan untuk perawatan Penyakit Dalam
- g. ICU

##### 2. Instalasi rawat Jalan

- a. Poliklinik Penyakit dalam
- b. Poliklinik penyakit anak
- c. Poliklinik Bedah
- d. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan
- e. Poliklinik Gigi
- f. Poliklinik Mata
- g. Poliklinik Kulit
- h. Poliklinik Syaraf
- i. Poliklinik Jiwa
- j. Poliklinik Umum
- k. Poliklinik THT
- l. Poliklinik rehabilitasi medik

- m. Poliklinik obesitas dan kebugaran
- n. Poliklinik Jantung
- o. Poliklinik Paru
- p. Ruang Bedah (OK)
- q. UGD 24 jam

### 3. Fasilitas Penunjang

- a. Departemen Radiologi
- b. Departemen Farmasi
- c. Departemen Laboratorium Klinik
- d. Departemen Fisioterapi
- e. Departemen Gizi

#### 3.1 Ketenagaan Rumah Sakit

**Tabel 3.1 Data personel RSMC tahun 2010**

No	Jenis Tenaga Kerja	MIL	PNS	HONOR	Jumlah
1	<b>Medis</b>				
	a. Dokter Umum		6	4	10
	b. Dokter gigi umum	1	3	1	5
	c. Dokter spesialis	16	6		22
	d. Dokter Gigi Spesialis	3			3
	e. Farmasi/apoteker	2	1		3

<b>2</b>	<b>Perawat</b>				
	a. Sarjana Perawat	4	<b>1</b>		<b>5</b>
	b. Akademi Perawat	12	48	31	91
	c. Akademi kebidanan		13	3	16
	d. Akademi Anestesi	2			2
	e. SPK	50	38	27	105
	f. SPRG	3	2		5
<b>3</b>	<b>Paramedik non perawat</b>				
	a. Gizi	3			3
	b. Analis kimia	4	12	2	18
	c. SAA		3		3
	d. Akpro	3	7		10
	e. Akfis		4	1	5
	f. ATG	1	3		4
	g. Akfar		4		

	h. SMF	8			8
<b>4</b>	<b>Non Medis</b>				
	a. S2 MARS		2		2
	b. S1 Keuangan	4	5		9
	c. D III Bank		2		2
	d. D III Komputer		5	1	6
	e. SLTA	103	48	32	183
	f. SLTP	2	5	24	31
	g. SD			5	5
	total				556

**Tabel 3.2 Kualifikasi dan Jumlah Dokter Praktek RSMC**

<b>NO.</b>	<b>KUALIFIKASI</b>	<b>JUMLAH</b>
1	Spesialisasi Kebidanan & Kandungan	3
2	Spesialis Anak	3
3	Spesialis Paru	2
4	Spesialis Kulit & Kelamin	2
5	Spesialis Bedah Digestif	1
6	Spesialis Bedah Umum	5
7	Speasialis Bedah Orthopedi	3
7	Spesialis Bedah Plastik	1
8	Spesialis Bedah Syaraf	1
9	Spesialis THT	3
10	Spesialis Mata	3
11	Spesialis Jantung	1

12	Ahli Gizi	1
13	Spesialis Rehabilitasi Medik	1
14	Spesialis Penyakit Dalam	4
15	Spesialis Saraf	3
16	Klinik Gigi Spesialistik	8
17	Spesialis Kesehatan Jiwa	1
18	Spesialis Patologi Klinik	1
19	Spesialis Radiologi	3
20	Spesialis Anestesi	2
21	Dokter Umum	7
22	Dokter Gigi Umum	5

Sumber: *Personalia RSMC 2011*

### 3.2 Kinerja Rumah Sakit

Indikator adalah alat yang dipergunakan sebagai acuan untuk mengetahui, mengukur dan mengevaluasi terhadap pencapaian tujuan dan sasaran dari program yang dilaksanakan. Manfaat dari indikator adalah untuk mengetahui tingkat mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit.

Berikut ini merupakan gambaran kinerja RSMC selama tiga tahun terakhir:

**Tabel 3.3 Indikator Kinerja Rumah Sakit Marinir Cilandak  
Periode 2009 – 2011**

Indikator	Tahun		
	2009	2010	2011
<b>BOR (%)</b>	48 %	49%	46%
<b>ALOS (hari)</b>	5%	5%	5%
<b>BTO (kali)</b>	48%	47%	41%
<b>TOI (hari)</b>	4%	4%	5%

Sumber: *Instalasi Rekam Medis RSMC*



### *Bed Occupancy Rate (BOR)*

Adalah indikator yang memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemakaian tempat tidur di rumah sakit. Semakin tinggi nilai BOR semakin baik, karena pemasukan ke rumah sakit juga akan bertambah. Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat, nilai indikator BOR dari tahun 2009 hingga tahun 2010 mengalami peningkatan namun pada tahun 2011 mengalami penurunan yang cukup besar, ini berarti semakin rendahnya tingkat pemakaian tempat tidur.

### *Average Length of Stay (ALOS)*

Adalah rata-rata lamanya seorang pasien dirawat. Indikator ini memberikan gambaran tentang tingkat efisiensi dan mutu pelayanan. Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa terjadi peningkatan jumlah rata-rata lama pasien dirawat.

### *Bed Turn Over (BTO)*

Adalah frekuensi pemakaian tempat tidur berapa kali dalam satu tahun tempat tidur tersebut dipakai. Semakin tinggi nilai indikator maka semakin baik. Dari tabel diketahui bahwa nilai indikator BTO dari tahun 2008 hingga tahun 2009 mengalami peningkatan namun pada tahun 2010 mengalami penurunan.

### *Turn Over Internal (TOI)*

Adalah rata-rata jumlah hari tempat tidur yang tidak ditempati dari saat tempat tidur terisi sampai tempat tidur terisi berikutnya. Semakin kecil nilai indikator maka semakin baik. Dari tabel diketahui bahwa nilai indikator TOI RSMC masih berada dalam batas standard yaitu antara 1 – 3 hari.

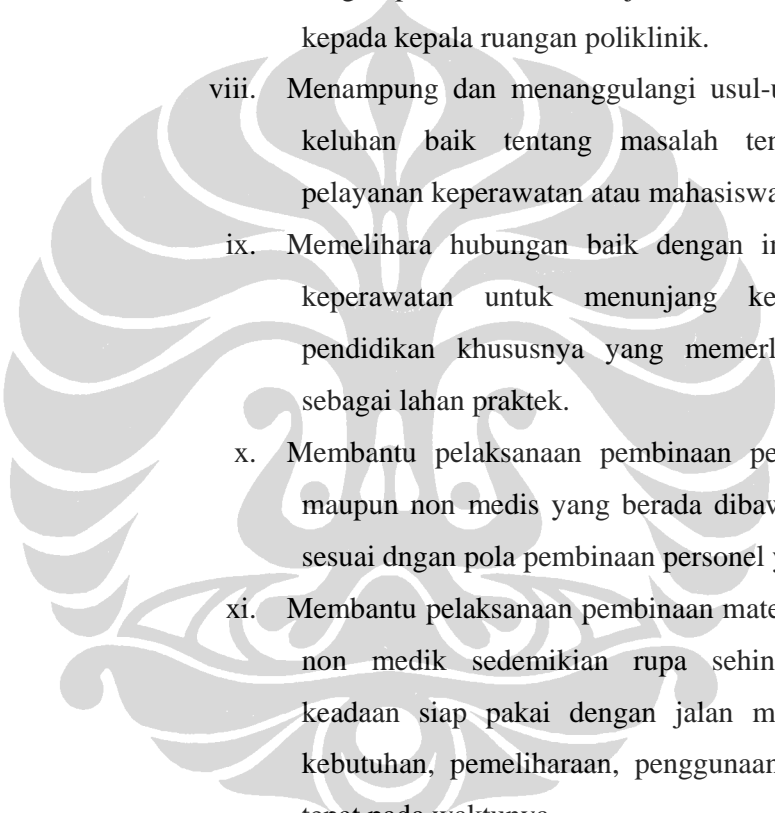
## 2.7 Gambaran SubDepartemen Rawat Jalan RSMC

a. Sub Departemen rawat jalan berada dibawah Departemen Perawatan, disingkat Dep Wat. Adalah unsur pelaksana Rumkital Cilandak yang bertugas penyelenggaraan kegiatan peningkatan mutu proses playanan perawatan sesuai dengan konsep dasar dan tujuan perawatan. Dalam melaksanakan tugas tersebut, depatemen perawatan menyelenggaraan fungsi-fungsi sebagai berikut:

- 1) Menyelenggarakan uapaya untuk menetapkan kebutuhan tenaga perawatan disesuaikan dengan kebutuhan dan ketergantungan penderita (dependency State).
- 2) Membantu Program yang sistematis untuk peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga perawatan melalui program pedididkan berkelanjutan (Continuing education) baik yang dilaksanakan dalam tugas (in service education) maupun diluar tugas.
- 3) Menyelenggarakan forum komunikasi dalam raangka eningkatkan interaksi sosial antar petugas-petugas perawatan, dan pemberian bimbingan teknis dan edukatif.
- 4) Menyelenggarakan upaya dan kegiatan untuk pembakuan peralatan/bekal dalam pelayanan perawatan sehingga dapat membantu pimpinan dalam membuat rencana pembiayaan.
- 5) Mengadakan evaluasi pelayanan perawatan guna peningkatan mutu perawatan.
- 6) Membantu pelaksanaan pembinaan personel medik, paramedik, dan non medik yang berada dibawah subdepartemennya sesuai dengan pola pembinaan personel yang berlaku.
- 7) Membantu pelaksanaan pembinaan material medik maupun non medik sedemikian rupa sehingga dalam keadaan siap pakai, dengan

jalan menyiapkan rencana kebutuhan pemeliharaan, penggunaan dan penghapusan pada waktunya.

- 8) Menyelenggarakan koordinasi dan kerjasama dengan unsur, badan dan instansi lain didalam maupun diluar Rumkital Cilandak untuk kepentingan pelaksanaan tugas kewajibannya sesuai tingkat dan lingkup kewenangannya.
- b. Departemen perawatan dipimpin oleh kepala Departemen perawatan disingkat Kadep Wat yang dalam melaksanakan tugas kewajibannya bertanggung jawab kepada Karumkital Cilandak, dalam pelaksanaan tugas sehari-hari dibawah koordinasi dan pengarahan Waka Rumkital Cilandak.
- c. Kadep Wat dijabat seorang perwira menengah TNI AL berpangkat Letnan Kolonel.
- d. Departemen perawatan terdiri dari :
  - 1) Sub Departemen Rawat Jalan disingkat Subdep Rawat Jalan
    - a) Subdep Rawat Jalan bertugas kewajiban membantu Dep Wat di bidang kegiatan peningkatan mutu proses pelayanan perawatan sesuai dengan konsep dasar dan tujuan perawatan.
    - b) Dalam melaksanakan tugas kewajiban tersebut diatas subdep rawat jalan menyelenggarakan fungsi-fungsi sebagai berikut;
      - i. Merencanakan kebutuhan tenaga keperawatan untuk tiap ruang klinik sesuai dengan jumlah dan kualifikasinya.
      - ii. Mengawasi dan mengendalikan kegiatan pelayanan di poliklinik
      - iii. Membimbing dan memotivasi kepala ruangan poliklinik untuk berperan serta dalam kegiatan penelitian di bidang keperawatan atau bidang kesehatan lainnya.

- 
- iv. Memberikan bimbingan kepada kepala ruangan poliklinik tentang pelaksanaan pelayanan keperawatan
  - v. Melaksanakan kunjungan keliling secara berkala atau sewaktu-waktu ke ruang keperawatan agar tujuan pelayanan yang ingin dicapai terjamin.
  - vi. Mengadakan pertemuan dengan kepala ruangan poliklinik secara berkala atau bila sewaktu-waktu diperlukan
  - vii. Mengumpulkan dan menjelaskan kebijakan kadepwat kepada kepala ruangan poliklinik.
  - viii. Menampung dan menanggapi usul-usul serta keluhan-keluhan baik tentang masalah tenaga keperawatan, pelayanan keperawatan atau mahasiswa /siswa praktek.
  - ix. Memelihara hubungan baik dengan instalasi pendidikan keperawatan untuk menunjang kelancaran program pendidikan khususnya yang memerlukan rumah sakit sebagai lahan praktek.
  - x. Membantu pelaksanaan pembinaan personel para medis maupun non medis yang berada dibawah departemennya sesuai dngan pola pembinaan personel yang berlaku.
  - xi. Membantu pelaksanaan pembinaan material medik maupun non medik sedemikian rupa sehingga selalu dalam keadaan siap pakai dengan jalan menyiapkan rencana kebutuhan, pemeliharaan, penggunaan dan penghapusan tepat pada waktunya.
  - xii. Sub Departemen rawat jalan dipimpin oleh kepala Sub departemen rawat jalan disingkat Kasubdep Wat Jalan. Dalam melaksanakan tugas kewajibannya

bertanggungjawab kepada Kadep Wat Rumkital Cilandak.

- c) Kasubdep Rawat jalan dijabat oleh seorang Perwira Menengah TNI AL berpangkat Mayor.

**Tabel 3.4 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan**

Indikator	Tahun		
	2009	2010	2011
Jumlah kunjungan	94.188	93.047	89.261

*Sumber; Instalasi rekam Medik RSMC*

**Tabel 3.5 Data Personel Rawat jalan**

No.	Klinik	Dokter	Perawat	Non Medis	Jumlah
1	Klinik Anak	3	2	-	5 orang
2	Klinik Obgyn	3	7	-	10 orang
3	Klinik Gigi dan Mulut	8	7	1	16 orang
4	Klinik Penyakit dalam	4	2	1	7 orang
5	Klinik Bedah	11	3		14 orang
6	Klinik THT	3	1		4 orang
7	Klinik Mata	3	2		5 orang
8	Klinik Paru	2	1		3 orang

9	Klinik Syaraf	3	1		4 orang
10	Klinik Jiwa	2	1		3 orang
11	Klinik kulit dan kelamin	2	2		4 orang
12	Klinik jantung	1	1		2 orang
13	Klinik Rehabmed	1	5	1	7 orang
14	Klinik Obesitas dan kebugaran	1	1		2 orang
	<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>86 orang</b>

Sumber: *Personalia RSMC 2011*

Dalam melaksanakan tugasnya, Kasubdep rawat jalan dibantu oleh Bagian administrasi medis dan Bagian pemeliharaan material. Bagian Minmed berada dibawah Kepala sekretariat Rumah Sakit, yang bertugas membantu Kaset dalam melaksanakan administrasi medis yang erat kaitannya dengan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Sedangkan bagian harmat dibawah komandan satuan markas, adapun tugaas dan tanggung jawab Bag, Minmed adalah;

1. Bagian Administrasi medik disingkat Bag minmed.

a) Bagian Minmed bertugas kewajiban membantu kaset Rumkit di bidang pembinaan operasi medik, pendidikan, penelitian dan pengembangan.

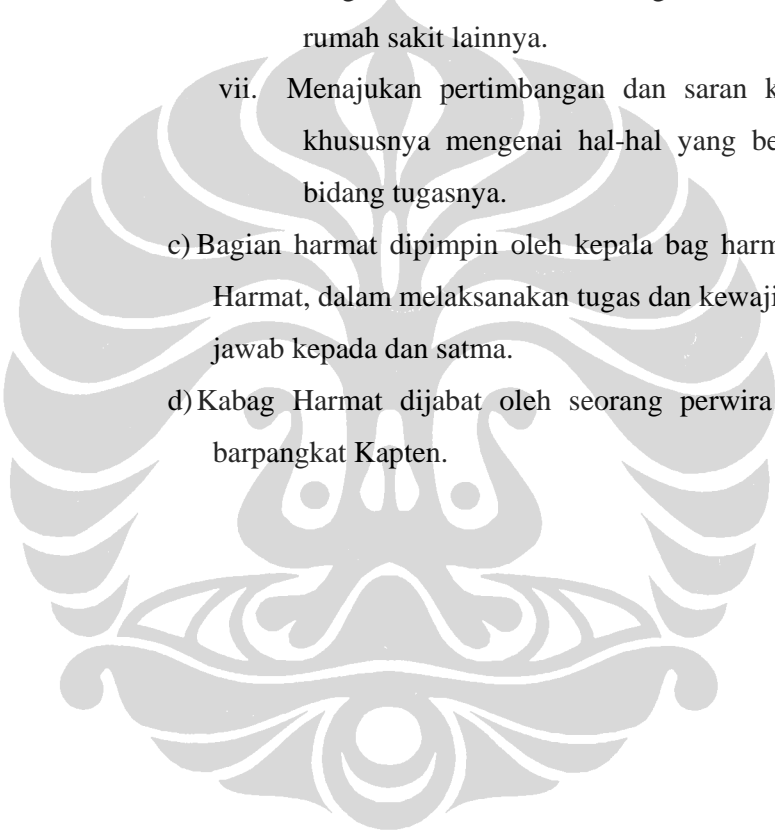
b) Dalam melaksanakan tugas kewajiban tersebut diatas bagian minmed menyelenggarakan fungsi-fungsi sebagai berikut;

- i. Menyusun dan menyiapkan rencana kegiatan pelayanan dan dukungan kesehatan Rumkital Cilandak
- ii. Mengendalikan daan menyiapkan rencana kegiatan pelayanan dan dukungan kesehatan Rumkital Cilandak

- iii. Melaksanakan pengumpulan dan pengolahan data kesehatan serta melaksanakan pembinaan terhadap tenaga administrasi medik.
  - iv. Mengadakan koordinasi dan kerja sama baik ke dalam maupun ke luar Rumkital untuk kepentingan pelaksanaan tugas.
  - v. Mengajukan pertimbangan dan saran kepada Kaset Rumkit, khususnya mengenai hal-hal yang berhubungan dengan bidang tugasnya.
- c) Bag Minmed dipimpin oleh Kepala Bagian Administrasi medik di singkat Kabag Minmed, yang dalam melaksanakan tugas kewajibannya bertanggung jawab kepada Kaset Rumkit.
- d) Kabag Minmed dijabat oleh seorang Perwira Menengah TNI AL berpangkat Mayor.

## 2. Bagian Pemeliharaan material

- a) Bagian Pemeliharaan material adalah unsur pelaksanaan Satma bertugas kewajiban membantu dan satma di bidang pemeliharaan dan perbaikan di lingkungan Rumkital Cilandak.
- b) Dalam melaksanakan tugas kewajiban tersebut bag harmat menyelenggarakan fungsi-fungsi sebagai berikut:
  - i. Melaksanakan Pemeliharaan dan perbaikan terhadap fasilitas perkantoran, fasilitas perawatan, fasilitas pemondokan dan fasilitas lainnya yang dipergunakan melaksanakan kegiatan dukungan dan pelayanan kesehatan.
  - ii. Melaksanakan pemeliharaan dan perbaikan terhadap seluruh instalasi listrik rumah sakit.

- 
- iii. Melaksanakan pemeliharaan dan perbaikan terhadap instalasi mesin-mesin stasioner rumah sakit.
  - iv. Melaksanakan pemeliharaan dan perbaikan peralatan medis yang dipergunakan untuk dukungan dan pelayanan kesehatan.
  - v. Melaksanakan pemeliharaan dan perbaikan terhadap peralatan komunikasi dan tehnik lainnya.
  - vi. Mengadakan koordinasi dengan unsur-unsur satma dan rumah sakit lainnya.
  - vii. Menajukan pertimbangan dan saran kepada dan Satma, khususnya mengenai hal-hal yang berhubungan dengan bidang tugasnya.
- c) Bagian harmat dipimpin oleh kepala bag harmat disingkat kabag Harmat, dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya bertanggung jawab kepada dan satma.
  - d) Kabag Harmat dijabat oleh seorang perwira pertama TNI AL berpangkat Kapten.



## BAB IV

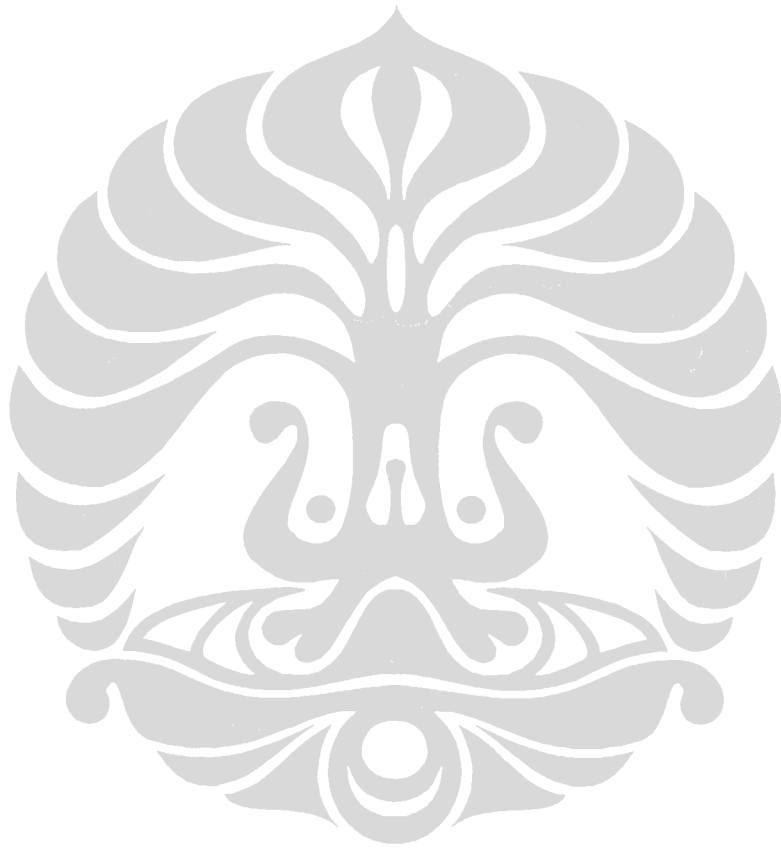
### KERANGKA KONSEP

#### 4.1. kerangka Konsep

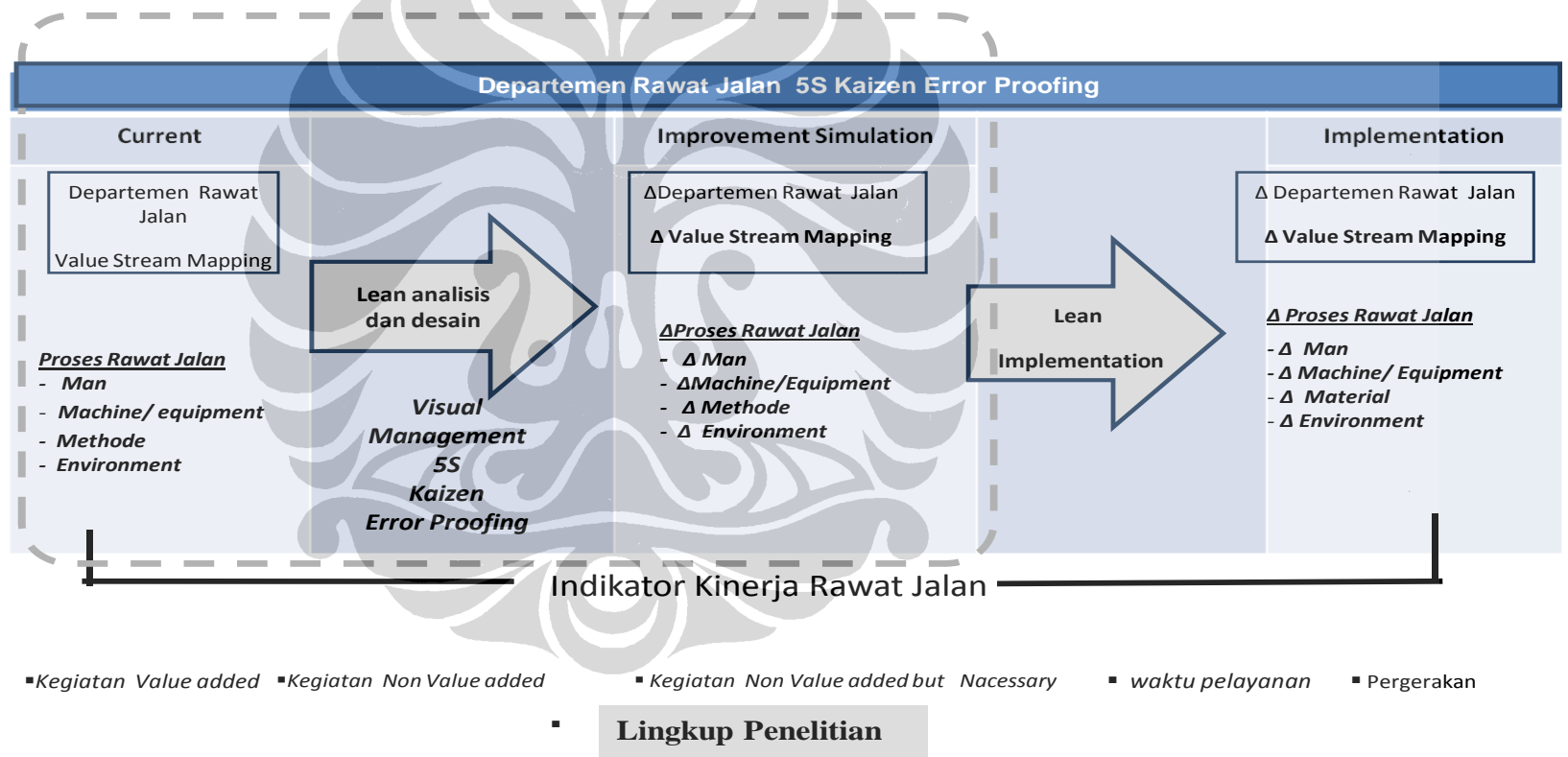
Lean merupakan suatu konsep untuk perbaikan berkelanjutan yang berguna meningkatkan efisiensi, kualitas, produktivitas, keselamatan dan kepuasan pegawai dan pasien. Lean bekerja dengan cara mengeliminasi dan mengurangi pemborosan pemborosan atau kegiatan yang tidak mempunyai nilai tambah (*non value added*) yang terjadi dalam proses pelayanan terutama terkait dengan waktu tunggu pasien, aliran proses, dan kegiatan-kegiatan yang tidak memberikan nilai tambah dari sudut pandang pasien. Pada penelitian ini kerangka konsep yang dikembangkan adalah memberikan usulan perbaikan suatu proses pelayanan instalasi rawat jalan RS marinir Cilandak dengan menerapkan konsep *Lean*.

Pelaksanaan konsep Lean dimulai dari membuat *big picture/ value stream map* departemen rawat jalan di RSMC termasuk unit-unit terkait dalam proses pelayanan tersebut. Pada setiap proses terjadi interaksi antara unsur-unsur *man, machine, methode, material, dan environment*. Pada setiap prosesn dalam diagram VSM akan teridentifikasi kegiatan-kegiatan yang menimbulkan non value added atau pemborosan dengan alat-alat lean. Kegiatan-kegiatan yang menimbulkan pemborosan diusulkan dilakukan perbaikan dengan menerapkan konsep *lean hospital* yang meliputi *5 S, visual manajemen, erroe proofing, kaizen, standardized work, dan heijunka*.

Tujuan dari penerapan konsep lean adalah menghasilkan proses yang lebih efisien, dengan biaya minimal, waktu pelayanan yang lebih cepat serta kualitas pelayanan yang lebih baik sehingga mengurangi kegiatan yang *non value added*. Kerangka konsep pada penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut.



Gambar 4.1 Kerangka Konsep Penelitian lean Hospital di Departemen Rawat Jalan



## 4.2. Definisi

**Tabel 4.1. Definisi**

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Instrumen Penelitian
1	Proses Rawat jalan	Proses pelayanan kepada pasien yang meliputi bagian pendaftaran, rekam medis, poliklinik, apotik dan kasir	Observasi lapangan wawancara - pasien - Dokter - Manajemen - Perawat/Staf	Pedoman wawancara Pedoman Observasi
2	Man	Pegawai rumah sakit yang terlibat dalam proses pelayanan di Departemen Rawat Jalan (dokter, perawat, staf administrasi)	Observasi Wawancara - Pasien - Dokter - Manajemen - perawat/Staf	Pedoman wawancara Pedoman Observasi
3	Machine/ Equipment	Peralatan penunjang yang dipakai dalam proses pelayanan kepada pasien (komputer, alat kedokteran, dokumen, dll)	Observasi Wawancara - Pasien - Dokter - Manajemen - perawat/Staf	Pedoman wawancara Pedoman Observasi

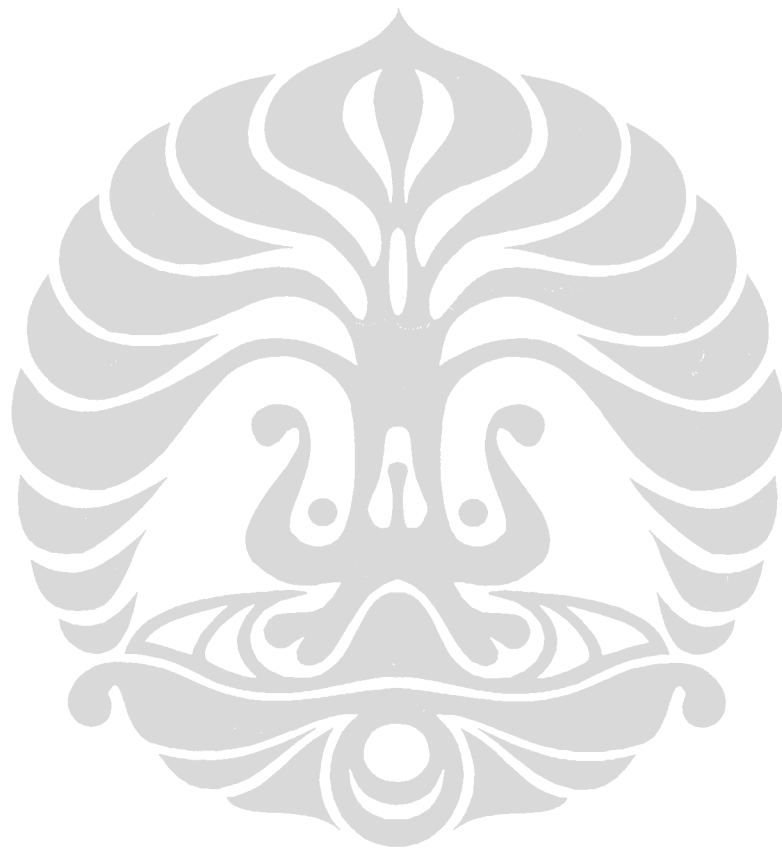
4	Method	Semua kegiatan yang dilakukan oleh pegawai rumah sakit pada setiap proses yang berhubungan dengan pelayanan pasien	Observasi lapangan Wawancara - Pasien - Dokter - Manajemen - perawat/Staf	Pedoman wawancara Pedoman Observasi
5	Environment	Penataan fasilitas dan tempat kerja pada setiap proses pelayanan	Observasi lapangan Wawancara - Pasien - Dokter - Manajemen - perawat/Staf	Pedoman Observasi Pedoman wawancara Form Identifikasi Waste
6	Informasi	Kejelasan alur proses pelayanan dan aliran-aliran dokumen	Observasi lapangan Wawancara - Pasien - Dokter - Manajemen - perawat/Staf	Pedoman Observasi Pedoman wawancara Form Identifikasi Waste
7	Value Added Activities	Kegiatan yang memberi nilai tambah terhadap output pelayanan kepada pasien, menimbulkan pemborosan waktu dan gerak yang tidak perlu	Observasi lapangan Wawancara - Pasien - Dokter	Pedoman Observasi Form Identifikasi Waste

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen</li> <li>- perawat/Staf</li> </ul>	
8	Non Value added activities	Kegiatan yang tidak memberikan nilai tambah terhadap output pelayanan kepada pasien, menimbulkan pemborosan waktu dan gerak yang tidak perlu.	Observasi lapangan wawancara <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien</li> <li>- Dokter</li> <li>- Manajemen</li> <li>- Perawat/Staf</li> </ul>	Pedoman Observasi Form Identifikasi Waste
9	Non Value added activities but necessary	Kegiatan-kegiatan yang tidak memberikan nilai tambah terhadap output dalam proses pelayanan terhadap pasien, tetapi tidak bisa/tidak mungkin di hilangkan.	Observasi lapangan Wawancara : <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien</li> <li>- Dokter</li> <li>- Manajemen</li> <li>- Perawat/Staf</li> </ul>	Pedoman Wawancara dan Pedoman Observasi
10	Tahap pergerakan	Setiap pergerakan proses yang dilalui oleh pasien, dokter, perawat/staf unit rawat jalan	Observasi lapangan Wawancara : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kadep Rawat Jalan</li> <li>- Pelaksana</li> <li>- Pelanggan internal dan</li> <li>- Eksternal</li> </ul>	Jarak

11	Waktu pelayanan	Waktu yang diperlukan oleh pasien mulai dari pendaftaran sampai dengan mendapatkan obat/selesai pelayanan termasuk waktu tunggu dalam proses dan antar proses.	Observasi lapangan -	Stop Watch Form Identifikasi
12	Visual Manajemen	<i>Metode Lean</i> untuk mempermudah komunikasi dan untuk memperlihatkan permasalahan sehingga menjadi jelas dan segera dicarikan solusinya (papan pengumuman, kartu, lcd dll)	Observasi lapangan Depth Interview : - Pasien - Pelaksana	Check Sheet Observasi
13	Lima S	<i>Metode lean</i> sebagai upaya mengurangi atau menghilangkan waste dengan peningkatan pengorganisasian tempat kerja menjadi lebih teratur dan sistimatis sehingga semua barang dapat diidentifikasi dan ditemukan dengan mudah, masalah dapat segera diselesaikan.	Observasi lapangan Wawancara : - Pasien - Dokter - Manajemen - Perawat/staf	Pedoman Wawancara
14	Kaizen	Upaya penyempurnaan berkesinambungan yang melibatkan semua pegawai rumah sakit	Observasi lapangan Depth Interview : - Pelaksana - pasien	Pedoman Wawancara dan Pedoman Observasi
15	Error Proofing	<i>Metode Lean</i> yang digunakan untuk mencegah terjadinya cacat/kesalahan dalam proses pelayanan atau yang dapat mempercepat proses pelayanan	Observasi lapangan Depth Interview : - Pasien - Dokter	Pedoman Wawancara dan Pedoman Observasi

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen</li> <li>- Perawat/</li> </ul>	
16	VSM	Diagram terstruktur yang merupakan pemetaan aliran yang membantu para pimpinan rumah sakit melihat seluruh gambar melintasi batas-batas departemen.	Observasi lapangan Depth Interview : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen</li> </ul>	Pedoman Observasi
17	Diagram alir proses	Tools Lean untuk mempermudah komunikasi dan untuk memperlihatkan permasalahan sehingga menjadi jelas dan segera dicarikan solusinya (papan pengumuman, kartu, lcd dll)	Observasi lapangan Depth Interview : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelaksana</li> <li>- Manajemen</li> </ul>	Peta Gudang Pedoman Observasi
18	Cross Functional	<i>Flowchart</i> untuk menggambarkan perjalanan proses, siapa yang bertanggung jawab atas proses tersebut, serta keterkaitan antara pihak penanggung jawab dalam proses tersebut. Menunjukkan hubungan antara proses bisnis dan fungsi setiap unit yang bertanggung jawab terhadap proses tersebut	Observasi lapangan	Pedoman Observasi





## **BAB V METODOLOGI PENELITIAN**

### **5.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini bersifat analitik dengan pendekatan kualitatif melalui observasi dan telaah data dari rumah sakit serta proses pelayanan dan wawancara dengan pejabat Departemen Rawat Jalan RSMC. Penelitian ini dilakukan untuk perbaikan mutu sehingga peneliti berusaha memahami lebih mendalam mengenai permasalahan yang dirasakan oleh para partisipan atau informan dengan konsep *lean hospital* maka ukuran kinerja perbaikan mutu pelayanan adalah *ultimate customer*, dalam hal ini adalah dari sudut pandang pasien.

### **5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di departemen Rawat Jalan RS Marinir Cilandak, di jalan Cilandak Raya KKO Pasar Minggu Jakarta Selatan. Pengambilan data dilakukan pada bulan Maret hingga April 2012.

### **5.3. Sumber Data**

Sumber data berasal dari data primer dan sekunder. Data primer diperoleh dari observasi langsung terhadap proses pelayanan di unit Rawat Jalan RSMC dan wawancara tidak terstruktur, dengan informan sebanyak 10 orang terdiri dari manajemen RS, kepala Departemen Rawat Jalan, dokter, perawat, administrasi, rekam medik, apotik, Komandan Datasemen Markas RSMC dan pasien, serta wawancara mendalam dengan informan terpilih. Informan tersebut dianggap akan memberikan informasi secara cukup dan sesuai dengan kebutuhan peneliti. Hasil dari ketiga wawancara tersebut akan diteliti kembali melalui observasi kembali dengan tujuan apakah sudah sesuai apa yang terjadi dilapangan sebenarnya ataupun dapat mengkoreksi data yang kurang sesuai jika ditemukan. Sedangkan data sekunder diperoleh dari hasil pencatatan unit terkait dan telaah dokumen.

#### 5.4. Jumlah informan dan cara pemilihan informan

Penentuan informan pada penelitian ini adalah untuk memilih pasien dan pegawai yang akan dilakukan observasi terhadap proses pelayanan berdasarkan sudut pandang pasien. Pengambilan sampel dilakukan selama bulan Maret hingga April 2012. Sesuai dengan penelitian, maka pengambilan data difokuskan kepada identifikasi proses pelayanan kepada pasien yang diwujudkan dalam bentuk Value Assesment. Data-data waktu proses pelayanan hanya sebagai data pendukung saja dan bukan menjadi inti penelitian ini. Observasi dilakukan pada jam pelayanan poliklinik pagi antara jam 09.00-14.00 WIB

*Informan* atau partisipan dipilih secara *non probability* dengan *purposive sampling* yaitu tehnik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. dan dilakukan beberapa kali untuk menghindari bias pada penelitian ini. Prinsip-prinsip yang dipakai sebagai pertimbangan dalam pemilihan *informan* penelitian, sebagai berikut:

1. Kesesuaian atau *appropriateness*, yaitu berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya serta kesesuaian dengan topik penelitian.
2. Kecukupan atau *adequacy*, yaitu *informan* mampu menggambarkan dan memberikan informasi yang cukup terhadap topik penelitian yang diperlukan.
3. Informan terlibat langsung dalam kegiatan yang diteliti
4. Memiliki waktu yang memadai untuk dimintai informasi
5. Tidak cenderung menyampaikan informasi atas hasil “pendapatnya” sendiri.

**Tabel 5.1 Informan-informan yang dipilih**

No.	Informan	Keterangan
1.	Komandan rumah sakit	
2.	Wadan rumah sakit	
3.	Manajemen rumah sakit	
4.	Kasubdep Rawat Jalan	
5.	Kabag. Pemeliharaan material	
6.	Kabag. Urusan Dalam	
7.	Kabag. Minmed	
8.	Medis/dokter	
9.	Perawat/ Staf rumah sakit	
10.	Pasien dinas	
11.	Pasien Umum/Askes	

*Catatan : informan bersifat tentative, kemungkinan bisa ditambah berdasarkan kebutuhan data.*

### **5.5 Metode dan teknik pengumpulan data**

Metode dan teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

1. **Observasi partisipatif**

Yang dimaksud observasi partisipatif adalah peneliti mengamati apa yang dikerjakan orang, mendengarkan apa yang diucapkan dan berpartisipasi dalam aktifitas yang diteliti (Susan Stainback, 1998) sedangkan berdasarkan klasifikasinya pada penelitian ini adalah termasuk partisipasi pasif, karena peneliti mengamati tetapi tidak terlibat dalam kegiatan tersebut (Sanafiah Faisal 1990)

Observasi dilakukan dengan cara mengamati langsung proses yang terjadi pada Unit Rawat Jalan mulai pasien masuk di bagian pendaftaran sampai selesai mendapatkan pelayanan. Observasi juga dilakukan dalam bentuk penggambaran sistem pelayanan, pengukuran – pengukuran fisik (denah dan jarak), frekuensi aktivitas persiklus pasien dan perhitungan waktu.

2.

#### Wawancara

Wawancara dilakukan terhadap informasi terpilih yang dianggap mengetahui terhadap obyek yang akan dilakukan penelitian. Informasi pada penelitian ini diperkirakan 10 orang dengan informasi mencakup pasien Unit Rawat Jalan, manajemen RSMC, kepala Departemen Rawat Jalan, dokter, perawat, staf Administrasi Rawat Jalan, bagian rekam medik, dan farmasi. Diharapkan efek *snowball* untuk mendapatkan informasi yang tepat, *informan* ini akan diminta pendapat dan informasinya dengan diajak melihat dari sudut pandang pasien. Seluruh *informan* dianggap mampu memberikan informasi yang akurat. Hasil wawancara dengan *informan* tersebut digunakan sebagai data pendukung terhadap hasil observasi dan juga digunakan untuk mendapatkan masukan alternatif solusi atau pemecahan masalah yang akan diusulkan oleh peneliti.

#### 3. Telaah Dokumen

Melakukan pencatatan terhadap data-data pendukung yang diperlukan yang sudah tersedia di RSMC, disebut juga data sekunder. Data sekunder ini meliputi alur proses pasien, arsip pedoman/standar pelayanan, denah rawat jalan dan data-data lain yang ada di RSMC khususnya yang terkait dengan penelitian.

### 5.6. Instrumen Pengumpulan Data

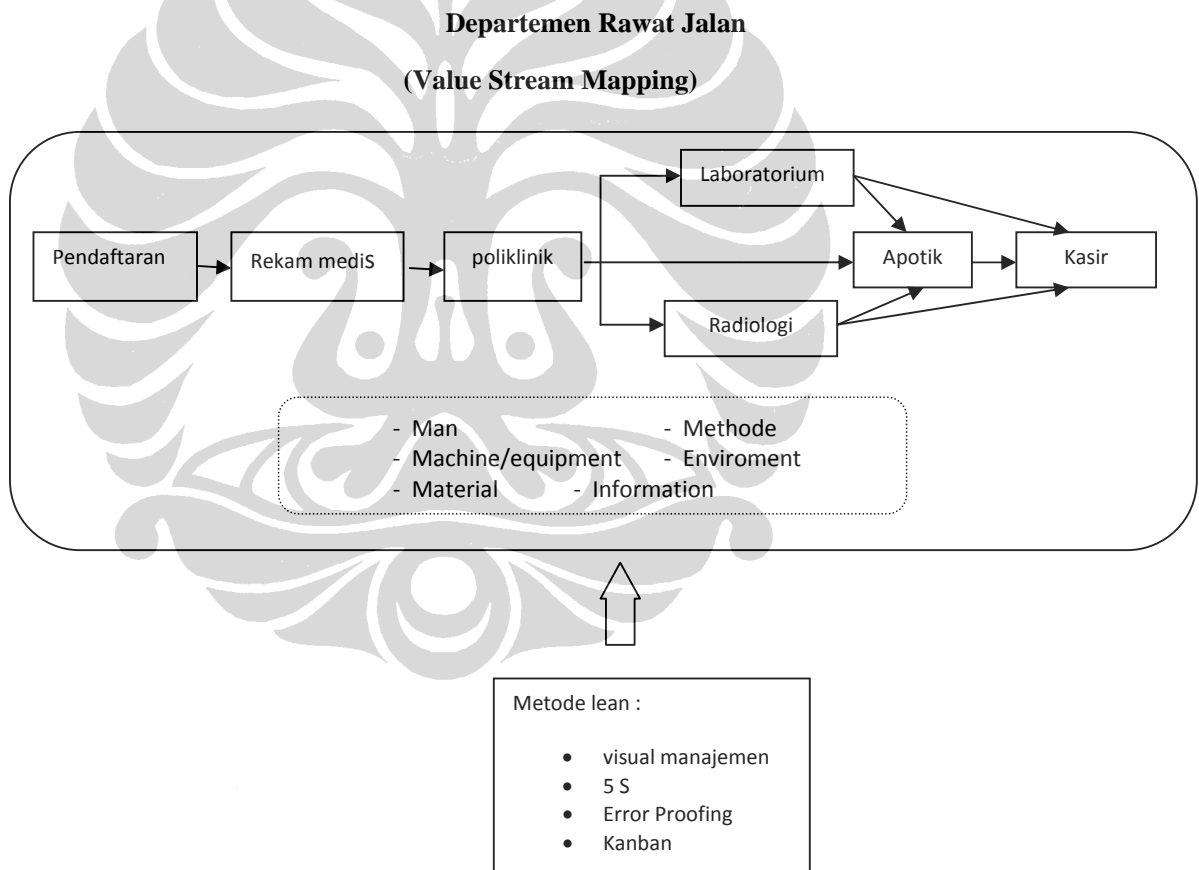
Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah :

- Pedoman observasi dan wawancara dengan menggunakan:
  - a. Pedoman Wawancara, berisi daftar pertanyaan yang diajukan kepada *informan* terpilih dan kesesuaian pertanyaan mencakup level manajerial dan operasional.
  - b. Pedoman Observasi berisi panduan pengamatan terhadap fenomena kegiatan di Departemen Rawat Jalan
  - c. *Check-list* dokumen dan record sebagai panduan dalam proses menelaah dokumen dan analisis data dari rumah sakit.

d. Alat bantu lainnya; stop watch, recorder, camera, alat ukur panjang (meteran).

▪ Instrumen tata letak (jarak)

Pedoman konsep *Lean* digunakan mulai dengan mengidentifikasi permasalahan, pemborosan, dan analisis akar masalah sampai dengan dikelompokkan dalam sistem pelayanan rawat jalan secara keseluruhan (makro) dan analisis pada tingkat mikro pada masing-masing fasilitas pelayanan. Gambar 5.1 merupakan gambaran unit yang akan dianalisis dengan komponen-komponen yang terlibat, interaksi yang terjadi sehingga mempengaruhi kualitas pelayanan Departemen Rawat Jalan.



**Gambar 5.1 Metode analisis dengan konsep *Lean***

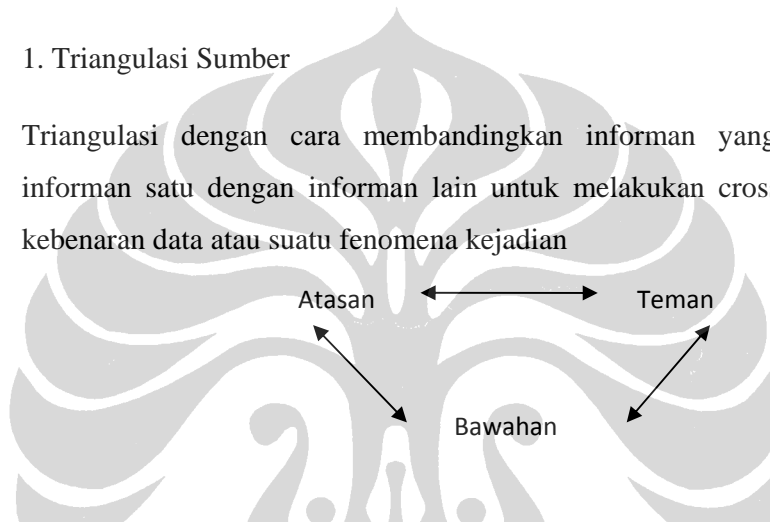
Proses *Value Stream Mapping* diperlukan untuk mengidentifikasi permasalahan dan pemborosan yang terjadi hingga mendapatkan solusi dengan menyusun desain pedoman penerapan alat-alat *Lean* (Lampiran 2)

### 5.7 Triangulasi Data

Data yang telah dikumpulkan peneliti harus dijaga validitasnya. Upaya yang ditempuh untuk menjaga validitas data ialah triangulasi data, diantaranya sebagai berikut :

#### 1. Triangulasi Sumber

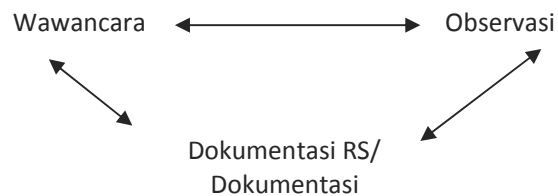
Triangulasi dengan cara membandingkan informan yang diperoleh dari informan satu dengan informan lain untuk melakukan cross check terhadap kebenaran data atau suatu fenomena kejadian



Gambar 5.2 Triangulasi Sumber Data

#### 2. Triangulasi Metode Pengumpulan Data

Triangulasi dilakukan dengan menggunakan beberapa metode dalam mengumpulkan data. Hal ini bertujuan untuk menguji kualitas data dipandang dari berbagai metode pengambilan . Data didapat dari hasil observasi partisipatif, wawancara tidak terstruktur, wawancara mendalam, telaah dokumen rumah sakit dan dokumentasi



Gambar 5.3 Triangulasi Metode Pengumpulan Data

## 5.8 Metode Analisis

Analisis data disusun dengan langkah-langkah sistematis sebagai kerangka pemecahan masalah bagi penelitian agar sesuai dengan tujuan penelitian. Langkah-langkah dalam analisis data penelitian ini ditunjukkan pada gambar 5.2 berikut ini.

1. Penggambaran Sistem Pelayanan Rawat Jalan

Tujuannya ; mengetahui proses yang terjadi pada unit rawat jalan saat ini, melalui gambaran *Value Stream Mapping*, *Cross Functional Flow Chart*, diagram aliran.

2. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data diperoleh dari observasi partisipatif dengan mengikuti pasien mulai masuk di bagian pendaftaran, pelayanan, hingga selesai. Peneliti melakukan observasi selama proses pelayanan hingga didapat gambaran sistem pelayanan, ukuran fisik (denah dan jarak), frekuensi aktivitas siklus pasien dan perhitungan waktu. Selain itu dilakukan wawancara dan telaah dokumen.

3. Mencari akar masalah

Setelah mendapat gambaran alur proses pelayanan rawat jalan dan data-data pendukungnya akan didapat gap/kekurangan-kekurangan yang menjadi masalah atau berpotensi menjadi masalah dimasa datang. Segala sesuatu yang tidak memberikan value bagi pelayanan dianggap masalah karena merupakan pemborosan sehingga harus dihilangkan. Identifikasi dan perumusan masalah dari segala bentuk waste menggunakan metode fishbone. Ide-ide perbaikan merupakan upaya menjadikan pelayanan rawat jalan menjadi lean berasal dari permasalahan yang terdeskripsi pada diagram *fishbone*.

4. Perencanaan dan ide-ide perbaikkan

Tahapan ini bertujuan menganalisis apa yang menjadi penyebab terjadinya pemborosan-pemborosan dan mendapatkan ide untuk perencanaan perbaikkan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan sumber daya yang ada sebagai bentuk improvement. Setiap bagian dan



pergerakan pasien dianalisis selanjutnya dilakukan *value assesment* untuk mengetahui bagian-bagian yang memberikan nilai bagi pelayanan, *value* ini adalah *value added*, *non value added*, dan *non value added but necessaryactivities*. Analisis ini digolongkan berdasarkan 7 *wastes* menggunakan metode *Lean*, yaitu *Visual manajemen*, *5 S*, *kanban*, *kaizen* dan *error proofing*.

5. Mendesain Usulan Perbaikan

Desain perbaikan yang diusulkan meliputi perbaikkan denah, usulan letak ruangan, perbaikan visual manajemen, perbaikan alur proses pelayanan pasien rawat jalan, dan eliminasi proses-proses yang tidak diperlukan untuk meningkatkan *value* pelayanan.

6. Perbandingan kinerja sistem

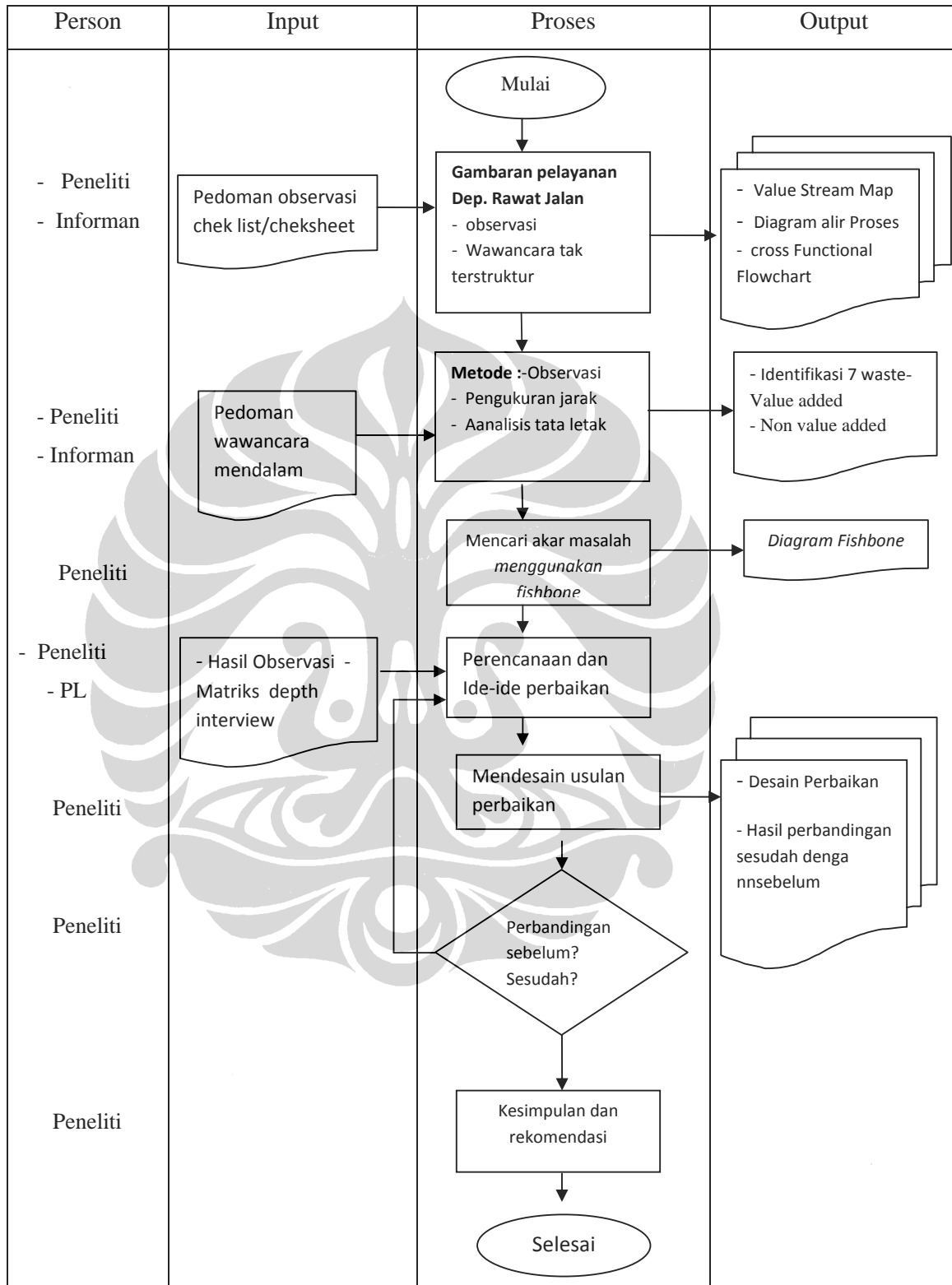
Dilakukan simulasi untuk membandingkan kinerja sistem sebelum dan sesudah usulan perbaikan dengan konsep *lean*, meliputi kegiatan *value added*, *non value added*, *non value added but necessary*, alur proses pasien dan waktu pelayanan.

- Acuannya: membandingkan kondisi saat ini (*current*) dan setelah usulan desain perbaikan
- Metodenya: perhitungan selisih setiap ukuran kinerja.

7. Kesimpulan dan rekomendasi

Kesimpulan dibuat berdasarkan hasil analisis dan usulan perbaikan. Rekomendasi dibuat berdasarkan tujuan dilakukan penelitian yang dijelaskan pada bab pendahuluan, yaitu mengetahui value stream map Departemen Rawat Jalan, identifikasi masalah yang menyebabkan pemborosan, dan mengusulkan perbaikkan alur proses pelayanan, letak ruangan, dan simplifikasi proses.

**Tabel 5.2 Flowchart Langkah-Langkah Analisis Data**



## BAB VI

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 6.1 Keterbatasan Penelitian

Selama proses penyusunan dan penyelesaian penelitian banyak keterbatasan dan kendala yang dihadapi oleh peneliti baik dalam proses observasi secara langsung dan wawancara mendalam, yaitu :

1. Pada saat wawancara mendalam dilakukan beberapa *informan* dalam keadaan bekerja sehingga dilakukan lebih dari satu kali. Dalam pengambilan data, baik data dari observasi langsung maupun wawancara mendalam dilakukan sendiri oleh peneliti, sehingga membutuhkan waktu yang lama saat turun ke lapangan.
2. Dalam pelaksanaan wawancara seringkali *informan* mengeluhkan pekerjaannya, sehingga data yang didapat dirasa kurang valid dan kurang mewakili keadaan yang sebenarnya, peneliti harus berulang kali melakukan observasi dan triangulasi data sehingga didapat data yang akurat.
3. Belum adanya budaya *blame free*, sehingga petugas sering menyalahkan pegawai bagian lain atau peralatan pendukungnya. Peneliti harus melihat sendiri peralatan dan urutan kerja sehingga mendukung hasil penelitian.
4. Banyak *informan* yang dibutuhkan keterangannya tidak memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai dengan jabatannya/ area tugasnya.
5. Banyaknya kegiatan dinas, mutasi pejabat di RSMC yang mempengaruhi informasi yang didapat peneliti sehingga dilakukan wawancara dilakukan lebih dari dua kali untuk tiap *informan* yang berbeda.

## 6.2 Fasilitas Instalasi rawat Jalan

Instalasi rawat jalan RS Marinir Cilandak memiliki 13 ruangan klinik yang digunakan untuk praktek pada pagi hari dan 3 ruangan pada sore hari. Klinik pagi tersebut terdiri dari : poli penyakit dalam (2 dokter), poli anak (3 dokter), poli gigi (6 dokter), poli umum (2 dokter), poli bedah (3 klinik, 3 dokter), poli mata, THT, kandungan, paru, syaraf, rehabilitasi medik & fisioterapi, kulit dan kelamin, ( masing-masing 1 dokter). Poliklinik pagi RSMC mempunyai jadwal buka pukul 9.00 s/d 14.00 wib. Pasien yang membutuhkan perawatan segera walaupun datang pada jam dinas, dapat ditangani oleh UGD.

Poliklinik sore RSMC buka pukul 16.00 s/d 20.00 wib, terdiri dari klinik penyakit dalam, klinik anak, dan klinik gigi. Pasien - pasien yang membutuhkan perawatan diluar jam dinas ditangani oleh UGD. Sementara unit gawat darurat dibawah departemen matla (matra laut)

Selama penulis melaksanakan observasi dan wawancara mendalam permasalahan terbanyak ada di bagian rekam medik dan kurangnya fasilitas sosial seperti jumlah toilet, tempat ibu menyusui untuk pasien rawat jalan, dan informasi tentang penunjuk arah baik berupa banner, gambar ataupun tulisan-tulisan di lingkungan RS (visual manajemen), sehingga pasien sering menanyakan tempat – tempat dan fasilitas penunjang yang akan dituju. Penelitian di titikberatkan pada bagian rekam medik.

### Kinerja instalasi rawat jalan.

Rata – rata kunjungan pasien rawat jalan di RSMC adalah 250 orang perhari, sedangkan kunjungan pasien rawat jalan dapat dilihat pada tabel 6.1

**Tabel 6.1 Hasil kegiatan pelayanan instalasi rawat jalan RSMC tahun 2010-2011**

Jenis kegiatan	Pencapaian		
	2009	2010	2011
Kunjungan rawat jalan	94188	93188	89261
Kunjungan rata-rata perhari	261	258	247

Sumber , laporan tahunan RS Marinir Cilandak

Dari tabel 6.1 dapat dilihat kunjungan pasien rawat jalan cenderung menurun.

### 6. 2.1 Sistematika Penyajian Hasil dan pembahasan

Didalam penulisan ini tidak dilakukan pemisahan antara hasil penelitian yang merupakan hasil observasi lapangan dengan hasil wawancara mendalam yang bersifat kualitatif. Hasil penelitian digabungkan untuk mendukung dan memperkuat pembahasan mengenai masalah dalam penelitian.

Berdasarkan landasan teori yang terurai pada bab sebelumnya mengenai prinsip *Lean*, pembahasan dimulai dengan :

1. Mengidentifikasi nilai produk berdasarkan perspektif pelanggan berdasarkan hasil observasi dan wawancara. Hasil dari kegiatan ini mengetahui penilaian dari sistem dan kinerja meliputi *quality*, *cost*, *delivery*, *safety*, dan *morale* yang memasukan aspek orientasi terhadap *value* pelanggan.
2. Mengurai hasil observasi lapangan dengan membandingkan *flowchart* dari data yang didapat dari RS dengan keadaan yang sebenarnya terjadi. Hal ini menjadi langkah pertama dalam mengidentifikasi dan memetakan *waste* yang menjadi masalah utama dalam konsep *Lean*. Disini juga dilakukan *value assesment* yang sudah dilakukan, hasil dari kegiatan ini adalah penggambaran seluruh proses dan hasil *assessment value added* dan *non value added*.
3. Menganalisis hasil dari *assesment non value added* yang teridentifikasi *waste* untuk mencari akar masalah yang menjadi penyebab *waste* tersebut, dan pembahasan berdasarkan lingkungan kerja yang terbagi menjadi *man*, *material*, *methode*, *machine*.

Kinerja yang dilihat dari segi *quality*, kesesuaian SDM dengan latar belakang pendidikan, kesesuaian kapasitas tempat dengan beban dan ke-ergonomisan petugas, serta *one piece flow* yang berpengaruh terhadap sistematika kerja keseluruhan perjalanan pelayanan masih rendah dan perlu perbaikan yang

bersifat mendesak, ketepatan penempatan barang dalam penyimpanan ( no. Rekam medik, map rekam medik).

Kinerja yang dilihat sebagai aspek *cost*, masih kurang optimal karena banyaknya penggunaan kertas dan map rekam medik, karena kesulitan mencari rekam medik sehingga diberi map sementara./dibuatkan status baru tapi dengan nomor yang sama. Petugas yang mencari rekam medik di rak bagian atas cenderung melemparkan map RM segera setelah menemukannya, sehingga kemungkinan map rusak sangat besar. Adanya nomor *tracer* memang memudahkan petugas RS dan pasien dalam pelayanan namun membutuhkan banyak kertas untuk mencetaknya.

Kinerja yang dilihat dari aspek *delivery*, ketepatan pengantaran berkas rekam medik ke klinik, ketepatan pemberian berkas rekam medik yang sesuai dengan nama pasien.

Kinerja ditinjau dari aspek *safety*, masih terdapat kecelakaan dimana petugas rekam medik terpeleset/ jatuh saat mengambil berkas rekam medik, hal tersebut berdasarkan laporan internal ruang penyimpanan rekam medik sehingga tidak tercatat, idealnya *Zero accident*.

Kinerja ditinjau dari segi *morale* dilihat dari motivasi petugas dalam menjalani pekerjaannya, keinginan untuk meningkatkan keilmuannya sesuai dengan bidang pekerjaannya. Dan perhatian pimpinan terhadap area kerjanya.

### **6.3 Value Stream Map, cross fungsional flowchart, geographical flowchart dan Value Assesment.**

Tujuan dari *lean* ialah membuat sistem menjadi efektif dan efisien dengan menghilangkan *waste* yang tidak menambah *value* kepuasan pelanggan, oleh sebab itu, peneliti melakukan observasi langsung ke lapangan untuk memetakan *value stream* kegiatan di instalasi rawat jalan sebagai salah satu *tools* untuk mengetahui komposisi *value added* dan *non value added activities*.

Berdasarkan hasil observasi selama proses pengumpulan data di RSMC didapat diperoleh hasil adanya *flowchart* yang membagi pasien sesuai dengan klasifikasinya, yaitu ;

Pasien di RS Marinir Cilandak terdiri dari 3 klasifikasi;

1. Pasien dinas, yaitu pasien yang merupakan anggota militer dan PNS Pegawai Negeri Sipil TNI – AL beserta keluarganya (Istri/suami/ anak-anaknya sampai dengan anak ke tiga) didukung oleh dinas / institusi Angkatan Laut.
2. Pasien/ peserta Askes adalah
  - pegawai Negeri Sipil (PNS) dan calon PNS (tidak termasuk PNS/ CPNS di lingkungan Dephan/ TNI/Polri), Pejabat Negara, penerima pensiun (Pensiunan PNS, dilingkungan Dephan/TNI/ POLRI, pensiunan TNI/POLRI, pensiunan Pejabat Negara), Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarga yang ditanggung.
  - Pegawai tidak tetap ( Dokter/dokter gigi/ bidan) tidak beserta anggota keluarga.
  - Pegawai dan penerima pensiun PT. Kereta Api (Persero) beserta anggota keluarganya.

Anggota Keluarga adalah :

- Istri/ suami yang sah dari peserta yang mendapat tunjangan istri / suami (daftar istri/suami yang sah yang tercantum dalam daftar gaji/slip gaji, dan termasuk dalam daftar penerima pensiun/carik dapem.)
- Anak (anak kandung/anak tiri/ anak angkat) yang sah dari peserta yang mendapat tunjangan anak, yang tercantum dalam daftar gaji/slip gaji, termasuk dalam daftar penerima pensiun carik dapem, belum berumur 21 tahun atau telah berumur 21 tahun sampai 25 tahun bagi anak yang masih melanjutkan pendidikan formal, dan tidak atau belum pernah

kawin, tidak mempunyai penghasilan sendiri serta masih menjadi tanggungan peserta.

- Jumlah anak yang ditanggung maksimal 2 (dua) anak sesuai dengan urutan tanggal lahir, termasuk didalamnya anak angkat maksimal satu orang.

3. Pasien Asuransi Kesehatan lain

- Jaminan perusahaan, yaitu pasien yang perawatannya didukung oleh asuransi kesehatan. Terbagi menjadi 2, yaitu:

- a. Sistem *Reimburst*
- b. Sistem Klaim

4. Pasien Umum, Yaitu pasien yang pembiayaan perawatannya di bayar tunai. (*out of pocket*).

**6. 3. 1 Value Stream Map**

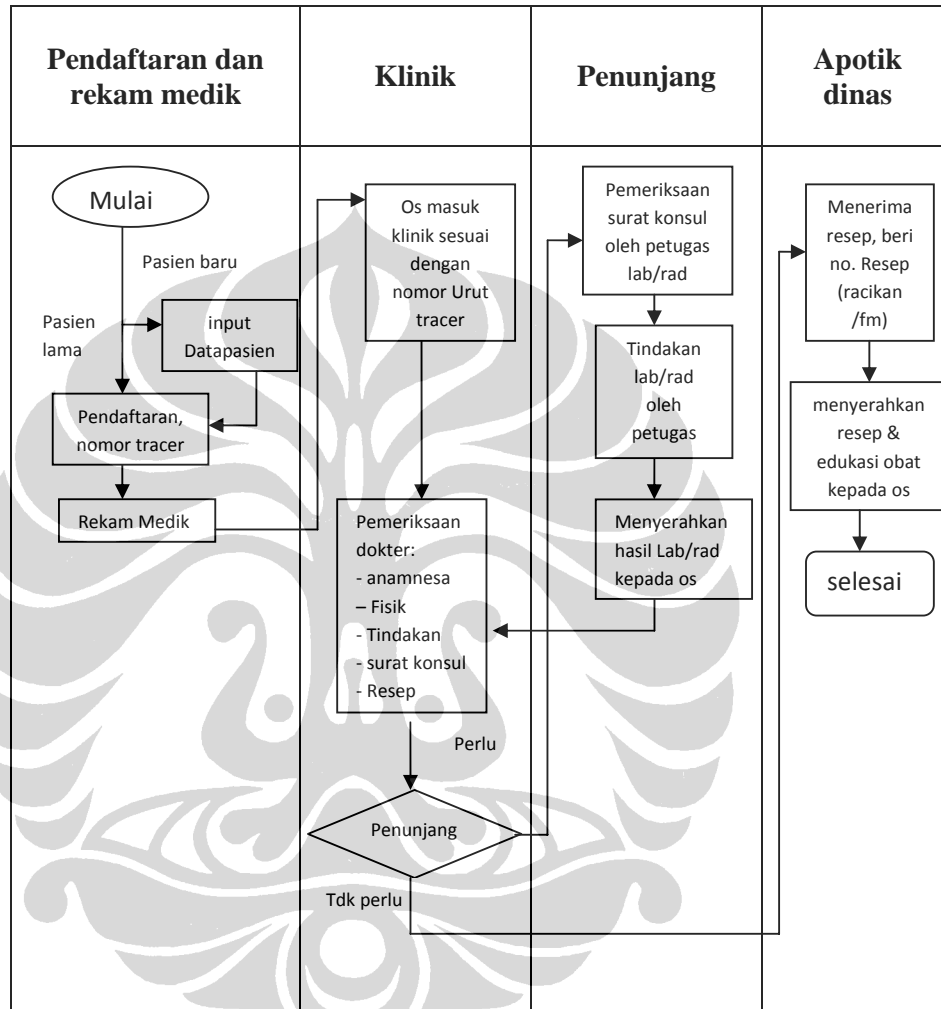
Tujuan dari *lean* adalah membuat sistem atau alur proses menjadi lebih efektif dan efisien dengan menghilangkan *waste* yang tidak memberikan nilai tambah (*value*) pada kepuasan pasien. Oleh karena itu peneliti melakukan observasi langsung ke lapangan untuk memetakan *value stream* kegiatan pasien rawat jalan baik pasien dinas, askes, maupun umum sebagai salah satu *tools* untuk mengetahui komposisi *value added* dan *non value added activities*.

Fokus pengamatan terbatas pada kegiatan pasien selama alur proses rawat jalan dimulai dari pasien melakuakn pendaftaran hingga proses penerimaan obat di apotik. Gambar berikut *flowchart* pasien yang didapat dari data RSMC, untuk *VSM* pasien dinas sampai saat ini belum ada / dibuat oleh pihak RS.



Alur proses pelayanan di

1. Pasien Dinas

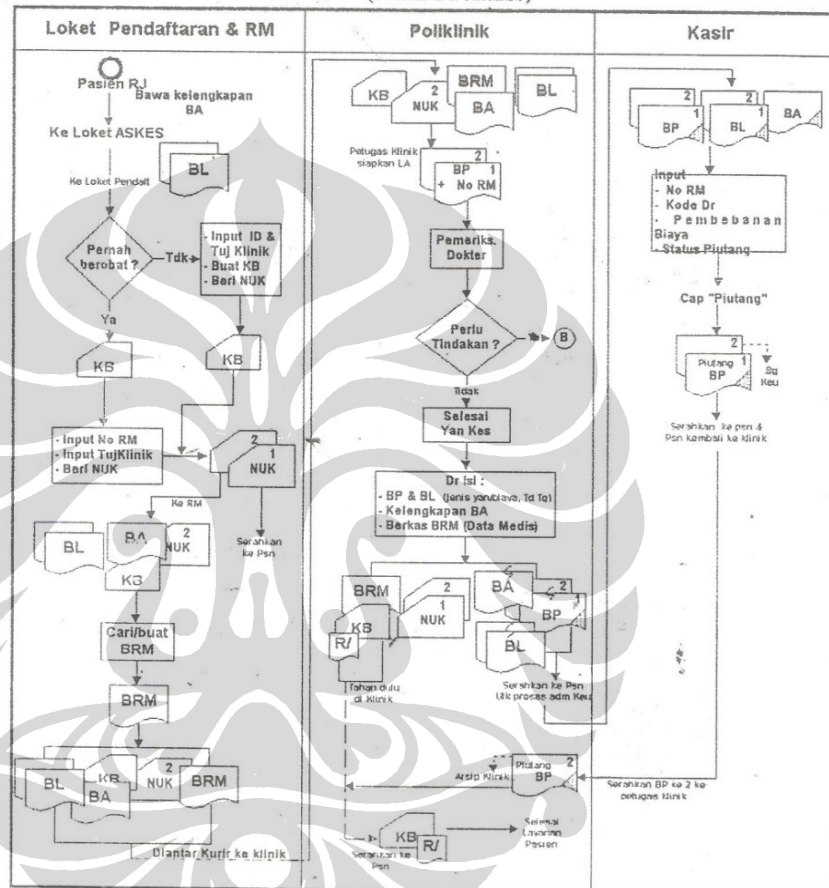


2. Pasien Askes/Jaminan

KORPS MARINIR  
RUMKITAL MARINIR CILANDAK

Lampiran : "C" Juknis Karumkital Mar CLDK  
Nomor : Juknis/ /VII/ 1999  
Tanggal : Agustus 1999

PROSEDUR LAYANAN RAWAT JALAN  
(Pasien PT ASKES)



- KB : Kartu Berobat
- BA : Berkas Administrasi
- BL : Bukti Layanan
- BRM : Berkas Rekam Medis
- NUK : Nomor Urut Klinik
- BP : Bukti Pemeriksaan
- R/ : Resep

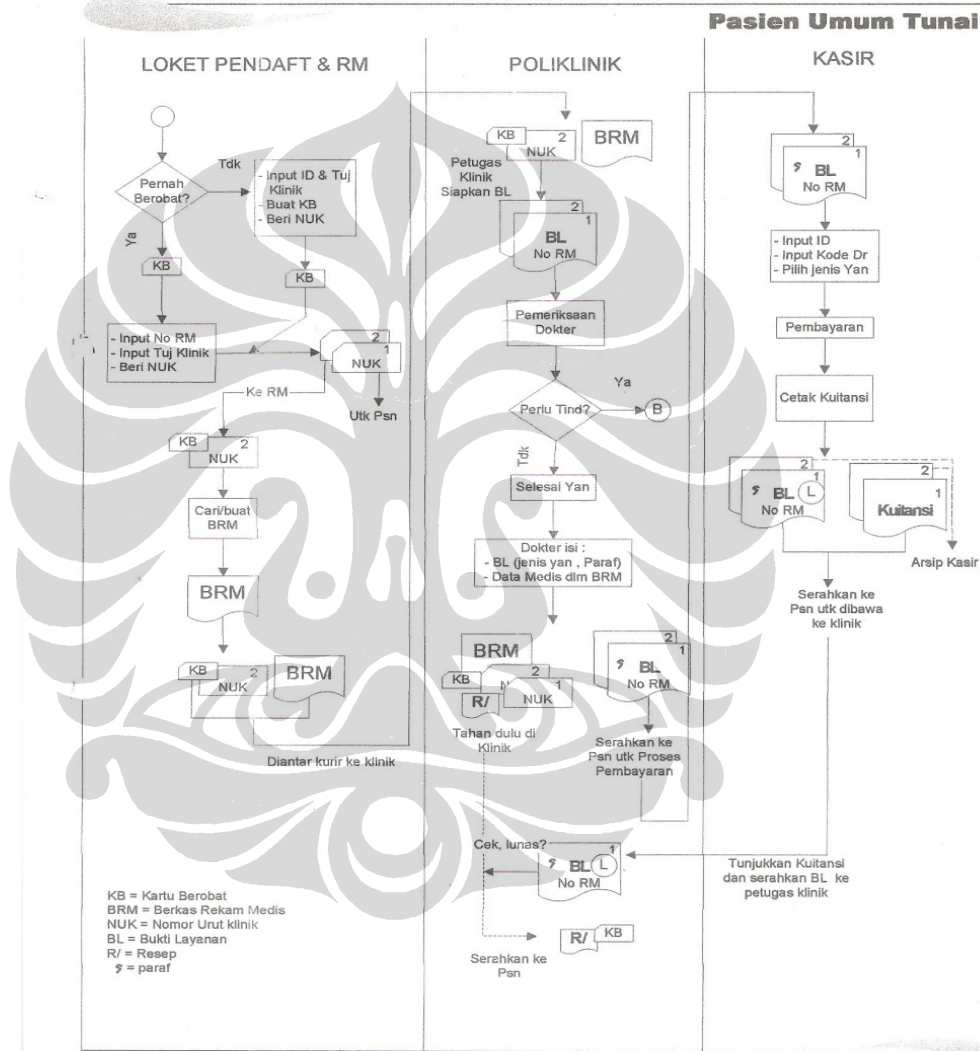
KEPALA RUMKITAL MARINIR CILANDAK

Dr. LEONARDUS T. DSA  
LETKOL LAUT (K) NRP 8268/P

Sumber : Bagian Administrasi Medis RSMC

### 3. Pasien Tunai

#### FLOWCHART RAWAT JALAN

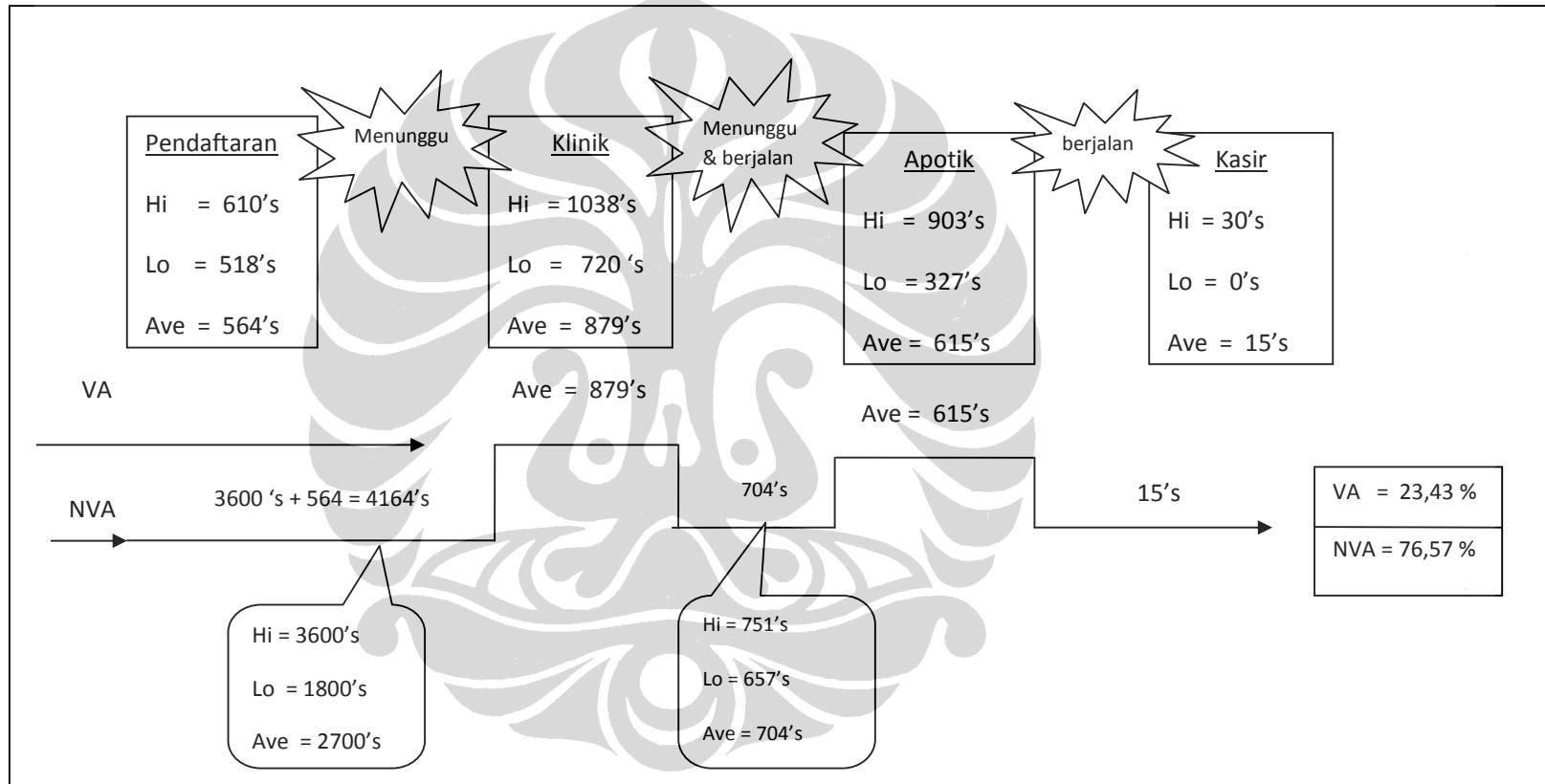


Sumber : Bagian Administrasi Medis RSMC

### 6.3.2 Value stream /alur proses yang dipetakan selama observasi.

Fokus pengamatan hanya sebatas pada kegiatan proses perawatan pasien dari mulai pasien masuk ke bagian pendaftaran sampai dengan pasien menerima obat dari apotik bagi pasien dinas, dan pasien membayar ke kasir bagi pasien umum/asuransi (bila ada *co sharing*). Dari hasil perhitungan *VSM (Value Stream Map)* didapat komposisi *value added* dibanding *non value added*, untuk kegiatan pelayanan pasien rawat jalan, pada pasien dinas 11,8 % : 88,2 %, sedangkan untuk pasien Askes/asuransi lain 10,9 % : 89,1 %, dan pasien Umum adalah 18,3 % : 81,7 % . Hal ini menunjukkan bahwa sistem pelayanan rawat jalan saat ini belum kondisi *Lean*. *VSM* tersebut dilihat pada gambar 6.1

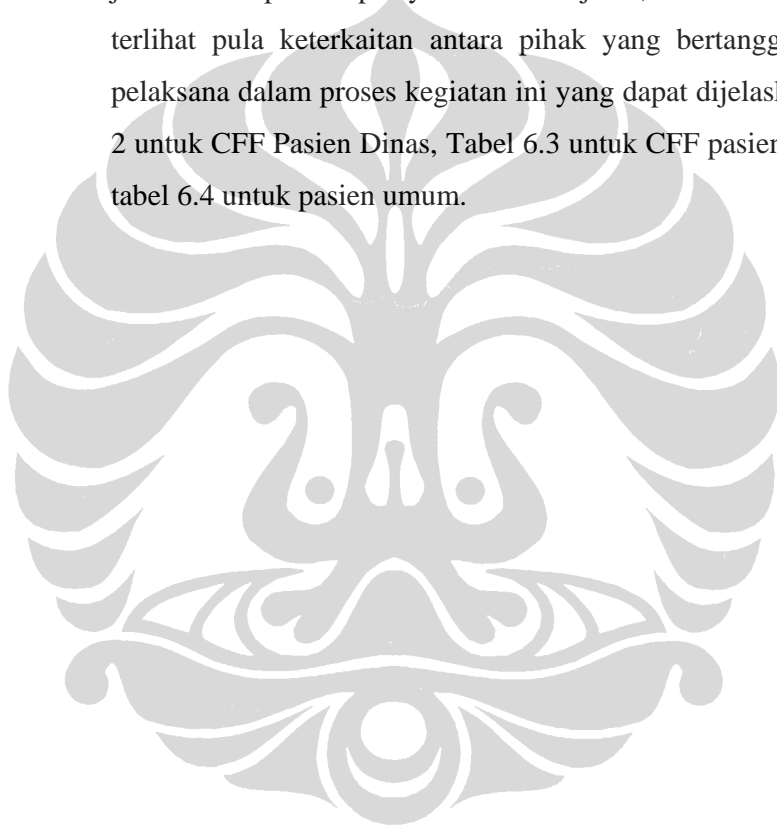




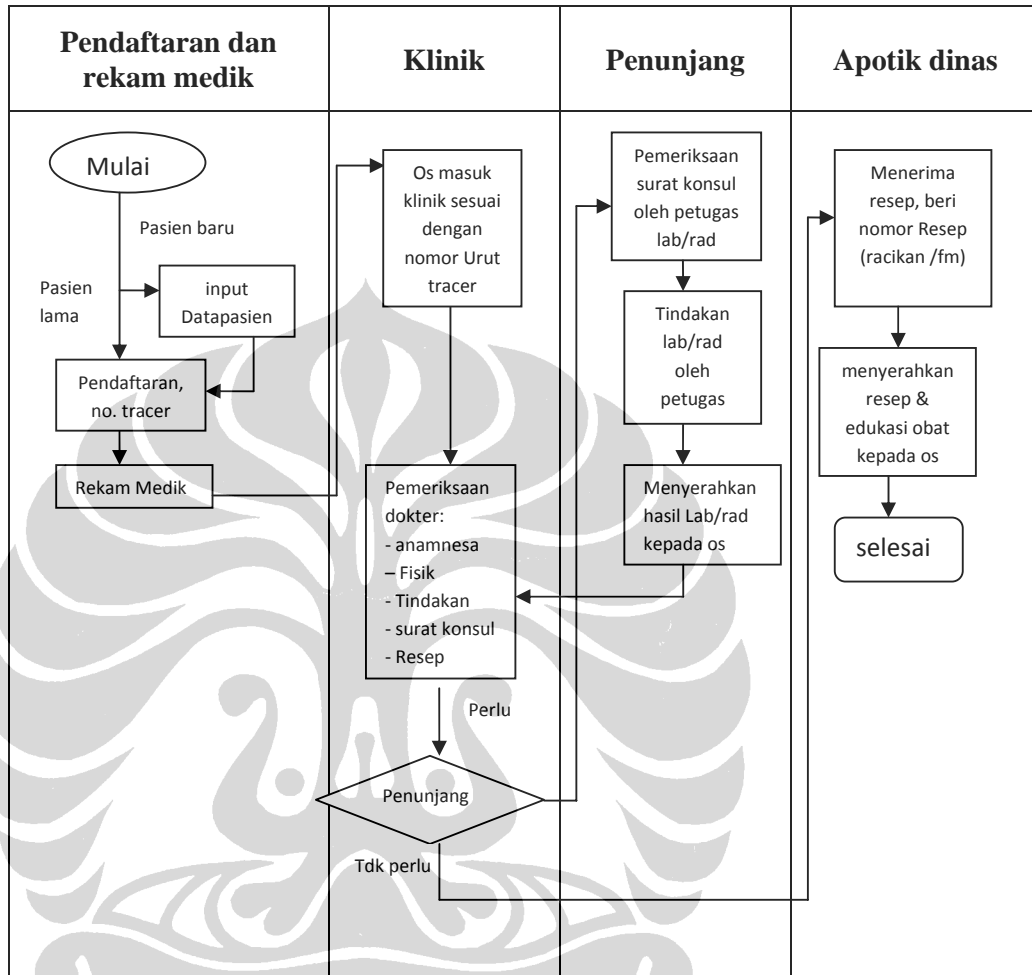
Gambar 6.1 Value Stream Map aktivitas pasien selama proses rawat jalan pada pasien dinas, pasien askes dan pasien umum

### 6.3.3 Cross Functional Flowchart

Detail dari kegiatan yang sudah terpetakan dalam *Value StreamMapping* dapat terlihat secara jelas prosesnya dalam *cross functional flowchart*. Dimana *crossfunctional flowchart* menggambarkan perjalanan proses dan siapa - siapa yang bertanggung jawab atas proses pelayanan rawat jalan, dan dalam *flowchart* ini terlihat pula keterkaitan antara pihak yang bertanggung jawab atau pelaksana dalam proses kegiatan ini yang dapat dijelaskan pada tabel 6. 2 untuk CFF Pasien Dinas, Tabel 6.3 untuk CFF pasien askes /asuransi, tabel 6.4 untuk pasien umum.

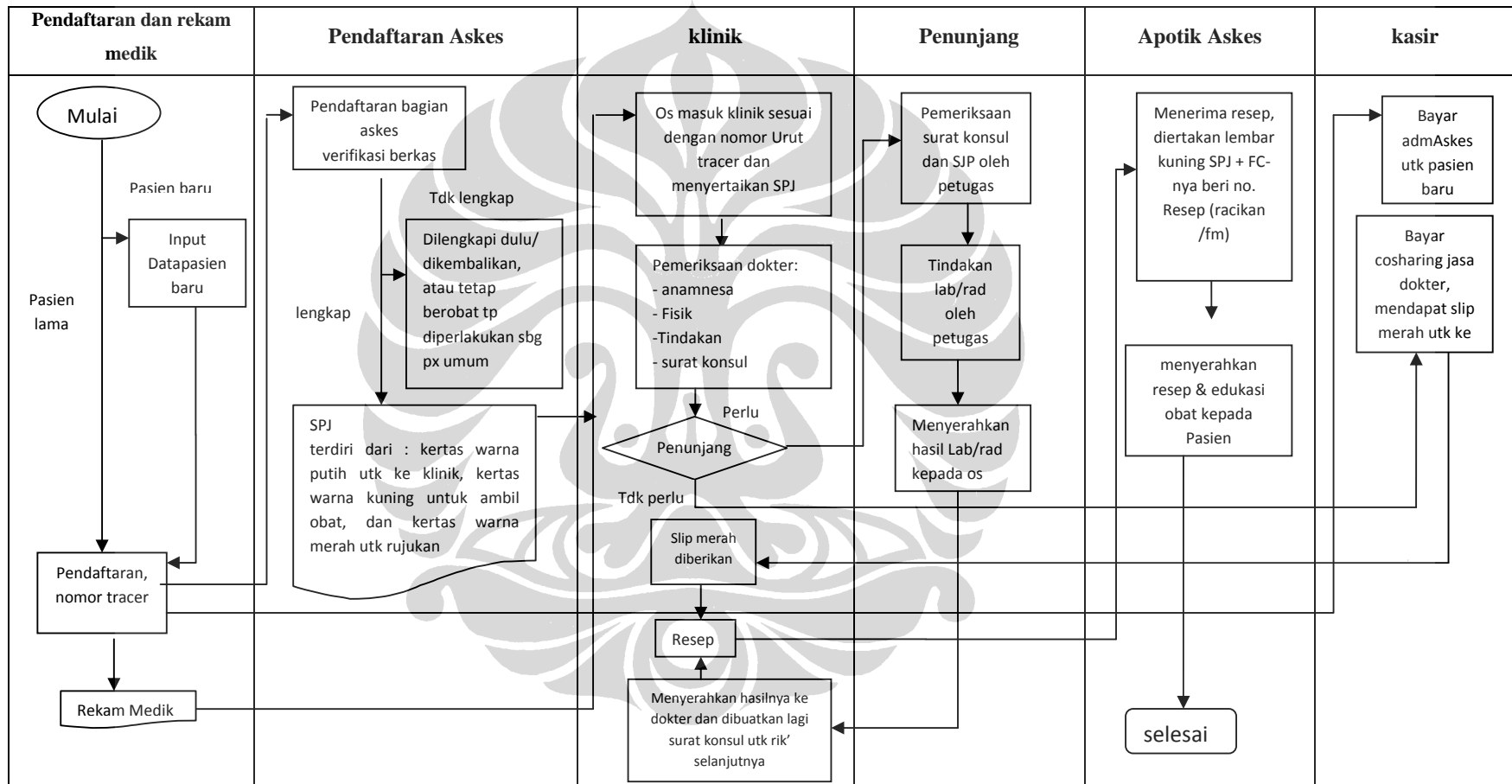


Tabel 6.2 Cross Functional Flowchart Pasien Dinas

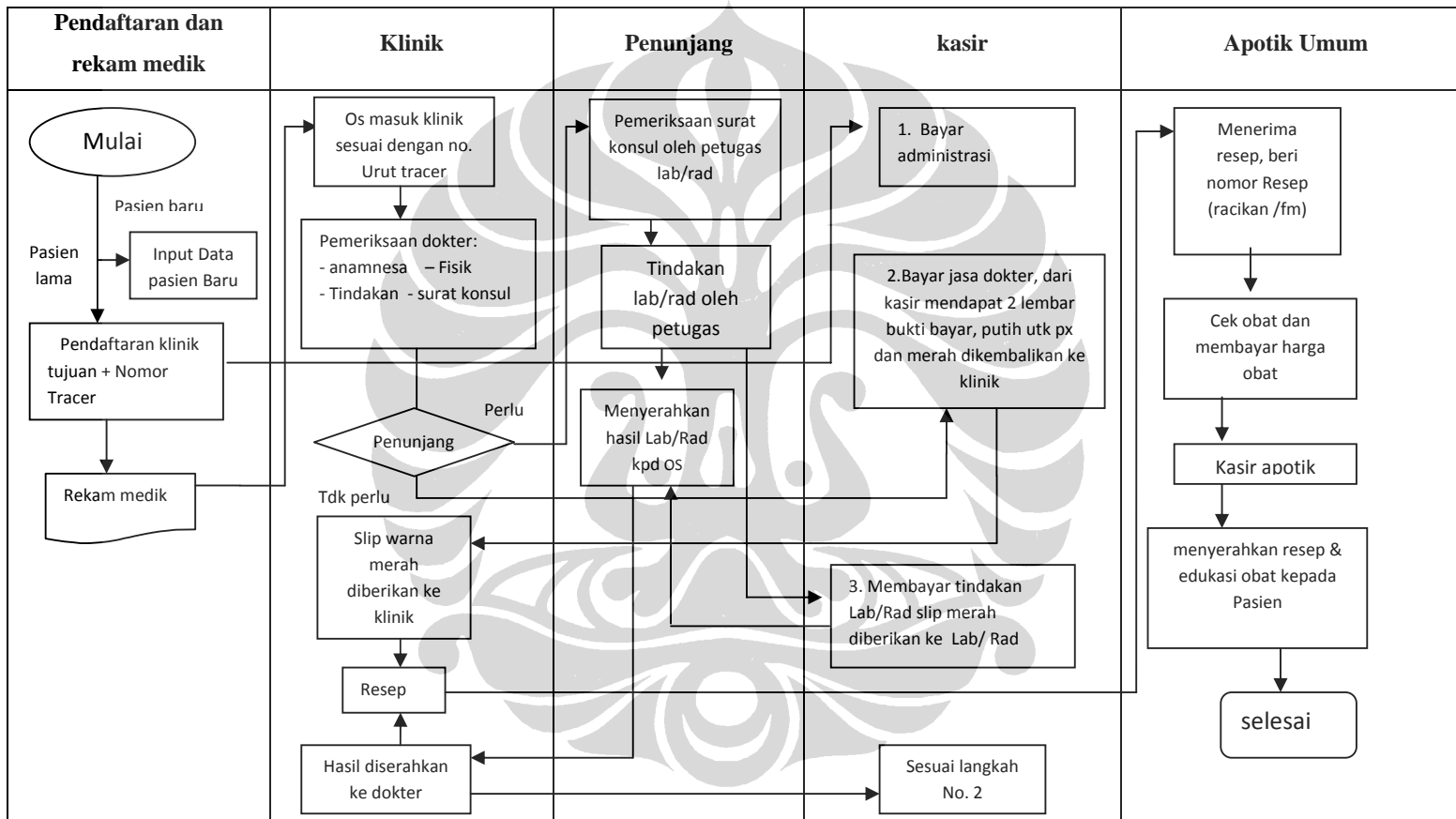


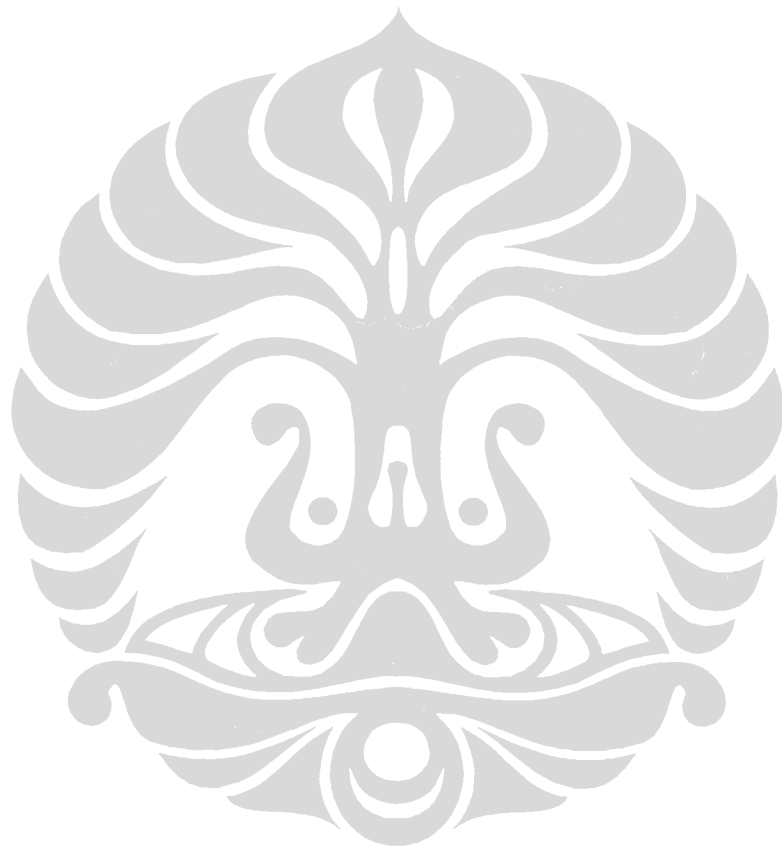


Tabel 6.3 Cross Functional Flowchart Pasien Askes



Tabel 6.4 Cross Functional Flowchart Pasien Umum



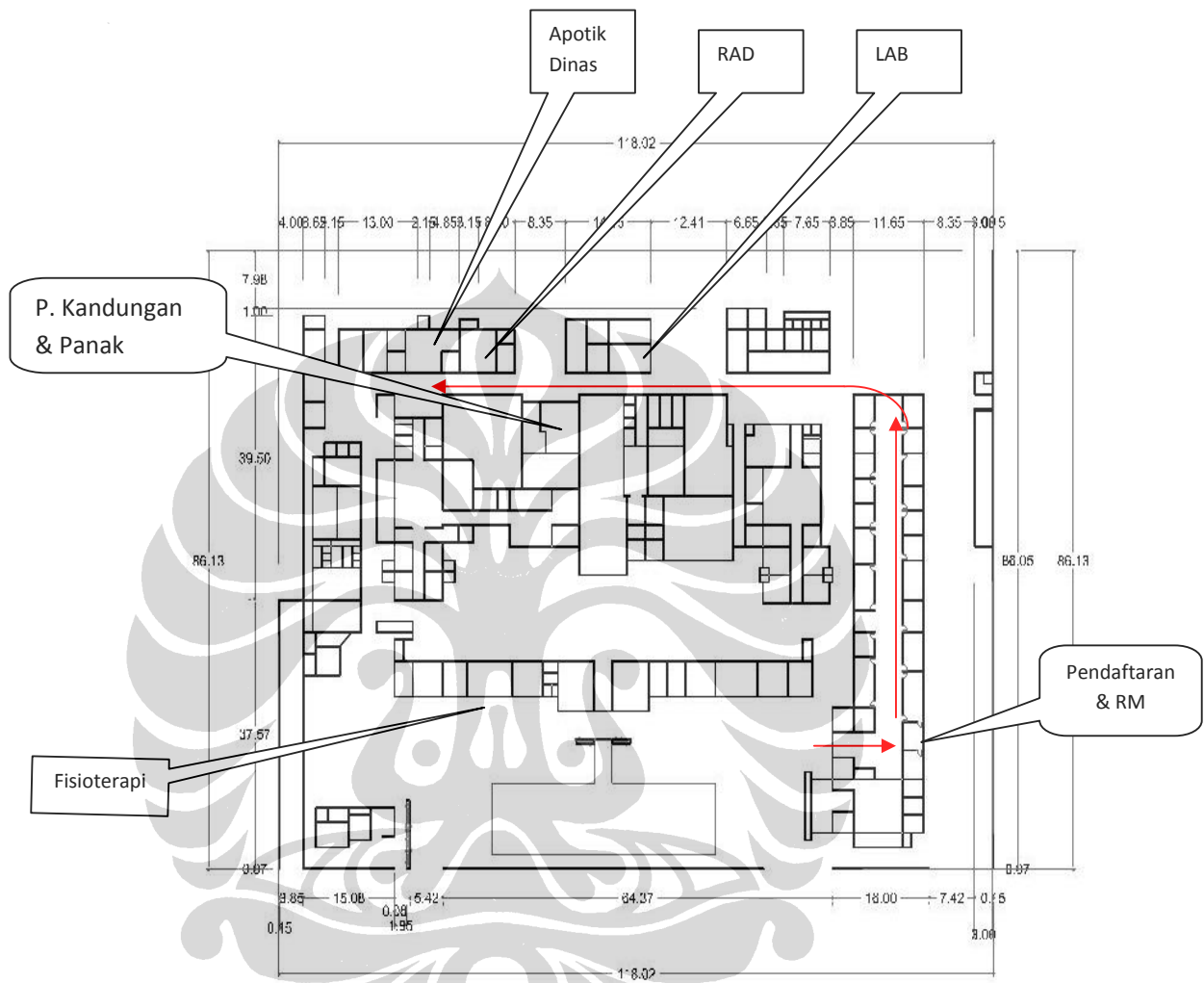


### 6. 3. 4 Geographical Flowchart

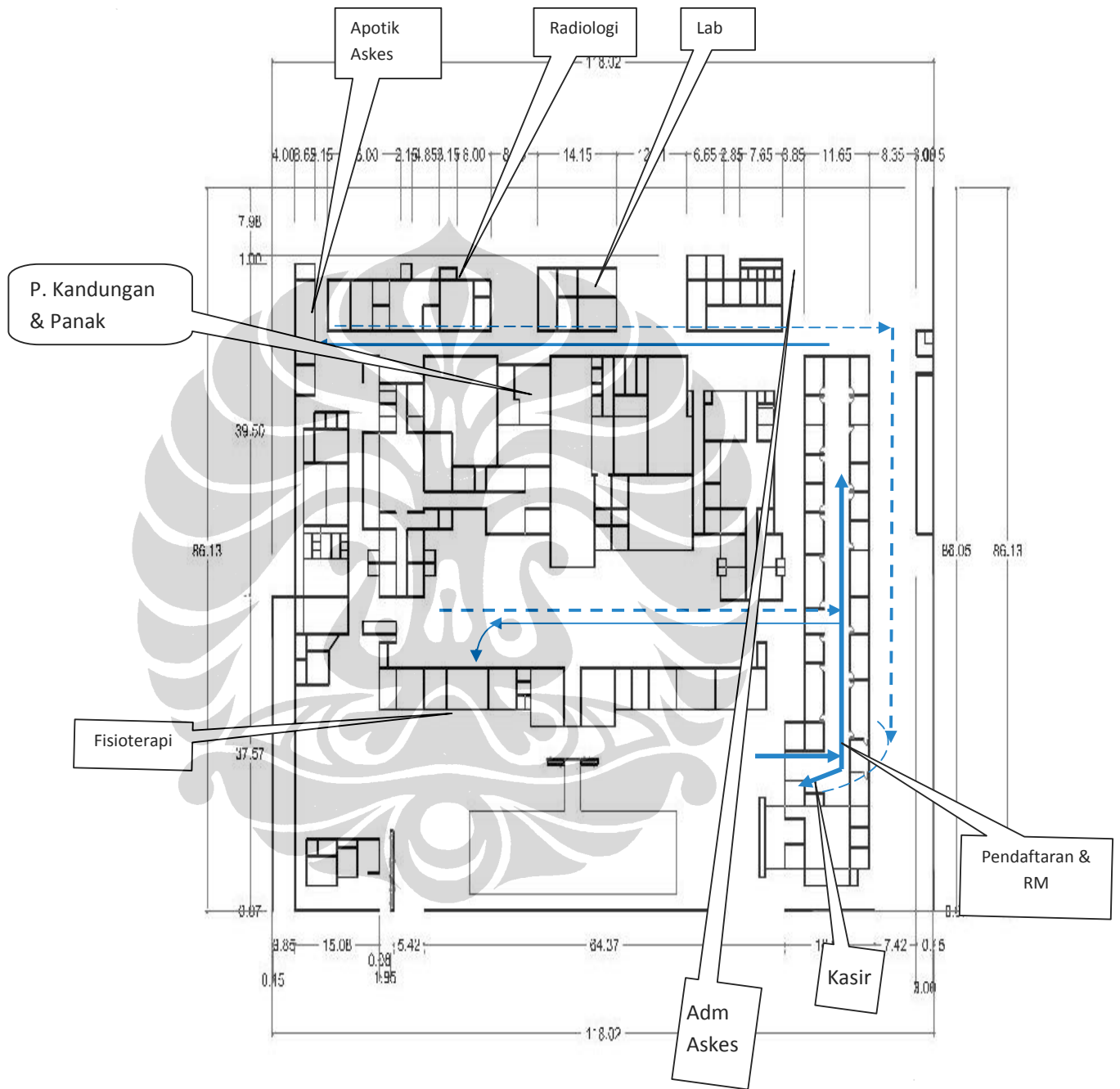
Selanjutnya kejelasan secara visual mengenai proses kegiatan proses pelayanan rawat jalan dalam *lay out* tergambar dalam *geographical flowchart* yang merupakan suatu diagram menurut skala yang menunjukkan lokasi dari semua kegiatan yang terjadi dalam peta aliran proses. Kegiatan yang dimaksud adalah pergerakan orang/pasien dan pelaksana dari satu tempat ke tempat berikutnya yang ditunjukkan oleh garis aliran dibantu anak panah.

Kegiatan dalam proses pelayanan rawat jalan ini hanya dibatasi pada kegiatan pasien mulai dari pendaftaran sampai pasien menerima obat di apotik. Atas kesepakatan pihak dosen penguji, dosen pembimbing, dan peneliti fokus penelitian dititikberatkan pada bagian yang diperkirakan sering terjadi *waste*, dalam hal ini bagian rekam medik dan apotik. Namun selama penelitian berlangsung peneliti menemukan bagian rekam mediklah yang paling banyak menyumbang *waste* selama proses pelayanan rawat jalan, begitu juga bentuk bangunan RSMC yang awal mulanya didesain bukan sebagai bentuk bangunan rumah sakit.

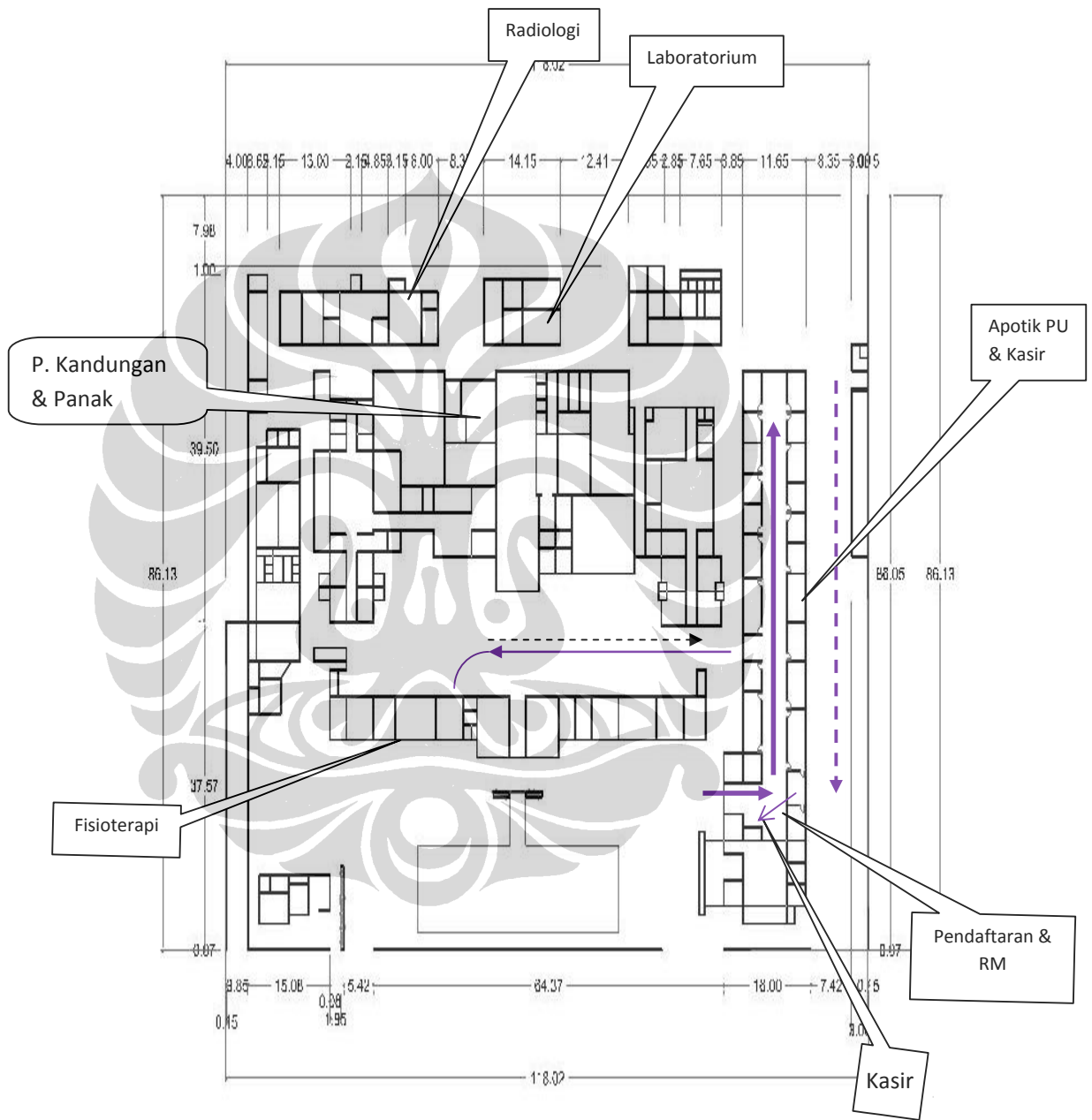
Pasien Dinas ( panah merah) dimulai dari pendaftaran pasien sampai dengan penerimaan obat di apotik. Pasien Askes (panah biru), dan pasien Umum (panah ungu).



Gambar 6.2 Diagram Aliran Pasien Dinas



**Gambar 6.3 Diagram Aliran Pasien Askes**



**Gambar 6.4 Diagram Aliran Pasien Umum**

### 6.3.5 Value Assesment

#### 6.3.5.1 . Waste yang terjadi selama proses pelayanan Rawat Jalan

Dari gambar *Value stream Map* (alur proses pelayanan rawat jalan) dikelompokkan berdasarkan tanggung jawab setiap bagian yang terlibat dalam proses tersebut, yaitu bagian pendaftaran, rekam medik, poliklinik, laboratorium, radiologi, apotik, dan kasir di bagian rawat jalan. Sehingga proses ini dapat dideskripsikan sebagai berikut;

##### a. Di Bagian Pendaftaran

Pasien masuk ke bagian pendaftaran dan mengambil no. Antrian yang tersedia, terbagi menjadi 2 bagian nomor antrian 1-299 untuk pasien dinas (anggota mil/ pns beserta keluarganya) dan nomor antrian 300-seterusnya untuk pasien non dinas (askes dan umum) dan menunggu sampai nomor yang tertera dipanggil. Setelah di entry data dan tujuan klinik, mendapat nomor tracer (urutan masuk ke dalam klinik yang dituju). Untuk pasien askes dan umum membayar administrasi di kasir.

Untuk pasien baru disarankan setelah mengambil nomor antrian, mengisi formulir pendaftaran untuk pasien baru, setelah di entry datanya pasien membayar uang administrasi pembayaran dan pembuatan kartu di kasir.

##### ***Waste yang terjadi:***

- Untuk pasien dinas/ umum/askes yang sering berobat tidak menjadi kendala, tapi jika pasien baru maka akan kesulitan untuk mengetahui proses pelayanannya, karena tidak ada petugas yang mengarahkan pasien, maupun banner/ petunjuk / informasi cara pendaftarannya. Bila tidak ada antrian, pasien bisa langsung bertanya pada petugas pendaftaran, tapi bila antrian panjang pasien akan bertanya kepada sesama pasien.



- Tidak adanya ruang tunggu bagi pasien rawat jalan yang memadai, sehingga pasien selama mengantri berdiri di depan loket pendaftaran, dikarenakan pasien yang tidak disiplin dan tidak adanya petugas yang mengatur.
- Satu pasien bisa mendaftar lebih dari 2 orang (pasien menitip didaftarkan terlebih dahulu) sehingga pasien berikutnya menunggu lebih lama.
- Pada pasien askes, menurut *flowchart* dari rumah sakit, mereka antri dulu di bagian askes kemudian ke pendaftaran rumah sakit, tapi jika sesuai *flowchart* maka mereka mendapat nomor besar di klinik, karena petugas rumah sakit buka pendaftaran jam 7.00 wib, sementara petugas askes buka pendaftaran jam 8.00 wib.
- Akibat hal tersebut, petugas pendaftaran rumah sakit yang melayani askes akan selalu menanyakan pasien askes atau umum atau jaminan lain ke setiap pasien. Ditambah lagi sistem komputer di bagian pendaftaran tidak otomatis memunculkan status jaminan pasien meski pasien tersebut adalah pasien lama yang telah memiliki nomor rekam medik.
  - *Waste* yang ditemukan oleh peneliti dibenarkan oleh pernyataan kabag minmed pada wawancara mendalam berikut ini :

Daftar pertanyaan	Informan kabag minmed
- Permasalahan apa yang sering terjadi selama alur proses rawat jalan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada ruang tunggu pasien di bagian pendaftaran, sehingga pasien bila melakukan pendaftaran berdiri menunggu antrian, sudah pasang indikator nomor, tapi karena tidak ada tempat duduk yang dekat di bagian pendaftaran maka alat tidak berfungsi maksimal.</li> <li>- tempat penyimpanan rekam medik tidak memenuhi syarat keselamatan pegawai. Petugas RM kesulitan dalam mencari status pasien.</li> <li>- Latar pendidikan staf tidak ada yang sesuai dengan rekam medik sehingga tidak mengerti kegunaan dan manfaat rekam medis bagi tenaga kesehatan.</li> </ul>

Daftar pertanyaan	<b>Informan pasien Umum (pasien baru, klinik tujuan ke THT)</b>
Apakah informasi yang diberikan RS cukup jelas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada keterangan diantrian status pasien apakah militer/umum/askes, jadi harus tanya dulu kepada pasien yang lain.</li> <li>- Tidak ada petunjuk alur proses perawatan pasien</li> <li>- Tulisan nama klinik tidak jelas karena terletak diatas pintu, warnanya tidak mencolok.</li> <li>- Pasien harus bolak balik membayar ke kasir</li> <li>- Tidak ada petunjuk arah tempat pendaftaran, karena tadi saya tanya petugas cleaning service.</li> </ul>
	<b>Informan pasien Dinas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antriannya tidak baku, sering berubah</li> <li>- Banyak pasien (anggota) untuk didaftarkan berobat sehingga satu pasien mendaftarkan 4-5 orang.</li> <li>- Pasien terlalu lama menunggu</li> </ul>
	<b>Informan pasien askes DKI (sudah menjadi pasien di RSMC Selama 15 Tahun)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak masalah antriannya karena saya sudah biasa.</li> <li>- Seharusnya pasien askes daftar dulu ke askes tapi buka loketnya jam 8, dan nanti saya urutan ke klinik dapat nomor besar.</li> </ul>

**Analisis :**

- Bagi pasien baru akan selalu menanyakan tahap-tahap selanjutnya, dan menanyakan letak poliklinik tujuan, laboratorium dan radiologi akibat kurangnya informasi dan petunjuk arah.
- Bagi pasien lama. Akibat tidak konsistennya aturan, antrian yang panjang, tidak ada sarana tempat duduk yang memadai, pasien cenderung untuk jenuh, tidak sabar, dan mudah marah.
- bagi Petugas loket, dalam menghadapi pasien asuransi/jaminan petugas menanyakan berulang-ulang jenis asuransinya, akibat sistem komputer yang kurang tepat, kemungkinan salah

memasukan nomor tracer karena pasien yang titip mendaftar, pemborosan kertas untuk mencetak nomor tracer, terlebih bila komputer atau printer di loket sedang bermasalah.

b. Di bagian Rekam medik

Setelah petugas pendaftaran mencatat kartu pasien, nomor *tracer* yang tercetak ada 3 lembar, 1 lembar untuk pasien, 1 lembar diletakkan distatus pasien, dan 1 lembar untuk kontrol dan untuk petugas RM mencari status pasien. Petugas RM mencari status pasien sebanyak 7 orang 4 pria dan 3 wanita.

**Tabel 6.5 Komposisi pegawai Bagian Administrasi medis RSMC  
Tahun 2012**

No.	Nama	PKT	Dik	Jabatan	Status
1.	E H	Pamen	Akper	Kabag Minmed	Antap
2.	S S	Penda III/A	S. Sos	Admission	Antap
3.	S	Pengda II/D	SMKK	Anggota RM	Antap
4.	T	Pengda II/D	SMA	Administrasi rawat inap	Antap
5.	S	Pengda II/C	SMA	Anggota Minmed	
6.	I	Pengda II/B	SMEA	Anggota Minmed	
7.	N F	Pengda II/B	SMA	Anggota Minmed	
8.	S	Pengda II/A	SMP	Anggota Minmed	
9.	A	Pengda II/A	SMA	Anggota Minmed	
10.	W	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer
11.	H	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer
12.	N	Honorer	SMA	Administrasi Medis rawat jalan	Honorer
13.	D	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer
14.	B	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer
15.	I	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer
16.	K	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer

**Waste yang terjadi ;**

- Penomoran rekam medik dengan 6 digit , 2 angka di belakang sebagai kode tempat penyimpanan dan 1 pewarnaan. Tidak dibedakan antara

status untuk pasien militer, PNS, askes dan umum. Hal ini menyulitkan dalam mencari status pasien karena petugas hanya mencari berdasarkan nomor status saja.

- Dalam mencari Rekam medik pasien, RM yang diletakkan dibagian atas akan lebih sulit dalam pencarian dan pengambilan status. Petugas dalam mengambil status akan melemparkan status ke bawah/ lantai sehingga map status pasien kemungkinan lebih mudah rusak.
- Jumlah pasien tidak sebanding dengan kecepatan petugas mencari RM, sehingga RM hingga jam 8.30 belum didistribusikan ke ruangan/ poliklinik.
- Karena dokter dan pasien sudah siap di poliklinik, perawat ruangan akhirnya mengambil sendiri status pasien ke ruang rekam medik.
- Troli untuk mendistribusikan status pasien kurang besar dan ketinggiannya tidak bisa di atur, sehingga kurang maksimal penggunaannya, karena RM yang akan dibawa lebih banyak dan petugas RM yang postur tubuhnya tinggi, kesulitan dalam menggunakannya.

Analisis: Penomoran, pewarnaan dan bentuk map rekam medik yang sedemikian rupa, letak rak penyimpanan berkas rekam medik yang sulit dijangkau menyebabkan waktu pengambilan map rekam medik petugas sulit mencarinya, untuk mempersingkat waktu petugas membuat status sementara (namun dengan nomor rekam medik yang sama).

Troli yang disediakan terlalu kecil untuk mendistribusikan berkas rekam medik di seluruh poliklinik, petugas membawa berkas rekam medik tanpa troli sehingga jumlahnya terbatas, perawat di poliklinik sebagian mengambil sendiri berkas rekam medik ke ruang penyimpanan rekam medik.

Belum adanya standarisasi kerja di bagian rekam medik, masih ada kode di map rekam medik yang belum diisi. Pewarnaan hanya membedakan dua nomor digit di belakang sebagai kode letak lemari penyimpanan, petugas rekam medis tidak dapat mengetahui berkas rekam medis yang isinya telah lebih dari lima tahun tanpa harus

membuka mapnya. Tidak dapat membedakan map rekam medis apakah milik pasien dinas atau keluarganya, pasien asuransi, dan pasien umum.

c. Dibagian Poliklinik

Setelah mendapat status rekam dari bagian administrasi medis, perawat mulai memanggil pasien melalui nomor panggilan yang tertera di atas pintu klinik.

Pada tabel dibawah ini merupakan hasil *Assessment value added* pasien yaitu dimana pasien bertemu, berkonsultasi dan diperiksa oleh dokter pada 3 klinik di rumah sakit

**Tabel 6.6 Value Assesment pasien di klinik**

No.	Tanggal penelitian	Jam Daftar	Klinik tujuan	Jam masuk	Jam Keluar	Rata2 wkt periksa
1.	18/04/2012	07.02	Klinik gigi	11.20	11.35	15 mnt
2.	18/04/2012	07.23	Klinik gigi	10.00	10.20	20 mnt
3.	24/04/2012	08.24	Klinik anak	09.20	09.40	20 mnt
4.	24/04/2012	08.10	Klinik anak	09.20	09.37	17 mnt
5.	24/04/2012	08.35	Klinik anak	09.05	09.15	10 mnt
6.	25/04/2012	07.41	Klinik P. dalam	10.22	10.35	13 mnt
7	25/04/2012	08.42	Klinik P. dalam	11.12	11.27	15 mnt

***Waste yang terjadi:***

- Nomor tracer pasien ada yang *double*, sehingga ketika nomor urutan dipanggil 2 – 3 pasien akan masuk bersamaan. Sehingga kebijaksanaan dan keluwesan dari perawat untuk menghindari masalah dengan pasien-pasien.
- Pasien dengan nomor urut 1- 10 atau lebih, walaupun sudah waktunya masuk klinik tidak ada di tempat dengan alasan mengantar anak/membereskan rumah/ Apel dahulu (untuk anggota mil/PNS). Hal ini menyebabkan *waste* bagi dokter.

- Dokter dan perawat sudah siap di klinik namun status rekam medis pasien belum diantar ke ruang klinik. Namun ada juga klinik-klinik tertentu yang dokternya terlambat datang (biasanya terjadi pada dokter tamu).
- Jadwal dokter di poli dengan jadwal operasi harinya sama sehingga pasien menunggu dokter operasi. Begitu juga ruang tindakan dan ruang poli menjadi satu ruangan sehingga dokter melakukan tindakan (biasanya poli bedah) dan konsultasi bedah waktunya bersamaan. Pasien menunggu lebih lama bila pasien sebelumnya dilakukan tindakan.
- Pasien setelah mendapat perawatan diberikan slip pembayaran, kemudian pasien membayar dulu ke kasir, setelah mendapat bukti bayar slip warna putih untuk pasien, slip warna merah diberikan ke poliklinik tempat berobat baru pasien mendapat resepnya.( pasien melakukan gerakan berjalan ke arah kasir kemudian kembali lagi ke klinik)

Daftar pertanyaan	Informaan Dokter
Bagaimana pendapat dokter tentang alur proses dan permasalahan yang sering terjadi di unit rawat jalan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saya dan perawat sebelum jam 9 sudah siap ,tapi rekam medik belum datang</li> <li>- MR sering hilang/terselip</li> <li>- Satu pasien bisa memiliki 2-4 file, rekam medik sebelumnya bisa tidak adak/tidak ketemu, lalu dibuatkan status baru sementara yang lama tidak dicari.</li> <li>- No. Antrian bisa dobel sehingga sering terjadi keributan kecil antara perawat dengan pasien</li> <li>- Karena sampai jam 9 medical record belum datang nomor antrian jadi tidak berurutan dipanggilnya (no. Besar tapi statusnya datang terlebih dahulu )</li> </ul>

Analisa : Selama penelitian berlangsung dokter-dokter tetap rumah sakit sudah siap di klinik masing-masing pukul 8.30. kecuali dokter – dokter tamu yang datang pukul 11.00, yang sudah di informasikan kepada pasien. Namun hingga pukul 9.00 waktunya klinik buka, berkas rekam medis belum lengkap, artinya terkadang nomor urut yang lebih besar datang terlebih dahulu, akibatnya bila ada panggilan operasi yang *cito* dokter mengerjakan kasus operasi dulu.

Berkas rekam medik nomor urut awal rekam sudah datang di klinik, namun saat dipanggil pasiennya tidak ada, hal ini diakibatkan karena setelah pasien mendaftar di loket pada pukul 7.00 atau pasien menitip daftar, mereka kembali pulang untuk melakukan aktivitas lain, atau belum tiba dari kediamannya.

Di bagian klinik lain dokter yang bertugas di klinik, juga mengerjakan tindakan pada jam praktek yang sama, akibatnya pasien yang menunggu pasien sebelumnya yang melakukan tindakan akan menunggu lebih lama dibanding jika pasien sebelumnya hanya konsultasi atau berobat saja.

d. Dibagian Laboratorium/Radiologi.

Bila pasien memerlukan pemeriksaan penunjang maka, pasien mendapat surat konsul ke laboratorium atau radiologi, bagi pasien dinas dan pasien umum hanya menunjukkan surat pengantar dari dokter, namun untuk pasien askes / jaminan selain surat pengantar dokter juga kelengkapan administrasi asuransi.

***Waste yang terjadi;***

- Terutama pada pasien umum, karena setelah menyerahkan surat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, segera dilakukan tindakan, kemudian pasien diminta untuk membayar pemeriksaan tersebut dikasir, kembali lagi ke ruangan Lab/ rad untuk menyerahkan bukti bayar dan mengambil hasilnya. Bila hasil Lab yang dibutuhkan maka pasien kembali ke ruang poli untuk menyerahkan hasil lab kepada dokter sebelumnya. Tapi bila hasil Radiologi diambil keesokan harinya menunggu dokter radiologi membaca hasil rontgen, tapi bila *cito* dapat langsung diberikan kepada dokter sebelumnya. Disini pasien melakukan gerakan (berjalan) dari ruang penunjang ke kasir, kembali ke ruang penunjang, kemudian ke poliklinik, ditambah dengan waktu tunggu.
- Pasien kemungkinan untuk tidak membayar tindakan, namun bahan reagen/ film rontgen sudah terpakai.

Analisa : hasil wawancara pasien dinas dan pasien askes tidak berangapan jarak antar ruang laboratorium dan radiologi dengan ruang poliklinik berjauhan karena masih dalam area rumah sakit hasil pemeriksaannya dapat diambil pada hari itu juga, namun bagi pasien baru yang belum terbiasa akan merasa jaraknya jauh karena alur proses pelayanan rawat jalan pada pasien umum setelah dilakukan tindakan laboratorium atau radiologi pasien membayar ke kasir kemudian menyerahkan tanda bukti pembayaran untuk mengambil hasil pemeriksaan.

Desain rumah sakit yang memiliki ruang terbuka memungkinkan pasien untuk tidak membayar tindakan laboratorium, sehingga merugikan rumah sakit karena pasien sudah menggunakan material dan alat kesehatan.

e. Di bagian Apotik

Dibagian apotik saat penelitian berlangsung sedang dilakukan perhitungan waktu tunggu pasien, baik obat puyer maupun obat fast moving/non puyer) sehingga peneliti dapat melihat sendiri kecepatan dan kecermatan petugas apotik dalam melayani resep.

**Waste yang terjadi :**

- Seperti lazimnya di setiap rumah sakit setiap langkah selanjutnya adalah proses menunggu obat diracik. Namun setiap informan yang peneliti tanyakan, proses menunggu di apotik tidak terlalu lama, rata-rata 30 menit.

Pertanyaan	Informan pasien dinas
Adakah keluhan terhadap ketepatan dan kecepatan pelayanan di bagian rawat jalan (termasuk waktu tunggu)	- di bagian pendaftaran lama suka ada permainan disana, nunggu dokter lama sebaiknya klinik buka jam 8.00, waktu nunggu diapotik tidak masalah paling lama 30 menit.



Tabel 6.7 Hasil Assesment di bagian apotik

No	Nama	Hari/tanggal	Resep		Ket
			Masuk	Selesai	
1	2	3	4	5	6
1.	An. A	Selasa,17-04-2012	10.29	10.50	Puyer
2.	An. B	Selasa, 17-04-2012	10.16	10.35	Puyer
3.	C	Selasa, 17-04-2012	10.29	10.50	puyer
4.	D	Selasa, 17-04-2012	10.00	10.20	Non puyer
5.	E	Selasa, 17-04-2012	10.00	10.30	puyer
6.	F	Selasa, 17-04-2012	10.15	10.30	Non puyer
7.	G	Selasa, 17-04-2012	10.10	10.34	puyer
8.	H	Rabu, 18-04-2012	10.30	10.37	Non puyer
9.	I	Rabu, 18-04-2012	11.42	11.48	Non puyer
10.	J	Selasa, 24-04-2012	10.27	10.49	puyer

Yang mempengaruhi kecepatan adalah :

- Nomor antrian dibedakan antara resep puyer dan non puyer
- Jumlah anggota yang hadir (kadang-kadang banyak yang dinas/turun jaga)
- Jumlah Pasien yang ada ( bila liburan sekolah atau awal bulan pasien cenderung lebih banyak)
- Jumlah siswa yang ada (semakin banyak siswa semakin banyak yang membantu)
- Tiap hari selasa setelah apel pagi(jam 7.30 – 9.00 wib) ada penyegaran tentang penatalaksanaan obat, farmasi dan edukasi obat kepada staf farmasi.
- Ruangan apotik menggunakan kaca bening sehingga Pasien bisa melihat langsung petugas apotik yang sedang bekerja.
- Nomor antriannya tidak bisa disela
- Sebelum resep datang antara pk. 07.30-10.00, petugas apotik sudah mempersiapkan obat yang sering digunakan ke dalam plastik obat-obatan standard (TB) atau obat-obat racikan (dapat digunakan sampai dengan 2 (dua) hari.

Analisa; selama penelitian berlangsung dan melihat sendiri proses kerja di bagian apotik, inovasi dari kepala bagian apotik dalam memotivasi dan meningkatkan kualitas anak buahnya memberikan dampak positif bagi pasien, karena hasil wawancara mendalam dengan pasien dinas, askes dan umum, mereka tidak beranggapan bahwa kerja dan waktu tunggu di apotik terlalu lama, tidak pernah terjadi kesalahan dan edukasi obat oleh petugas apotik sangat membantu pasien dalam pengobatannya.

#### **6.3.5.2 Hasil Value Assessment pasien**

Pada assesment pasien di rumah sakit perhitungan dimulai saat pasien datang dan mulai antri di loket pendaftaran, namun pada pasien yang datang pukul 7.00 setelah selesai di loket pendaftaran perhitungan waktu tunggu dimulai pada pukul 8.00.

Value Assessment untuk aliran pasien diberikan dalam tabel 6.6 dibawah ini, pada hari senin tanggal 9 April 2012, pada hari tersebut pasien lebih banyak dari hari kerja biasa karena tanggal 6 April 2012 libur nasional.

Tabel 6.8 Value Assessment Aliran pasien

Value Assesment						
Jenis observasi : Aliran pasien Dinas						
Observer : Dwiyani W						
Tanggal : 9 April 2012						
Pasien antri pukul 7.40 pada urutan ke 4 (5400 's – 1200's = 4200's)						
No.	Kegiatan	Waktu Rata-rata (detik)	Aliran Informasi	Value – Added (detik)	Non Value Added	
					Avoidable	Non Avoidalbe
1.	Ambil nomor dan antri	587	Antri di pendaftaran			587
2.	Counter pendaftaran	23	- Input data - no. Tracer		23	
3.	Menunggu jam klinik (9.30)	4200	RM dipersiapkan			4200
4.	Masuk ruang periksa (THT)	720	- resep	720		
5.	Apotik (menyerahkan resep)	728	- obat diracik		728	
6	Resep selesai dan edukasi obat	12	Obat diterima dan edukasi	23		
	total	6281		743	751	4787

$$VA \text{ (Value Added)} = 743/6281 \times 100\% = 11.8 \%$$

$$NVA \text{ (Non Value Added)} = 5538/6281 \times 100\% = 88,2 \%$$

Tabel 6.9 Value Assessment Aliran Pasien Askes

Value Assessment							
Jenis observasi : Aliran Pasien Askes							
Observer : Dwiyani W							
Tanggal : Kamis, 24 Mei 2012							
Pasien datang pukul 07.20 wib							
No.	Kegiatan	Waktu Rata-rata (detik)	Waktu (H:M:S)	Aliran Informasi	Value - Added (detik)	Non Value Added	
						Avoidable	Non Avoidalbe
1.	Ambil nomor dan antri	43	00:00:43	Antri di pendaftaran			43
2.	Counter pendaftaran	38	00:00:33	- Input data - no. Tracer		38	
3	Ambil Nomor & antrian askes	437	00:7:17	Verifikasi SPJ Askes		437	
4.	Masuk ruang periksa (TD/SPJ askes)	177	00:2:57	Cek TD/riks Lab		177	
5	Pemeriksaan Lab	1800	00:30:00	Hasil lab		1800	
6.	Menerima hasil lab	7	00:00:07	Hasil lab	7		
7.	Menunggu jam klinik (9.30)	3600	01:00:00	RM dipersiapkan			3600
8.	Masuk ruang periksa	824	00:13:44	resep	824		
9.	Kasir	30		Bayar co sharing jasa dokter			30
9.	Apotik (menyerahkan resep) dan kelengkapan form askes obat	15	00:00:15	- kelengkapan adm obat		15	
10.	Menunggu obat	1293	00:21:33	- obat diracik			1293
11.	Resep selesai dan edukasi obat	82	00:1:22	Obat diterima dan edukasi	82		
	total	8346			913	2467	4966

$$VA = 913/8346 \times 100\% = 10,9 \%$$

$$NVA = 7433/8346 \times 100\% = 89,1 \%$$

Tabel 6.10 Value Assessment Aliran Pasien Umum

Value Assessment							
Jenis observasi : Aliran Pasien Umum (Baru)							
Observer : Dwiyani W							
Tanggal : Kamis, 24 Mei 2012							
Pasien datang pukul 09.20 wib (mendapat no. Tracer 16)							
No.	Kegiatan	Waktu Rata-rata (detik)	Waktu (H:M:S)	Aliran Informasi	Value – Added (detik)	Non Value Added	
						Avoidable	Non Avoidalbe
1.	Ambil nomor dan antri	8	00:00:08	Antri di pendaftaran			8
2.	Counter pendaftaran	20	00:00:20	- Input data - no. Tracer		20	
3.	kasir	23	00:00:23	Bayar adm RS		23	
4	Menunggu jam klinik (9.30)	600	00:10:00	RM dipersiapkan			600
5.	Masuk ruang periksa	428	00:07:08	resep	428		
6.	Kasir	30	00:00:30	Bayar jasa dokter		30	
7.	Apotik dan kasir apotik	513	00:08:33	menyerahkan resep & obat diracik			513
8.	Resep selesai dan edukasi obat	82	00:1:22	Obat diterima dan edukasi	82		
	total	1704			510	73	1121

$$VA = 510/1704 \times 100\% = 29,9 \%$$

$$NVA = 1194/1704 \times 100\% = 70,1 \%$$

Tabel 6.11 Value Assessment Aliran Pasien Umum (Lama)

Value Assessment							
Jenis observasi : Aliran Pasien Umum (lama)							
Observer : Dwiyani W							
Tanggal : Rabu , 24 April 2012							
Pasien datang pukul 11.20 wib (mendapat no. Tracer 42) hanya menunggu 10 menit kemudian masuk ke dalam ruang periksa							
Dari wawancara pasien sudah mendaftar tadi pagi jam 7.00 wib							
No.	Kegiatan	Waktu Rata-rata (detik)	Waktu (H:M:S)	Aliran Informasi	Value - Added (detik)	Non Value Added	
						Avoidable	Non Avoidalbe
1.	Ambil nomor dan antri	560	00:9:20	Antri di pendaftaran			560
2.	Counter pendaftaran	20	00:00:20	- Input data - no. Tracer		20	
3.	kasir	15	00:00:15	Bayar adm RS		15	
4	Menunggu jam klinik 9.30 (pasien menunggu dirumah)	7200 (-3600)	02:00:00	RM disiapkan			3600
5.	Masuk ruang periksa	1038	00:17:18	resep	1038		
6.	Kasir	32	00:00:32	Bayar jasa dokter		32	
7.	Apotik dan kasir apotik	613	00:10:33	menyerahkan resep			613
8.	Resep selesai dan edukasi obat		00:00:44	Obat diterima dan edukasi	44		
	total	5922			1082	67	4773

$$VA : 1082 / 5922 \times 100\% = 18,3 \%$$

$$NVA : 4840 / 5922 \times 100\% = 81,7 \%$$

**Tabel 6.12 Value Assessment Rekam medik ( Pasien Baru )**

No.	Kegiatan	Waktu Rata-rata (detik)	Aliran Informasi	Value – Added (detik)	Non Value Added	
					Avoidable	Non Avoidalbe
1.	Pasien menulis di form pendaftaran	56	Data pasien baru			00:00:56
2.	Petugas entry data pasien & tujuan klinik	140	- Input data - no. Tracer	140		
3.	Print out no. Tracer ( 1 kertas dibagi 3, 1 bagian utk pasien, 1 bagian utk status RM, 1 bagian utk kontrol)	15			15	
4	Print out RM identitas pasien dan form klinik tujuan di map sementara (Bantex)	10				10
5.	Petugas memberi slip pembayaran untuk biaya adm dan kartu berobat	20			20	
6.	RM (sementara) dikumpulkan di lemari transit.					352
7.	RM dibawa ke klinik tujuan	147		147		
8.	Setelah pasien berobat, RM diperiksa dan diletakkan didalam map (tetap)				22	
9.	RM dikembalikan ke tempat penyimpanan sesuai dengan penomorannya.				39	
	total	1103		287	398	418

$$VA = 287/1103 \times 100\% = 26 \%$$

$$NVA = 816/1103 \times 100\% = 74 \%$$

**Tabel 6.13 Value Assessment Rekam Medik ( Pasien Lama)**

No.	Kegiatan	Waktu Rata-rata (detik)	Aliran Informasi	Value – Added (detik)	Non Value Added	
					Avoidable	Non Avoidable
1.	Petugas klik cursor untuk antrian selanjutnya	0	292			292
2.	Petugas entry data pasien & tujuan klinik	12	- Input data - no. Tracer	12		
3.	Print out nomor tracer	17	1 kertas dibagi 3, 1 bagian utk pasien, 1 bagian utk status RM, 1 bagian utk kontrol)		17	
4.	Petugas RM mengambil no.tracer untuk mencari RM	29	Mencari RM sesuai dengan nomor dan cek identitas		29	
5.	RM yang sdh ada dikumpulkan di lemari transit.		- RM diletakkan di lemari transit - karena jumlah petugas kurir tidak seimbang dengan banyaknya RM yang harus diantar - perawat klinik akhirnya mengambil sendiri RM yang sesuai dengan klinik tmp tugasnya.			900
6.	RM dibawa ke klinik tujuan		- petugas kurir mengantarkan RM ke klinik-klinik	155		
7.	Setelah pasien berobat, RM dikembalikan ke tempat penyimpanan sesuai dengan penomorannya.				22	
	total	1425		165	68	1192

**VA :  $165 / 1425 \times 100\% = 11,6 \%$**

**NVA :  $1260 / 1425 \times 100\% = 88,4\%$**



**Tabel 6.14 Value Assessment Petugas Apotik ( Non Racikan)**

No.	Kegiatan	Waktu Rata-rata (detik)	Aliran Informasi	Value – Added (detik)	Non Value Added	
					Avoidable	Non Avoidable
1.	Setelah apel pagi, memasukkan obat2an ke dalam plastik	3600	- Mempersiapkan obat non racikan sediaan standart	3600		
2.	Menerima resep memeriksa jenis dan banyaknya obat Memberi no antrian resep(Non racikan)	20			20	
3.	Memasukan obat ke dalam kemasan sesuai dengan jenis dan banyaknya obat Menulis etiket	258			258	
4.	Meletakkan obat yang telah siap ke bagian (pemanggilan obat)	6	Obat yang telah siap di kumpulkan bersama obat2an yang telah jadi lainnya		6	
5.	Memanggil pasien yang obatnya telah jadi dan edukasi obat ke pasien		- memberi penjelasan kepada pasien ttg jenis obat dan cara pakainya - untuk apotik askes sedikit lebih lama, karena banyak pasien yang usianya sdh lanjut			43
	total	3927		3600	284	43

$$VA = 3600 / 3927 \times 100 \% = 91,67 \%$$

$$NVA = 327 / 3927 \times 100\% = 8,33 \%$$

**Tabel 6.15 Value Assessment Petugas Apotik ( Racikan)**

No.	Kegiatan	Waktu Rata-rata (detik)	Aliran Informasi	Value - Added (detik)	Non Value Added	
					Avoidable	Non Avoidalbe
1.	Setelah apel pagi, memasukkan obat2an ke dalam plastik dengan perkiraan rata2 4 pasien Persiapan dan mengecek obat-obatan untuk racikan	3600 (2 jam)	- Mempersiapkan obat racikan ( terutama obat TBC) Sediaan 100mg, 125mg, 175mg, 200mg	3600		
2.	Menerima resep memeriksa jenis dan banyaknya obat Memberi no antrian resep( racikan)	20			20	
3.	Menghitung dosis obat	148			148	
4.	Meracik obat puyer	236			236	
5.	Membungkus puyer	263				362
6.	Menulis etiket dan mengecek kembali obat-obatan	47			47	
6.	Meletakkan obat yang telah siap ke bagian (pemanggilan obat)	6	Obat yang telah siap di kumpulkan bersama obat2an yang telah jadi lainnya		6	
7.	Petugas yang Memanggil pasien memeriksa kembali obat yang telah jadi dan edukasi obat ke pasien	84	- memberi penjelasan kepada pasien ttg jenis obat dan cara pakainya - untuk apotik askes sedikit lebih lama, karena banyak pasien yang usianya sdh lanjut	84		
	total	4503		3684	457	362

**VA :  $3684 / 4503 \times 100\% = 81,8 \%$**

**NVA :  $819 / 4503 \times 100\% = 18,2 \%$**

- ❖ Catatan : Untuk pasien Umum setelah petugas apotik menerima resep, memeriksa jenis, banyak obat serta memberitahu harga obat kepada pasien. Setelah pembayaran obat oleh pasien obat baru kemudian obat disiapkan / diracik. (20 detik)

### 6.3.5.3 Value Assessment fisik dan fasilitas Unit Rawat Jalan

Value Assesment terhadap fisik dan fasilitas bersifat menilai letak / desain bangunan terhadap pelayanan pelayanan dan kemudahan pasien, posisi terhadap keterjangkauan /kemudahan, dibandingkan estetika ideal bentuk unit rawat jalan sebagaimana mestinya. Berdasarkan wawancara dengan Komandan Rumah Sakit Marinir Cilandak dalam proses observasi, bangunan RS sekarang ini sebelumnya merupakan balai pengobatan (BP) prajurit marinir yang ditujukan hanya untuk Anggota Marinir yang bertugas di Brigade Infantri II marinir Cilandak. Namun pada perkembangannya anggota marinir membawa istri dan anaknya untuk berobat di BP tersebut dan selanjutnya berkembang menjadi RS Tk. II. sehingga dari mulai desain bangunan dan tata letaknya jauh dari ideal, sehingga pimpinan berusaha untuk meminimisasi ketidaksesuaian yang ada. Pada tabel 6.12 dibawah ini *value assesment* yang terangkum dan sebagian besar didukung oleh para informan saat dilakukan wawancara mendalam.

**Tabel 6.16 Value Assesment fisik dan Fasilitas Unit Rawat jalan**

No.	Fisik dan fasilitas	Ideal	Value Assesment
1.	Jarak pintu masuk dan pendaftaran terlalu pendek	ada ruang lobby /tempat untuk meletakkan informasi kepada pasien.	Karena ruangan tidak memungkinkan dipasang banner disediakan brosur sebagai informasi kepada pasien.
2.	Menuju ke RS dapat melalui beberapa pintu masuk yang tidak semua memiliki informasi yang jelas.	Setiap bagian RS memiliki penunjuk arah yang jelas sehingga memudahkan pengunjung RS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menambah penunjuk arah.</li> <li>- Anggota RS lebih bersikap antisipatif terhadap kenyamanan dan masalah yang</li> </ul>

			terjadi pada pasien/pengunjung.
3	Rak penyimpana rekam medik terlalu tinggi dan sempit	ada ruang lobby /tempat untuk meletakkan informasi kepada pasien. Posisi tinggi dengan bantuan tangga Diantara rak dapat dilewati 2 orang petugas.	Karena ruangan tidak memungkinkan dipasang banner, sebaiknya disediakan brosur sebagai informasi kepada pasien.
4	Ruang penyimpanan RM tidak sesuai dengan K3 bagi petugas	Memenuhi syarat kenyamanan, keselamatan, penerangan, kesehatan petugas	Rak terlalu tinggi, ventilasi kurang, AC kurang dingin, penerangan kurang.
5.	Ruang Tunggu bagi pendaftar dan pasien bedah yang membingungkan pasien.	Adanya ruang tunggu yang nyaman, tempat duduk yang mencukupi dan jelas peruntukannya.	Loket pendaftaran, meja untuk menulis form pendaftaran pasien baru dan poli bedah sangat berdekatan. Sementara tempat duduk yang disediakan kurang, jadi pasien yang mendaftar memilih berdiri.
6.	Jumlah toilet terbatas - sayap kiri = 3wanita dan 3 pria - sayap kanan = 2 wanita dan 2 pria - 1 toilet untuk Laboratorium - 1 toilet untuk perwira	Toilet di perbanyak dan disediakan toilet untuk pasien <i>disable</i>	Dengan jumlah pasien rawat jalan rata-rata 250 orang + pengantar, jumlahnya dirasa masih kurang karena bergabung dengan anggota RS yang lain.
7.	Letak kasir	Posisi kasir sebaiknya ada dua tempat, satu dibagian depan dekat dengan pendaftaran, UGD, dan poliklinik. Satu dibagian tengah untuk melayani pasien lab/rad/ dan poliklinik yang terpisah	Pasien dari fisioterapi, poli kandungan, poli anak, lab, dan radiologi harus berjalan bolak balik antara kasir didepan ke poli, sebaiknya disediakan satu kasir ditengah untuk melayani.
8.	Letak ruang <i>customer care</i>	Letak ruang ini sebaiknya di depan dekat dengan lalu lalang pasien sehingga pasien tahu keberadaannya.	Pasien selama ini jika bertanya dan mengajukan keluhan masih di bagian <i>admission</i> .

9.	Ruang klinik dan ruang tindakan menjadi satu bagian	Sebaiknya ruang poliklinik dan ruang tindakan dipisahkan	Pasien yang mengantri akan lebih lama jika pasien sebelumnya dilakukan tindakan. Pasien yang lain merasa terganggu bila dokter disebelahnya melakukan tindakan. ( pada pasien poli bedah)

### 6. 3.5.4 Visual Management Assesment

Visual Management digunakan untuk alat bantu yang memeperlihatkan masalah, peringatan, peraturan dan hal lainnya dalam waktu yang cepat tanpa harus menghadirkan/memerlukan bantuan dari pihak-pihak atau personal lain untuk membantu menyampaikan , mentranfer informasi yang akan disampaikan kepada personal lain. Hal ini dapat membuat kondisi ataupun masalah yang abnormal menjadi terlihat oleh petugas pelaksana sehingga dengan segera dapat diketahui benar atau tidaknya. Dengan kemudahan dalam akses informasi bagi siapa saja yang bertugas, kurangnya infoemasi dapat dikurangi sehingga orang tidak lagi banyak bertanya atau timbul pertanyaan yang berulang. Tabel 6. 13 memberikan informasi mengenai keadaan visual management yang ada di unit rawat jalan RSMC.

### 6.17 Visual management pada Unit Rawat jalan RSMC

No.	LOKASI	Visual Management		Bentuk VM	Kebutuhan akan VM
		Ada	Tidak		
1	Pintu masuk menuju Pendaftaran (sayap kiri)		v	Petunjuk arah menuju ke pendaftaran dari sayap kiri	butuh
	Pintu masuk ke pendaftaran (sayap kanan) dan lobby	v		Petunjuk arah pendaftaran dari lobby kurang jelas	Perlu petunjuk tambahan

2.	Loket pendaftaran; - klasifikasi pasien		v	Jalur antrian khusus untuk klasifikasi pasien	butuh
	- klasifikasi pasien di program komputer ( pasien lama)	v		Setelah no RM dientry secara otomatis tidak menunjukan jenis dan klasifikasi pasien	Membutuhkan suatu cara agar memudahkan petugas pendaftaran
	- tempat form pendaftaran pasien baru	v		<i>Announcement</i> : tulisan terlalu kecil	Butuh tambahan penunjuk arah, dan alat tulis yang memadai
	- informasi tentang pelayanan		v	<i>Announcement</i> ; tentang keberadaan layanan dokter/hari libur/dll	Dibutuhkan suatu papan informasi yang representativ ttg ketidakhadiran dokter /jam pelayanan.
3.	Petunjuk Alur proses sesuai klasifikasi pasien di Lobby rawat jalan		v	- dapat berupa banner - dapat berupa brosur	butuh
4.	Ruangan poliklinik: -petunjuk lokasi ruang poliklinik	v		a. tulisan diatas pintu	Membutuhkan vm tambahan
	- petunjuk keberadaan Lab/Rad	v		<i>Announcement</i> : dekat pimtU UGD dan pendaftaran	Butuh petunjuk tambahan
	- petunjuk keberadaan toilet		v	<i>Announcement</i> : di lokasi toilet	Butuh VM tambahan di sekitar poli RJ
	- petunjuk keberadaan costumer care		v	Di ruangan <i>costumer care</i>	Butuh penunjuk arah tambahan di ruang poliklinik RJ
5.	Ruang rekam medik ; - map	v		-Berupa penomoran dan 1 pewarnaan	-Membutuhkan : - penomoran yang lebih jelas - pewarnaan lebih dari satu untuk

				memudahkan pencarian sesuai klasifikasi pasien
			- kualitas map dipilih yang lebih kuat dan tahan lama.	- selama tempat penyimpanan tidak memadai kebutuhan akan map RM masih tinggi.
	- rak penyimpanan	v	Announcement : tiap rak diberi no. Kode dua digit belakang.	Butuh inovasi untuk memudahkan pengambilan RM pada rak yang tinggi.

#### **Identifikasi 7 Jenis Pemborosan (7 waste) dan Analisa Akar Masalah.**

Dari hasil perhitungan *VSM (Value Stream Map)* di Bab 6.1 didapat *non valueadded*, untuk kegiatan pasien Dinas sebesar 88,2 %, yaitu sebesar 5987 detik per pasien. Pasien Askes sebesar 89,1% (6736 detik) dan pasien umum 81,7 % (8373 detik), maka sesuai dengan tinjauan pustaka, apabila rasio antara *waste* dengan total kegiatan belum mencapai 30%, maka masih termasuk ke dalam *Un-lean enterprise* atau perusahaan tradisional, sehingga hasil perhitungan di atas mengidentifikasi adanya *waste* yang berdampak pada kurang optimalnya kinerja unit rawat jalan.

Sejalan dengan konsep lean yang menyatakan bahwa segala bentuk *waste* bagi pelanggan dan tidak mendatangkkn nilai tambah (*value*) harus di hilangkan atau diminimalisir, maka peneliti mendapatkan permasalahan utama yang menjadi keluhan dari pasien yang telah dibahas dalam sub Bab 6.3

Berdasarkan observasi langsung dengan menggunakan alat *7 waste* di pelayanan pendaftaran – rekam medik dan apotik.

Tabel 6.18 *Seven Waste* pada proses pendaftaran dan rekam medis

No.	Jenis Waste (What)	Sumber pemborosan (Where)	Waktu terjadinya (When)	Alasan terjadinya (why)
<b>- Penundaan (delay)</b>				
1.	Pasien yang menunggu pasien petugas melayani pasien titipan	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran pasien	Banyak pasien anggota yang kediamannya jauh dari lokasi RS sehingga menitip rekannya yang dekat/bekerja di RS
2.	Menunggu klinik dimulai pada pukul 09.00 wib	Klinik rawat jalan	Proses pelayanan/pengobatan klinik RJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Karena pasien (Anggota TNI AL) kediamannya di daerah ciangsana, cileungsi, dan sekitarnya sehingga membutuhkan waktu utk ke RS</li> <li>- Pasien Askes yang sudah mengetahui pola pelayanan RS, akan mendaftar dulu kemudian mengurus administrasi ASKES.</li> </ul>
3.	Berkas RM yang sudah ditemukan tidak dapat segera dikirim ke klinik.	Ruang penyimpanan RM	Selama proses pencarian RM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Petugas rekam medik masih membutuhkan waktu untuk mencari, dan mengambil RM yang lainnya</li> <li>- Kurir RM ikut membantu mencari</li> </ul>



4.	Tempat penyimpanan rak RM sempit, rak terlalu tinggi	Ruang penyimpanan RM	Selama proses pencarian RM	<ul style="list-style-type: none"> <li>– luas ruangan tidak mengakomodasi, banyaknya berkas RM</li> </ul>
5.	Belum adanya sistem yang memberikan informasi bahwa RM masih di R.rawat inap	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran dan selama proses pencarian RM	<ul style="list-style-type: none"> <li>– petugas tidak mengetahui bahwa RM belum dikembalikan ke dari unit rawat inap.</li> <li>– Petugas masih mengandalkan daya ingatnya saja bahwa RM belum kembali/ pasien baru keluar perawatan.</li> </ul>
6.	Dokter melakukan aktivitas lain	Klinik rawat jalan	Jam buka Klinik RJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Berkas RM belum dikirim ke klinik</li> <li>– Berkas RM sudah dikirim namun no. Tracer tidak urut (no. 1) belum ada.</li> </ul>
<b>- Duplikasi</b>				
7.	Petugas pendaftaran menanyakan kepada pasien askes, jenis asuransi kesehatannya.	Loket pendaftaran	Selama proses pendaftaran	Pasien askes mendaftar dulu ke pendaftaran RS untuk mendapatkan no. Antrian yang lebih kecil, kemudian mendaftar ke ASKES.
8.	Sistem komputer yang digunakan tidak secara otomatis menyimpan data , tujuan, jenis asuransi pasien.	Loket pendaftaran	Selama proses pendaftaran	Petugas sewaktu entry data, harus buka tutup program data, dan jenis asuransi. Dan print out no. Tracer.

9.	Petugas kurir rekam medik bolak balik mengantarkan rekam medik ke poli klinik	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pelayanan RJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ukuran troley terlalu kecil, tingginya tidak dapat disesuaikan dengan postur petugas.</li> <li>- kurang dapat menampung RM yang harus diantar</li> </ul>
10.	Petugas membuat RM baru	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pencarian RM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- karena kesulitan dalam mencari RM yang dimaksud, sementara waktu pelayanan dan RM pasien sangat dibutuhkan oleh dokter.</li> </ul>
11.	Merapikan ulang RM yang tidak jadi diambil .	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pencarian RM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dalam mencari RM petugas harus mengeluarkan RM yang menghambat berkas yang dimaksud.</li> </ul>
12.	Naik turun rak penyimpana	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pencarian RM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- setelah mencari RM dari bagian bawah ke bagian atas, petugas turun mengambil RM yang ada. Kemudian mencari lagi RM lain yang belum dicari.</li> </ul>
<b>- Pergerakan yang tidak perlu</b>				
13.	Menerima telpon	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- petugas selama melayani pasien pendaftaran juga harus menerima telpon dari luar (klinik, rekan kerja,dll)</li> </ul>
14.	Melayani permintaan pasien yang menitip no. antrian	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien yang dititipkan no. Tracer tidak saling bertemu dengan pasien yang menitip, sehingga</li> </ul>

				disimpan oleh petugas pendaftaran
15.	Perawat poliklinik mengambil sendiri berkas RM di ruang penyimpanan	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pencarian RM	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dokter di klinik sudah siap, namun RM belum datang, akhirnya perawat yang mengambil sendiri RM.</li> </ul>
16.	Melayani pasien baru yang belum menulis form pendaftaran pasien baru.	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>– tanda informasi tempat penulisan form pasien baru terlalu kecil sehingga pasien tidak melihat tanda penunjuknya.</li> <li>– Meminjamkan alat tulis (ballpoint) karan di tempat form pendaftaran pasien baru tidak disediakan alat tulis.</li> </ul>
17.	Petugas Melayani pertanyaan pasien	Loket penerimaan adm lab.	Selama proses di laboratorium	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jarak loket penerimaan adm lab dengan petugas yang memasukkan data hasil lab terlalu dekat</li> </ul>
18.	Petugas memeriksa ulang form permintaan pemeriksaan lab.	Loket penerimaan adm lab.	Selama proses di laboratorium	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien menandai sendiri jenis pemeriksaan lab. Sehingga petugas lab haesus berkoordinasi dengan perawat klinik dan petugas askes.</li> </ul>
19.	Pasien berjalan bolak balik untuk menyerahkan slip pembayaran dari kasir ke	kasir	Selama proses pembayaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Setelah membayar jasa pelayanan di kasir pasien kembali lagi ke klinik untuk menyerahkan bukti bayar kemudian akan diberikan resep oleh</li> </ul>

	klirik(pasien askes dan pasien umum)			perawatnya,
20	Pasien berjalan bolak balik untuk menyerahkan slip pembayaran dari kasir ke klinik penunjang (pasien askes dan pasien umum)			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Setelah membayar jasa pelayanan di kasir pasien kembali lagi ke klinik penunjang untuk menyerahkan bukti bayar kemudian akan diberikan hasilnya oleh petugas.</li> </ul>
<b>- Defect (cacat)/error transaction</b>				
21.	No. Tracer ter print-out lebih dari satu pasien pada klinik tujuan yang sama	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sering terjadi karena kesalahan komputer saat meng”klik” klinik tujuan..</li> </ul>
22.	RM yang dikirim ke klinik bukan RM pasien yang dimaksud. (no. Tracer dengan RMnya beda)	Selama proses pencarian RM	Selama proses pelayanan RJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Petugas tidak fokus, terburu-buru</li> </ul>
23.	Berkas RM kurang rapi/ rusak	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pencarian RM	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Petugas selama mencari RM di rak bagian atas akan melemparkan RM ke bawah, daripada petugas naik turun utk meletakkan RM</li> </ul>
24.	RM medis sulit dijangkau hanya	Ruang	Selama proses pencarian	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bentuk berkas terlalu sederhana.tidak ada tanda-</li> </ul>

	dengan penglihatan saja, tertutup oleh berkas RM yang lain .	penyimpanan rekam medik	RM	tanda lain selain penomoran dan 1 pewarnaan.
25.	Kesalahan pengambilan RM	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pencarian RM	– Petugas tidak fokus, terburu-buru
26.	RM sulit dijangkau dengan tangan	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pencarian RM	– Rak terlalu tinggi
<b>- Inventory (Persediaan yang tidak tepat)</b>				
27.	Berkas rekam medik yang habis (salah satu no. dan pewarnaan) tidak segera diganti	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses penyimpanan RM	Berkas RM yang habis tidak segera di perbarui tapi digantikan dengan RM yang ada tapi no.nya di ganti (dengan tulisan tangan)
28.	Satu pasien bisa memiliki lebih dari satu RM (dengan no, yang sama)	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses penyimpanan RM	Berkas RM yang lama tidak ketemu saat dicari sehingga dibuatkan baru, setelah itu tidak segera dijadikan satu dengan yang lama.

<b>- Communication (komunikasi yang tidak jelas)</b>				
29.	Pasien menanyakan tempat kepada petugas baru.	Ruang tunggu Poliklinik unit RJ	Saat pasien baru melakukan pemeriksaan lab/rad.	Minim sarana penunjuk arah, sehingga pasien menanyakan tempat
30.	Dokter yang bertugas mendadak tidak bisa datang, terlambat, tidak datang	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informasinya mendadak</li> <li>- Tulisan untuk announcement berupa tulisan tangan dan terlalu kecil</li> </ul>
<b>- Confussion</b>				
31	Pasien baru kesulitan mengetahui alur proses RJ (akan selalu bertanya untuk langkah selanjutnya)	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran, mencari klinik tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Banner tentang alur proses tidak ada.</li> <li>- Tidak ada petugas di depan loket pendaftaran yang mengarahkan pasien</li> </ul>
32	Pasien tidak mengetahui ruangan (toilet, lab, pendaftaran)	Poliklinik RJ	Proses pelayanan RJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minim penunjuk arah ruangan.</li> </ul>
33.	Pasien berkerumunan di depan loket pendaftaran	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aturan tata cara pendaftaran tidak tegas</li> <li>- Jika pasien terlalu banyak papan pemanggil no. antrian tidak difungsikan.</li> </ul>

				– Tidak ada petugas yang mengarahkan pasien
<b>- Underutilized employess</b>				
34.	Pemanfaatan personil rekam medik yang ada tidak optimal	Bag. Personel RSMC	Selama tidak adanya koordinator/personel yang berkompeten terhadap RM	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Personel yang ada tidak menjabat di bagian administrasi medis tapi di bagian Urdal</li> <li>– Pejabat Dan Satma hingga penelitian selesai dilakukan pergantian personel belum ada (masih dilakukan oleh Urdal)</li> </ul>
35.	Pemanfaatan customer care untuk melayani pasien kurang optimal	Seluruh RSMC	Kegiatan monitoring pelayanan RJ	– Masih baru dibentuk sehingga masih dalam penyusunan jobdesk.
36.	Pemanfaatan provoost untuk membantu petugas pendaftaran kurang optimal	Loket pendaftaran	Selama proses pendaftaran RJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Masih beranggapan bahwa provoost sebagai petugas penegakkan disiplin anggota militer.</li> <li>– Selama belum ada permintaan (bantuan) dari bagian pendaftaran/administrasi medis maka belum dapat membantu mengawasi.</li> </ul>
37.	Pemanfaatan ka bag. Adm medis untuk melakukan tindakan manajerial belum	Rekam medik RSMC	Kegiatan monitoring, evaluasi, controlling RM	– Jabatan ka bag adm medis tidak menuntut kompetensi RM, kebiasaan kerja dengan sistem lama sulit diubah, belum sepenuhnya mengerti

	optimal			mengenai kegiatan manajerial, kemampuan analisis, dan penyelesaian masalah.
38.	Tidak adanya personel yang bertanggung jawab terhadap seluruh proses di unit rawat jalan.	Seluruh poliklinik RJ	Selama kegiatan pelayanan RJ	– Dalam susunan personel RSMC, jabatan setingkat /seperti manajer pelayanan medis (seperti di RS Swasta) atau infomed (seperti di RS. Dr. Ramelan Surabaya) tidak ada.



#### 6.3.5.4 Identifikasi permasalahan dalam struktur organisasi

Setelah penulis melakukan observasi, dan wawancara mendalam, dapat diidentifikasi permasalahan di unit rawat jalan RS Marinir Cilandak adalah dibagi menjadi 4, yaitu :

1. Permasalahan berdasarkan struktur organisasi
2. Permasalahan berdasarkan SDM
3. Permasalahan berdasarkan peralatan pendukungnya
4. Permasalahan berdasarkan lingkungan/enviroment.

Masalah yang ditemukan :

##### **1. Struktur organisasi RSMC**

Menurut organisasi dan prosedur Rumah sakit TNI-AL Cilandak no. Skep: 22/III/1998 tanggal 13 maret 1998, pejabat yang terlibat didalam pelayanan rawat jalan adalah, Kasubdep Rawat jalan, Kabag Minmed, kaur Harmat dan ka Urdal . namun selama observasi dilakukan, aliran pasien tidak ada yang yang mengontrol.

##### **– Kasubdep rawat Jalan.**

Tugas KSD Rawat Jalan mengatur SDM perawat di bagian rawat jalan. Kasubdep rawat jalan dan perawat klinik selama ini bertugas melebihi tanggung jawabnya. Dokter bila tidak bisa hadir atau terlambat yang di hubungi adalah perawatnya, dan perawat menghadapi sendiri pasien – pasien yang sudah terlanjur datang. Bila perawat tidak bisa mengatasi masalahnya maka laporan kepada kasubdep rawat jalan. Dan bila ada masalah dengan dokter, kasubdep rawat jalan menyerahkan tanggung jawabnya kepada wadan rumah sakit.

Kasubdep rawat jalan sering mendapat keberatan dari dokter bila akan memindahkan perawat klinik, sehingga kaderisasi perawat sukar dilakukan oleh bagian keperawatan karena intervensi dari dokter.

Perawat yang mendapat kepercayaan dari dokter spesialis terkadang tidak mau membagi ilmunya kepada perawat lain.

– **Kabag harmat (Kepala Bagian Pemeliharaan dan material )**

Tugasnya bertanggung jawab pada kesiapan fisik bangunan dan fasilitas non medis RS.

Selam melakukan observasi di ruang tunggu rawat jalan, peneliti mendapatkan data bahwa banya pasien yang mengeluhkan tentang kurangnya fasilitas toilet di RS, dan tidak adanya fasilitas toilet untuk pasien berkebutuhan khusus. Dan fasilitas untuk ibu menyusui belum dapat disediakan oleh rumah sakit. Sebenarnya ada ruangan untuk menyusui namun diperuntukan untuk edukasi pasien pasca persalinan, bukan merupakan fasilitas umum.

Diakui oleh kabag harmat bahwa fasilitas toilet masih perlu perbaikan dan penambahan jumlah dan jenis kebutuhannya, mengingat yang memerlukan fasilitas toilet tidak hanya pasien namun pengantar pasien

– **Kabag Urdal (Kepala bagian urusan Dalam)**

Bagian urdal adalah unsur pelaksana Satma berkewajiban membantu Dan Satma di bidang pengamanan, penegakan disiplin dan tata tertib serta pemeliharaan fasilitas dan kesiagaan.

Dalam melaksanakan tugas kewajibannya tersebut berfungsi sebagai:

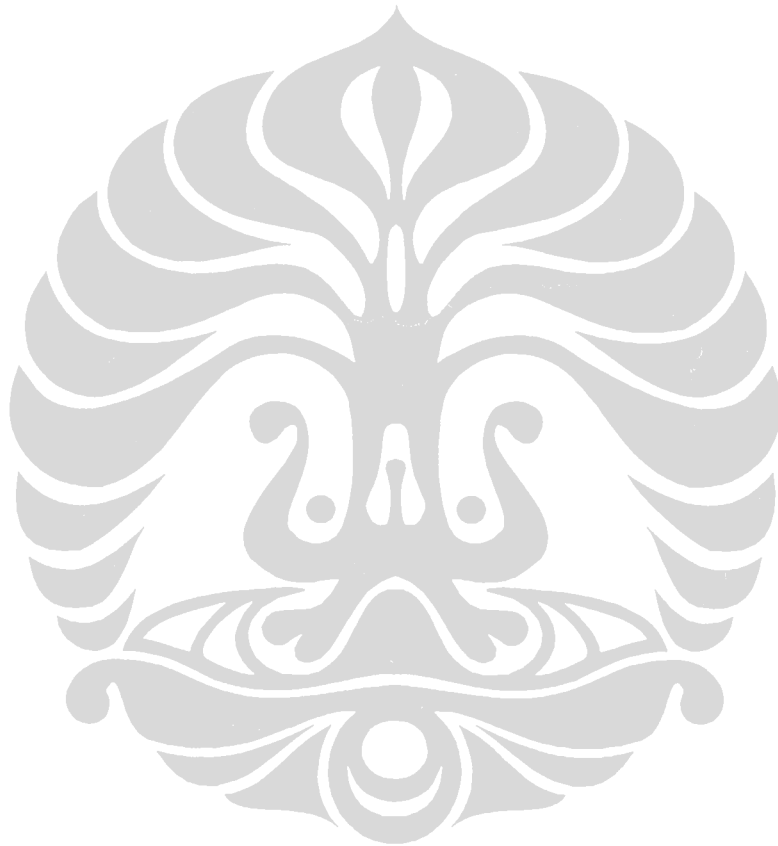
1. Mengadakan pengamanan badan, satuan personel, material, dokumen, pemberitaan dan kegiatan Rumah Sakit.
2. Menyelenggarakan pengamanan terhadap pimpinanrumkital, tamu dan penderita penting di Rumkital
3. Melaksanakan kegiatan penegakkan disiplin, tata tertib dan hukum.
4. Menyelenggarakan pengaturan lalu lintas dan parkir kendaraan di dalam komplek
5. Menyelenggarakan penyiapan dokumen penyerahan perkara

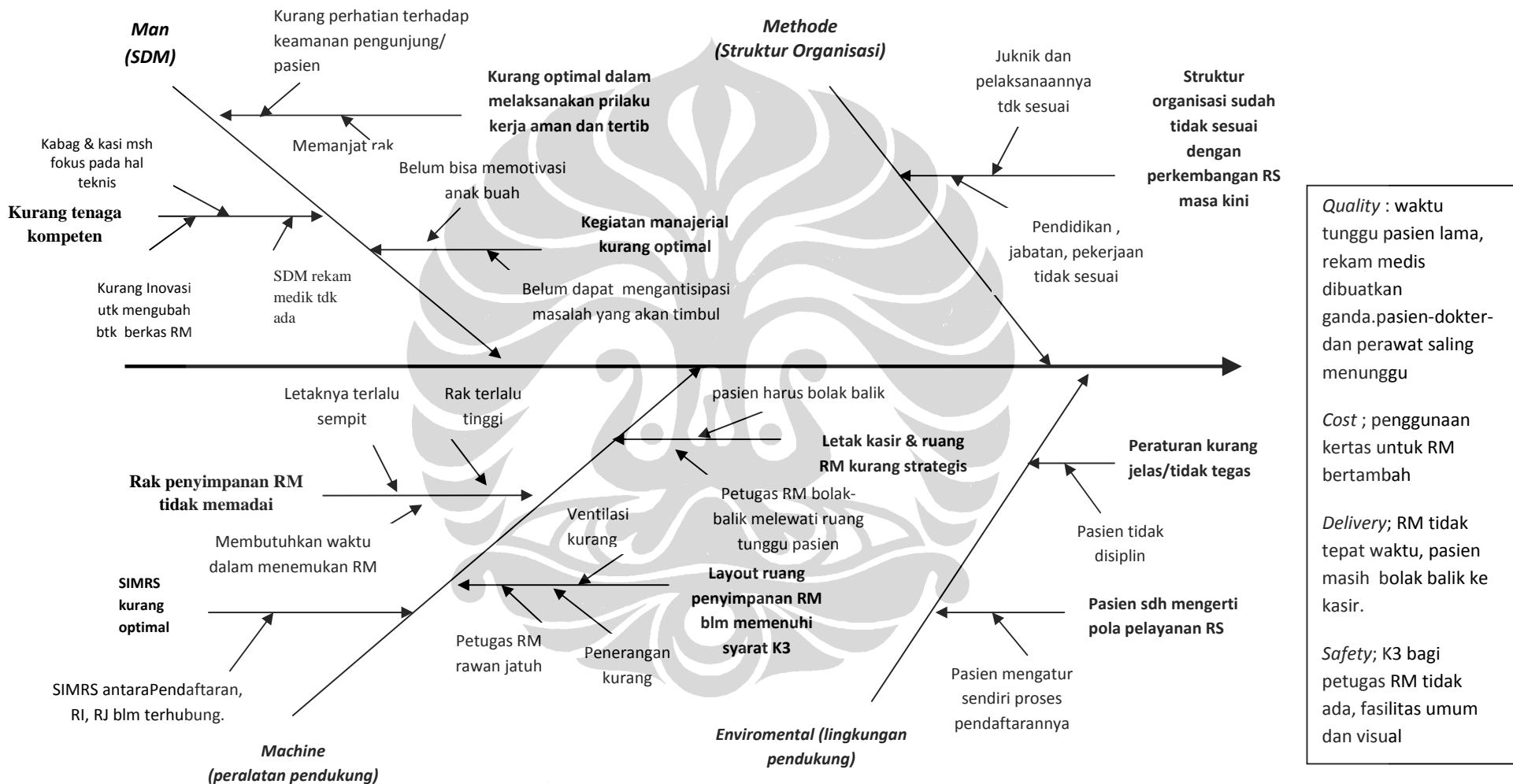
6. Menyelenggarakan pemeliharaan keindahan dan kebersihan gedung, kantor, pekarangan.
7. Menyelenggarakan penjagaan di Rumkital
8. Menyelenggarakan latihan untuk peningkatan kesiagaan serta upacara-upacara dan keprotokolan
9. Menyelenggarakan perawatan senjata dan amunisi
10. Mengadakan kerja sama dan koordinasi dengan unsur-unsur lainnya
11. Memberikan pertimbangan dan saran kepada Dan Satma khususnya dalam bidang tugasnya.

Saat wawancara mendalam dilakukan dengan kepala Urusan Dalam yang saat ini menjabat sekaligus sebagai pejabat sementara Dan Satma karena terjadi mutasi dan pejabat yang menggantikannya belum ada. Ka urdal memiliki latar belakang pendidikan rekam medik namun karena jabatannya beliau tidak dapat sepenuhnya membantu dan fokus pada membenahan rekam medik.

Daftar pertanyaan	Informan Ka urdal RSMC
<p>Bagaimana kondisi pelayanan unit rawat jalan di RS Marinir Cilandak</p> <p>Bagaimana kinerja/motivasi dari SDM sdh memberikan pelayanan yang baik bagi pasien?</p> <p>Apakah fasilitas dan fisik bangunan sudah dapat mengakomodasi proses perawatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masih terlihat perbedaan perlakuan antara pasien swasta dan militer, sehingga pelayanannya harus pisah.</li> <li>- komputer yang sering error, yang menghambat proses pelayanan RJ</li> <li>- pasien dinas yang tidak disiplin, petugas di penjagaan yang kurang ramah terhadap pasien.</li> <li>- masih harus diubah cara pandangnya dari tata cara militer ke pendekatan yang lebih persuasif terutama SDM di penjagaan kurang ramah, SDM di bagian operator telepon tata bahasanya kurang jelas dan ramah.</li> <li>- perawat yang kurang komunikatif.</li> </ul> <p>- saya akui masih minin adanya penunjuk arah dan fasilitas umum untuk pasien, karena membutuhkan biaya yang besar, dan</p>

pasien dan pegawai?	kebutuhan RS yang lebih penting menyangkut keselamatan pasien lebih diutamakan. - ada rencana dari pimpina RS sekarang untuk bekerja sama dengan pihak swasta untuk membangun unit rawat Jalan RSMC yang lebih represesntative dan lebih baik.





Gambar 6. 5 Fishbone Analysis terhadap penyebab dan akar masalah di unit rawat jalan RSMC th. 2012

## 6.4 Desain Usulan Perbaikan

Berdasarkan *fishbone* analisis akar permasalahan yang menjadi faktor pemborosan (*waste*) pada sistem alur proses rawat jalan mencoba untuk mengusulkan penyelesaian untuk menghilangkan *non value added* yang ada, pertimbangan-pertimbangan lain yang disadari oleh peneliti bahwa untuk mengubah dan merencanakan suatu ide di RSMC harus melalui proses yang panjang dan rumit karena menyangkut berbagai kebijakan, dan aturan-aturan yang berlaku saat itu dan unsur-unsur yang berwenang, dan juga perlunya konsultasi dengan perencana program dan anggaran RS. Pada tabel 7.1. merupakan usulan perbaikan masalah berdasarkan periode implementasi.

Peneliti dalam menentukan periode implementasi menggunakan kriteria sebagai berikut; bila dalam implementasi tidak membutuhkan biaya maka periode implementasi jangka pendek. Bila dalam implementasinya membutuhkan biaya dan tambahan sarana maka periode implementasinya jangka menengah, dan bila dalam implementasinya membutuhkan biaya, sarana dan perubahan kebijakan maka periode implementasinya jangka panjang.

**Tabel 6.19 Distribusi Masalah dan usulan perbaikan berdasarkan periode implementasi.**

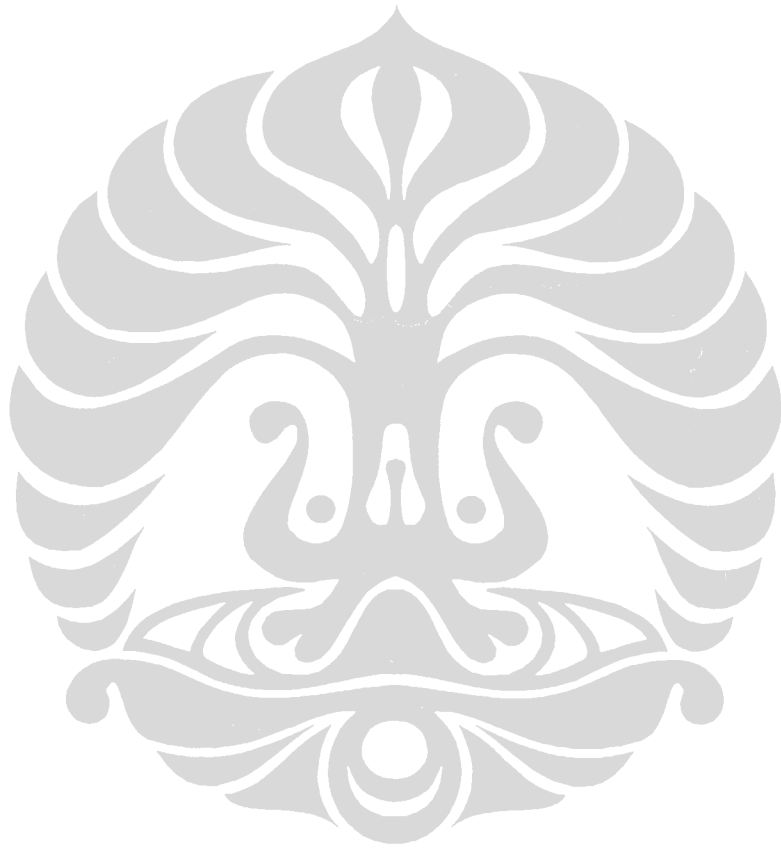
Sumber masalah	Akar masalah	perbaikan	Periode Implementasi
SDM	Kurang kompeten	- Secara bergantian dilakukan kursus atau LDD (latihan Dinas Dalam) - membuat standarisasi kerja	Pendek
	Kurang optimal dalam melaksanakan perilaku kerja aman dan tertib	- menerapkan budaya 5 S - menggunakan metode <i>error proofing</i> untuk mengurangi peluang terjadinya kelalaian dengan inovasi yang mudah dan murah.	Pendek

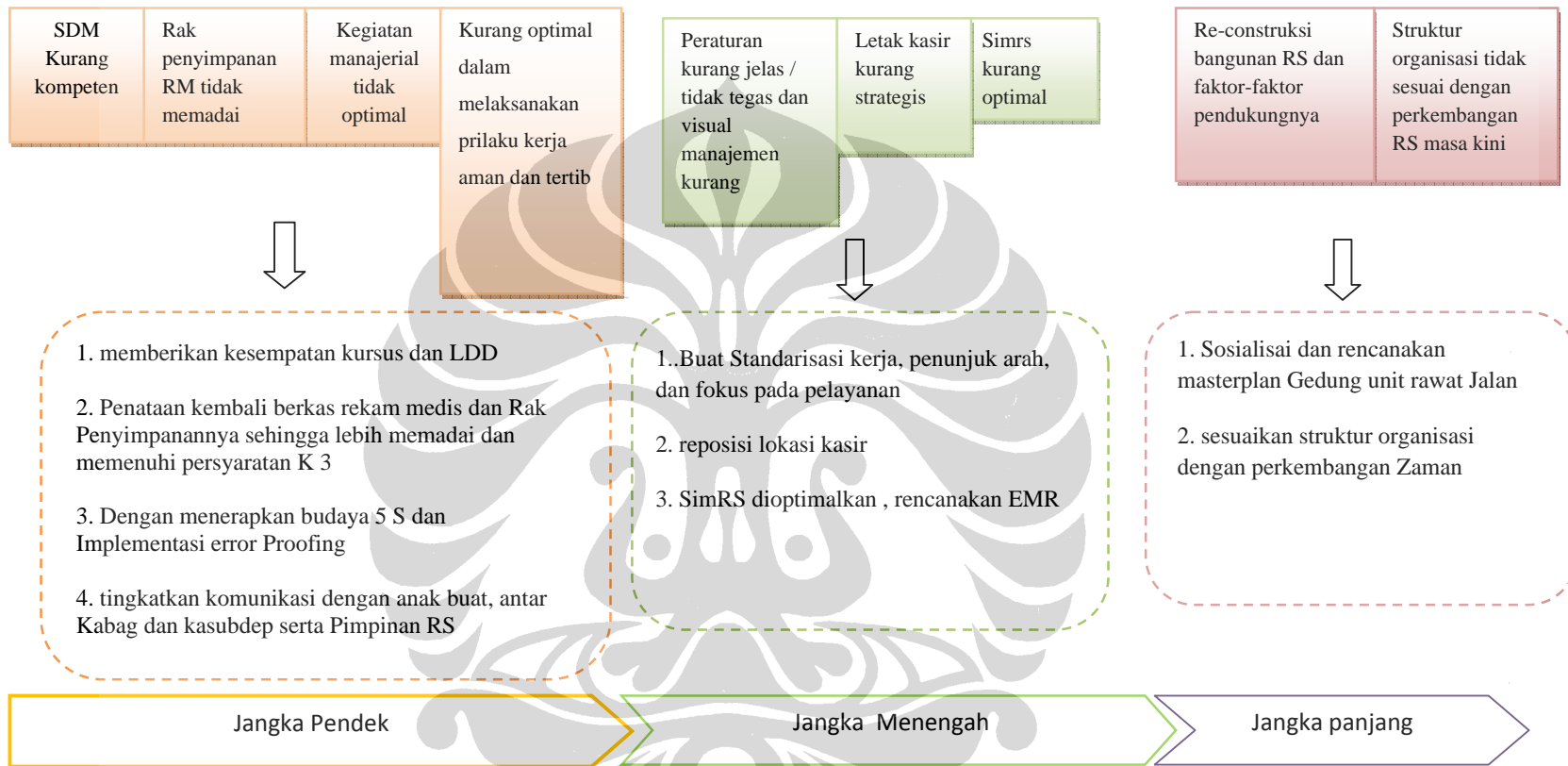
	<b>Kegiatan manajerial tidak optimal</b>	- Sering melakukan diskusi, konsultasi dan studi banding di RS lain serta merubah pola manajemen.	pendek
<b>Method</b>	<b>Struktur Organisasi tidak sesuai dengan perkembangan RS Masa kini</b>	- membentuk pokja untuk membuat Daftar Susunan personel yang sesuai dengan kebutuhan RS dimasa kini dan akan datang	Panjang
		- penempatan personel diusahakan sesuai dengan pendidikan, jabatan dan pekerjaannya.	panjang
<b>Machine</b>	<b>Rak penyimpanan RM tidak memadai</b>	- Memperbaiki dan menata ulang rak penyimpanan - re-desain map Rekam medis dengan konsep 5 S dan <i>error proofing</i>	Pendek
	<b>Letak Kasir kurang straregis</b>	- menata ulang letak loket kasir yang ada	menengah
	<b>Layout ruang penyimpanan RM kurang strategis dan belum memenuhi syarat K3</b>	- menambah jumlah troly dengan ukuran yang lebih banyak kapasitasnya. - mendesain ulang penataan rak dan map Rekam medis sehingga memenuhi syarat keselamatan dan keamanan petugas RM	pendek
		Ruang penyimpanan RM harus diperluas untuk menampung jumlah status yang ada.	Panjang
	<b>SIMRS kurang Optimal</b>	-SIMRS antara pendaftaran , unit rawat jalan dan unit rawat inap saling berhubungan untuk memudahkan mengecek berkas dan memudahkan petugas pelaksana RS.	Menengah

<b>Enviromental (lingkungan pendukung)</b>	<b>Peraturan kurang Jelas / tidak tegas</b>	-Pembuatan banner alur proses pelayanan sehingga pasien mengetahui langkah-langkah proses pelayanan -Adanya <i>visual</i> manajemen pemberitahuan/peraturan tentang tata cara pengobatan - menambah personel provoost untuk membantu kelancaran pelayanan	menengah
	<b>Pasien sudah mengerti pola pelayanan RS</b>	Menetapkan pola pelayanan yang baku dan komitmen tentang prosedur pelayanan sehingga pasien dan petugas pelaksanaan tidak melakukan kesalahan yang terus berulang .	menengah

Masalah tersebut diatas merupakan kumpulan waste yang dapat menjadi acuan untuk usaha perbaikan berdasarkan periode implementasinya. *Lean Hospital* adalah tujuan yang hendak dicapai dalam usaha perbaikan jangka panjang, sebagaimana pilar *Toyota Way*. Keinginan untuk meningkatkan kualitas pelayanan, dengan penghematan disegala aspek, ketepatan kerja dan keamanan personel dibantu dengan menerapkan *lean tools* yang meliputi *5 S*, *error proofing*, *re-layout* dan *re-engineering*, hal ini harus ditopang dan didukung dengan adanya *people and team work*, dan *waste reduction* dengan fondasi utama adalah falsafah *RSMC* ditambah dengan *visual management* dan standar kerja. Pada gambar 6.5 adalah peta besar periode implementasi usulan perbaikan.







Gambar 6.6 Peta Besar Periode Implementasi Usulan Perbaikan.

## 6.4.1 Desain Usulan Perbaikan Jangka Pendek

### 6.4.1.1 peningkatan Kompetensi Tenaga Rekam medik

Tenaga Rekam medik saat ini tidak ada yang berlatar belakang Pendidikan rekam medik, walaupun ada satu orang perwira yang berijazah rekam medik namun dalam tugas dan tanggungjawabnya bukan di bagian administrasi medis tapi sebagai Kepala Urusan Dalam RSMC (Ka urdal). Dari wawancara mendalam diketahui ada salah satu petugas RM mengikuti kursus Pengelolaan RM, namun hingga saat ini belum dapat mengaplikasikan dan sharing pengetahuan kepada rekannya untuk membenahi RM.

Dari hasil observasi sebaiknya yang mengikuti kursus semua anggota RM, namun secara bergantian mengingat tidak ada satupun anggota RM yang berlatar belakang pendidikan yang sesuai, sehingga kompetensi kurang. Ini adalah tabel daftar personel RM bulan Mei tahun 2012.

**Tabel 6.20 Komposisi pegawai Bagian Administrasi medis RSMC  
tahun 2012**

No.	Nama	PKT	Dik	Jabatan	Status
1.	EH	Pamen	Akper	Kabag Minmed	Antap
2.	S S	Penda III/A	S. Sos	Admission	Antap
3.	S	Pengda II/D	SMKK	Anggota RM	Antap
4.	T	Pengda II/D	SMA	Administrasi rawat inap	Antap
5.	S	Pengda II/C	SMA	Anggota Minmed	Antap
6.	I	Pengda II/B	SMEA	Anggota Minmed	Antap
7.	N F	Pengda II/B	SMA	Anggota Minmed	Antap
8.	S	Pengda II/A	SMP	Anggota Minmed	Antap
9.	A	Pengda II/A	SMA	Anggota Minmed	Antap
10.	W	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer
11.	H	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer
12.	N	Honorer	SMA	Administrasi Medis rawat jalan	Honorer
13.	D	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer
14.	B	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer
15.	I	Honorer	SMA	Anggota Minmed	Honorer

16.	K	Honoror	SMA	Anggota Minmed	Honoror

Usulan perbaikannya:

Dari susunan personel diatas dapat diketahui bahwa tidak ada satupun anggota minmed yang berkompetensi sebagai RM . dan seluruh anggota tetap administrasi medis dikursuskan pendidikan RM secara bergantian.

Budaya untuk selalu melakukan perbaikan harus dikembangkan sesuai dengan konsep *lean* , yaitu kemauan untuk memperbaiki diri baik perorangan maupun kelompok, kemampuan manajerial, dan *problem solving* sehingga komunikasi antar bagian semakin meningkat. Untuk memperbaiki dan meningkatkan pengetahuan selain menugaskan personel untuk kursus juga dapat mengadakan LDD (latihan dinas dalam) yang diadakan RSMC sendiri dengan meminta bantuan dari tenaga terlatih dari luar.

**Tabel 6.21 Program LDD Rekam medis**

<b>Program</b>	<b>Pelaksana</b>	<b>Periode pelaksanaan</b>
Pelatihan Rekam Medik	Semua pegawai level staff/ anggota	- lamanya 1 minggu - dilakukan setelah jam kerja selama 1 jam
Kursus rekam medik yang diselenggarakan RS lain	Anggota Tetap secara bergantian	- disesuaikan dengan waktu penyelenggaraan - setelah selesai kursus hal-hal yang dipelajari dipresesntasikan.

Adanya Pelatihanataupun kursus tidak sebatas dengan anggota rekam medik tapi semua anggota RS dengan jenis pelatihan disesuaikan dengan kebutuhan organisasi sehingga perlu kerja sama dengan bagian lain dalam hal ini bagian Bangdiklat (Pengembangan pendidikan dan latihan).

Belum adanya standar kerja, sehingga petugas yang baru mempelajari pekerjaan sebagaimana orang yang mengajarkan kepadanya. Bersama petugas seniornya dalam waktu yang sedemikian singkat mereka harus berimprovisasi dan mencoba sendiri, hasilnya setiap orang melakukan kerja dengan caranya

sendiri. Untuk mengatasi hal ini diperlukan pekerjaan terstandarisasi yang merupakan fondasi untuk mendapatkan hasil yang diinginkan, sehingga pekerjaan pada hari ini dapat teridentifikasi, meliputi :

1. Konsep *takt time*- seberapa sering seharusnya produk kerja dihasilkan ( seperti ; satu pasien per menit)?
2. Rangkaian pekerjaan standar- tahapan mana yang harus diikuti dan urutannya seperti apa?
3. *Work in process* standar- seberapa banyak persediaan dimungkinkan diantara tahapan proses.

#### **6.4.1.2 Penataan kembali berkas rekam medis dan Rak Penyimpanannya sehingga lebih memadai dan memenuhi persyaratan K 3**

Dari wawancara mendalam dengan manajemen RSMC diketahui ruangan penyimpanan RM di perkecil karena kebutuhan ruang klinik, akibatnya rak penyimpanan di atur sedemikian rupa untuk mengatasi keterbatasan tempat.

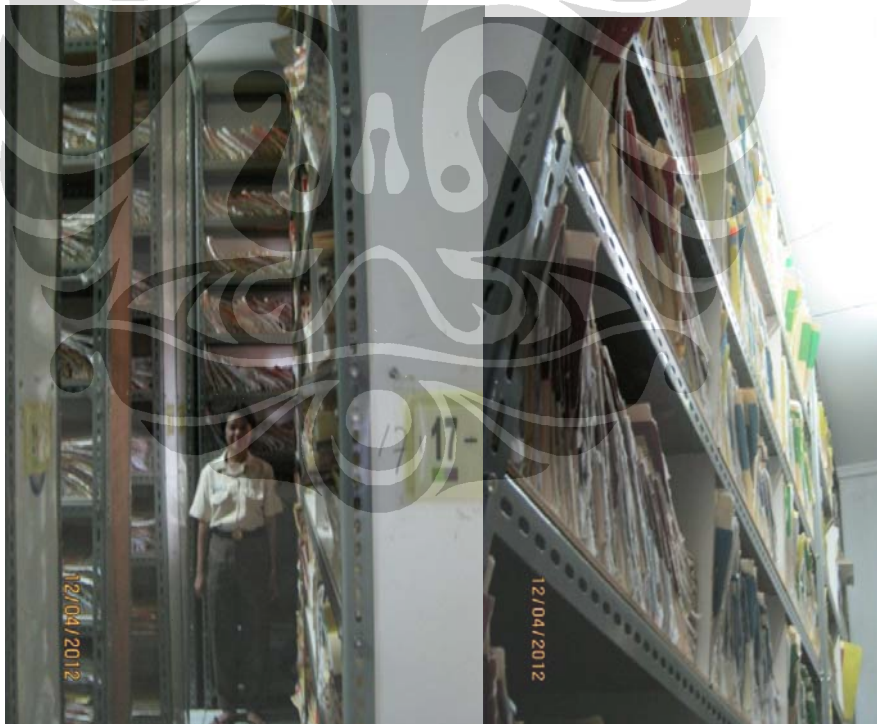
Pada saat ini, ruang penyimpanan kondisinya kurang ventilasi karena hanya ada 1 jendela yang aktif, penerangan kurang, penyejuk ruangan (*Aircon*) kurang dingin, dan yang terpenting akibat rak tinggi tapi tanpa ada bantuan tangga, maka petugas menjangkau berkas RM paling atas dengan memanjat rak-rak penyimpanan.

Ruangan yang sempit solusinya saat itu rak penyimpanan ditinggikan sampai ke langit-langit ruangan, namun jarak antara rak – rak tidak memungkinkan meletakkan tangga untuk mengambil berkas Rekam medik yang diletakkan dirak paling atas, petugas memanjat sekat-sekat antara rak untuk mencapai bagian atas.

Hal inilah yang tidak memenuhi syarat keamanan dan keselamatan petugas RM.



Current



**Gambar 6.7 jarak dan ketinggian rak penyimpanan**



**Gambar 6.8** Petugas kesulitan meletakkan RM yang telah ditemukan, sehingga berkas dijatuhkan

**Usulan perbaikan ruangan :**

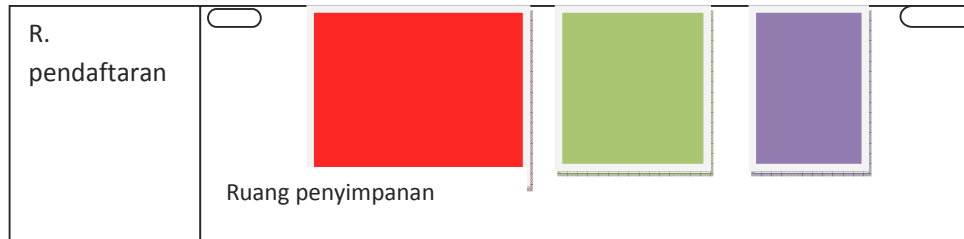
Agar rak penyimpanan berkas dapat dijangkau oleh petugas dengan bantuan tangga solusinya, yaitu ;

1. Mengembalikan ruang penyimpanan seperti semula sehingga ruang administrasi medis sekarang harus dipindah keruangan lain jadi ruang penyimpanan RM seperti semula. Dan memfungsikan pintu masuk (2) untuk lalu lintas petugas RM

current ( 8,70 m x 3,30 m) (1,80 m x 3,30)

R. pendaftaran	1 R. Penyimpanan RM	2 R. Administrasi medis
----------------	------------------------	----------------------------

Next ( r. Penyimpanan diperluas)



Lemari uk = 35 cm x 122 cm

Luas ruangan = 1050 cm x 330 cm (10,5 m x 3,30 m)

2. Membagi lemari / rak penyimpanan berkas rekam medis sesuai dengan klasifikasi pasien. Area merah untuk pasien dinas, hijau untuk pasien askes atau jaminan, dan ungu untuk pasien umum.

Current

Next



**Gambar 6.9 Usulan Penataan Rak Rekam Medis**



### Usulan perbaikan map rekam medis.

Bentuk berkas rekam medik yang ada sekarang hanya memiliki satu pewarnaan saja sehingga harus diberi tambahan warna untuk memudahkan klasifikasi pasien dan memudahkan pencarian dengan metode error proofing dan visual manajemen

Current



1. Nomor rekam medis ada dibagian depan map
2. Satu pewarnaan menunjukkan dua digit nomor belakang (02)
3. Tidak ada klasifikasi pasien

Next



Nomor rekam medis pasien disusun vertikal

Tahun saat pasien mendaftar, diberi pewarnaan memudahkan identifikasi masa berlaku rekam medis

Pewarnaan sesuai dengan Klasifikasi pasien (dinas/askes/umum)

Gambar 6.10 Usulan map rekam medis RSMC



Sumber ; [Thedunningletter.blogspot.com/2010/11medical-record-treasure-chest-for.html](http://Thedunningletter.blogspot.com/2010/11medical-record-treasure-chest-for.html)

Gambar 6.11 Penataan berkas rekam medis.

#### 6.4.1.3 Mengoptimalkan Kegiatan manajerial

Dalam budaya Toyota yang telah dibahas pada bab sebelumnya, nilai-nilai inti dari *Toyota way* dapat diadopsi untuk meningkatkan kualitas pelayanan unit rawat jalan, yaitu rasa saling menghargai dan perbaikan terus menerus karena

terkait erat dengan kepemimpinan dan manajerial suatu rumah sakit, lima nilai pendukung agar kegiatan manajerial lebih optimal adalah;

1. Tantangan- menciptakan visi jangka panjang dengan berani dan kreatif
2. *Kaizen*- memperbaiki bisnis (pelayanan rumah sakit) secara terus menerus dan selalu mendorong inovasi dan evolusi
3. *Genchi Genbutsu*- pergi dan melihat; mendatangi sumber untuk menemukan fakta-fakta yang berguna untuk membuat keputusan, membangun konsensus dan mencapai sasaran
4. Menghargai-bertanggungjawab untuk melakukan yang terbaik guna membangun rasa saling percaya.
5. Kerja sama tim-memaksimalkan pertumbuhan personal dan profesional serta kinerja individual maupun tim.

Langkah selanjutnya adalah membuka jalur komunikasi secara formal (atasan-bawahan), aktivitas Sumber daya Manusia agar komunikasi tetap terbuka dan efektif, dan aktivitas informal yang berguna untuk memfasilitasi dan memperbaiki komunikasi

Selain itu lakukan pertemuan/rapat yang merupakan kesempatan untuk membagi informasi vital RS dengan anggota tim dan mempertahankan motivasi dalam bekerja.

**Tabel 6.22 Jenis-jenis Rapat, standar frekuensi serta Durasi**

<b>Tingkatan</b>	<b>Jenis Rapat</b>	<b>Frekuensi/ Durasi</b>	<b>Tujuan</b>
Kepala Bagian dan anggota	Antar anggota	Harian/ 5 menit	Keselamatan pekerja (agar seluruh anggota tim tetap fokus pada keselamatan, mengantisipasi bahaya/masalah yang timbul ditempat kerja)

Antar kepala bagian	Saling menginformasikan	Harian / 5-10 menit	Diskusi
Kasubdep dan kabag	Makan siang bersama	Bulanan/ 1 jam	Identifikasi masalah, rencana solusi, dan penugasan
Danrumkit, Kasubdep, komite medis, komite farmasi dan kabag	Koordinasi	Mingguan/ 1,5 jam	Diskusi terbuka, informasi keadaan departemen, mengatasi masalah dan tindakan perbaikan
Danrumkit, Kasubdep, kabag, seluruh anggota	Jam Komandan	Bulanan/1,5 jam	Diskusi terbuka, informasi keadaan departemen, mengatasi masalah dan tindakan perbaikan, berbagi informasi RS, mengidentifikasi masalah anggota.

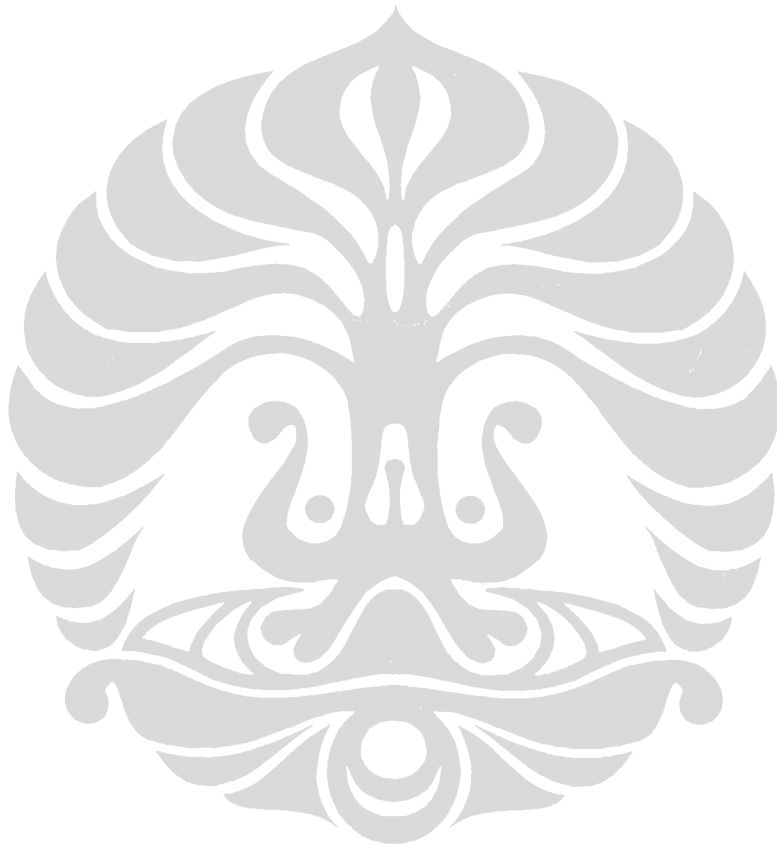
#### 6.4.1.4 Menyederhanakan Alur Proses pelayanan Rawat Jalan.

Dengan adanya komunikasi yang baik antar kepala bagian maka diusulkan untuk mengubah pola alur proses rawat jalan sehingga memberi kemudahan bagi pasien, pada usulan cross functional flowchart ini ditujukan pada pasien askes dan pasien umum, karena menurut peneliti terjadi waste di pergerakan pasien, dan waste bagi penggunaan material atau bahan pemeriksaan, terutama saat melakukan pemeriksaan penunjang.

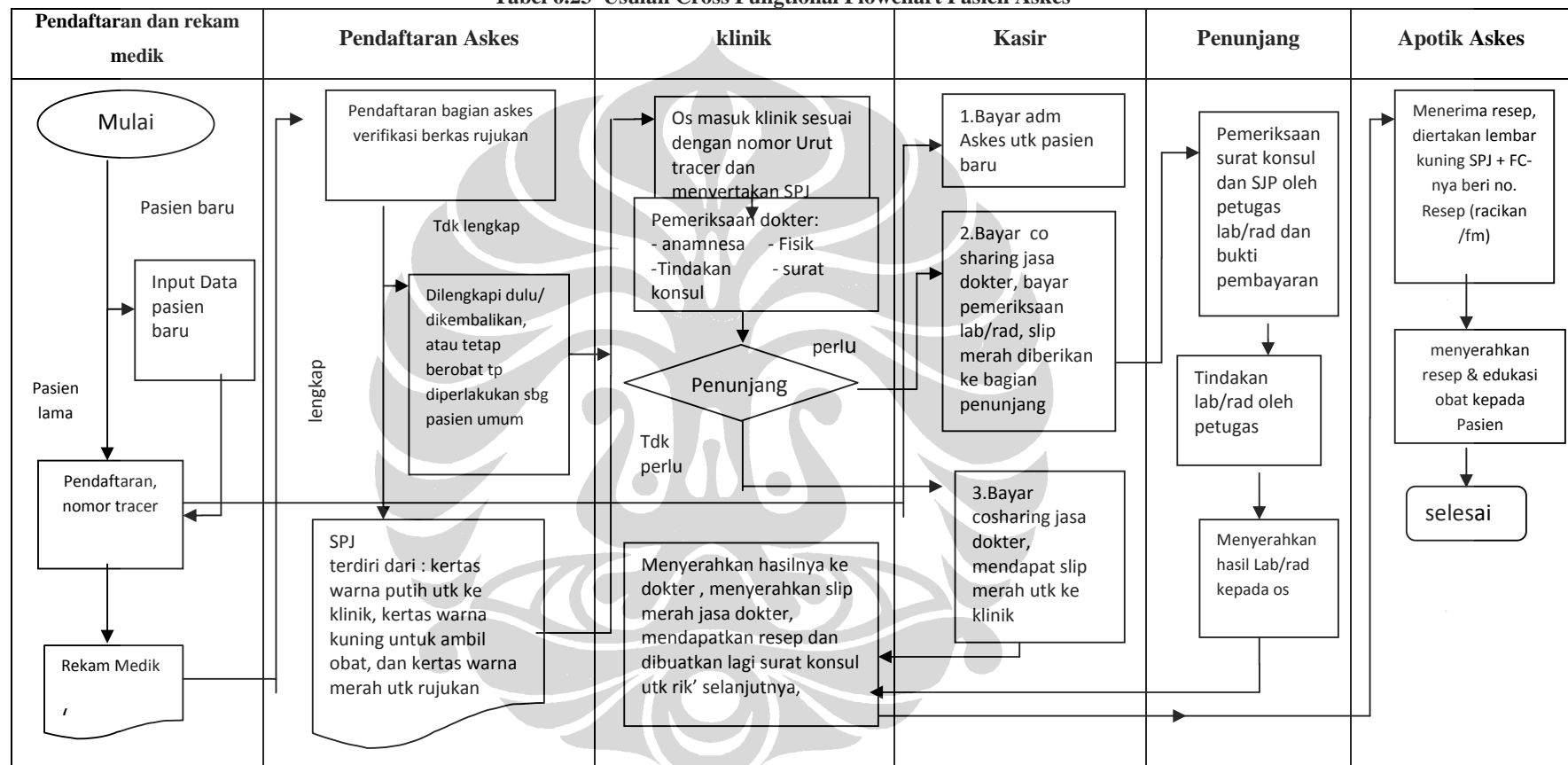
Pada cross functional flowchart sebelumnya pasien yang menjalani pemeriksaan laboratorium atau radiologi menuju ke ruang penunjang, dilakukan tindakan setelah itu melakukan pembayaran dikasir dan kembali ke ruang pemeriksaan penunjang untuk menyerahkan bukti pembayaran. Setelah bukti bayar sudah ada, maka petugas menyerahkan hasil pemeriksaan, tapi bila pasien tidak melakukan pembayaran maka bahan-bahan pemeriksaan sudah digunakan oleh petugas.

Usulan peneliti, setelah pasien diperiksa oleh dokter dan diberikan surat pengantar ke laboratorium/radiologi, pasien melakukan pembayaran dikasir dulu baik jasa dokter maupun pemeriksaan laboratorium. Setelah ada bukti

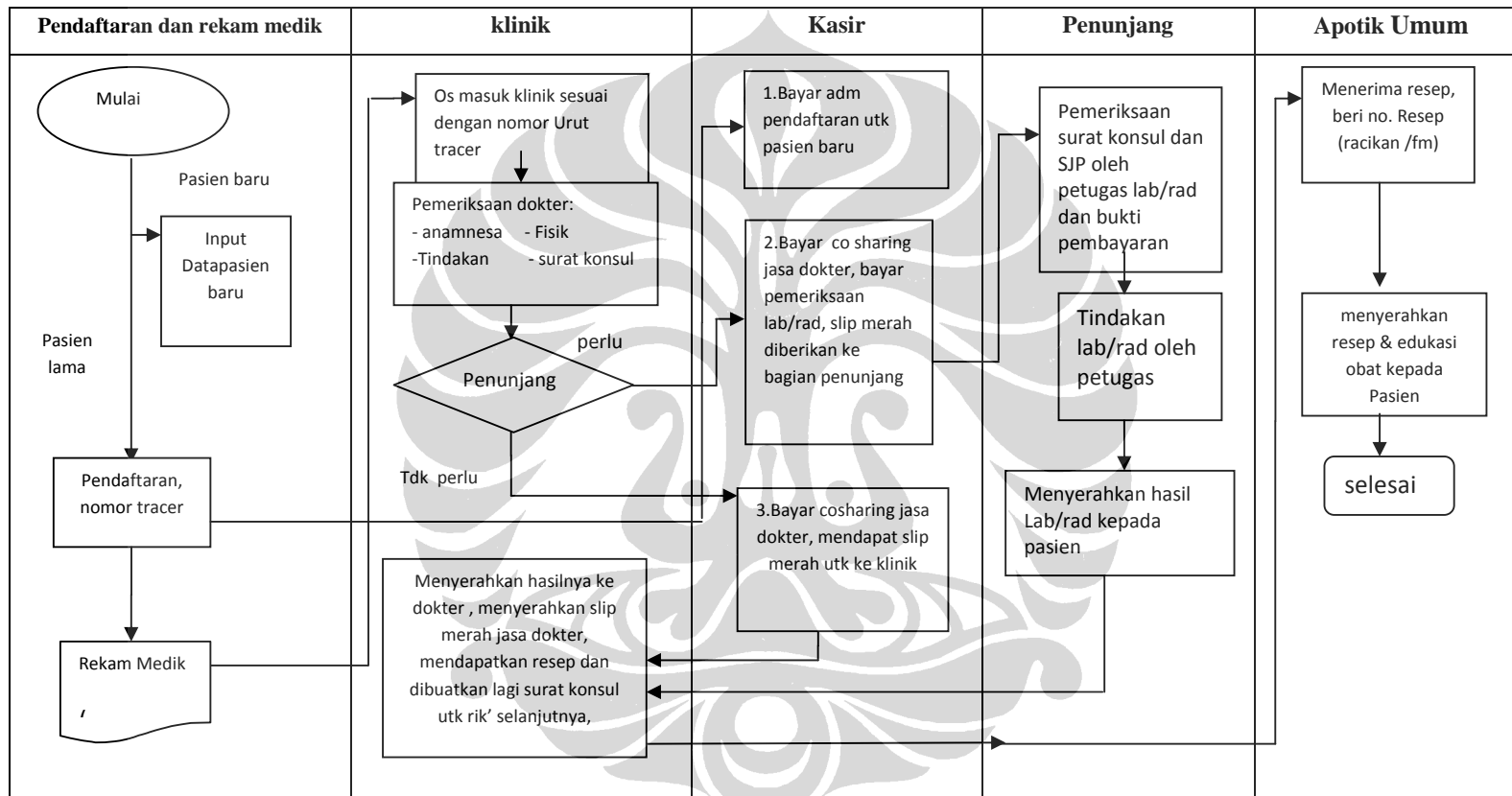
pembayaran maka petugas melakukan tindakan, selanjutnya pasien menunggu hasil pemeriksaan tanpa harus mondar-mandir ke kasir. Pada tabel 7.4 dan tabel 7.5 adalah gambar usulan cross functional flowchart pasien askes. dan pasien umum.

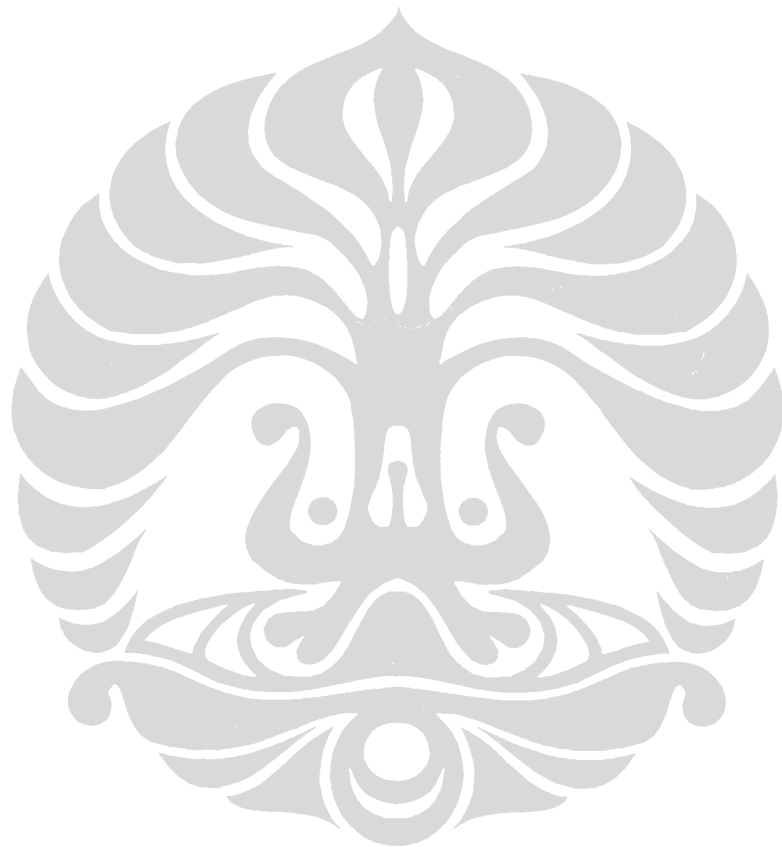


Tabel 6.23 Usulan Cross Fungional Flowchart Pasien Askes



Tabel 6.24 Usulan Cross Funktional Flowchart Pasien Umum







#### **6.4.1.5 Meninjau Kembali Waktu Praktek Dokter**

Rumah sakit sangat membutuhkan kehadiran dokter dalam menjalani kegiatan operasionalnya, sementara dokter yang dimiliki TNI AL di wilayah barat sangat terbatas jumlah serta bidang spesialisasinya, adanya dokter tamu dari instansi TNI AL yang lainnya sangat membantu rumah sakit dalam fungsi pelayanannya sehingga jam kerja dokter disesuaikan dengan kemampuan manajemen waktu personelnnya. Namun demikian rumah sakit juga perlu untuk memfasilitasi pasien untuk mendapatkan pelayanan dan kenyamanan yang dibutuhkan. Usulan peneliti adalah :

1. Mengatur waktu kerja dokter, terutama dokter – dokter spesialis yang memerlukan tindakan dalam kegiatannya antara konsultasi pasien dengan tindakan medis sehingga pasien tidak menunggu terlalu lama selama dokter melakukan tindakan terhadap pasien sebelumnya. Dalam hal ini dibedakan antara waktu dokter melakukan tindakan medis (operasi minor/mayor, post operasi) dengan dokter melakukan konsultasi terhadap pasien.
2. Membedakan ruang konsultasi dengan ruang tindakan, dalam hal ini tindakan post operasi, sehingga dokter yang melakukan konsultasi dengan dokter yang melakukan tindakan tetap dapat melayani pasien.
3. Bersama komite medik meninjau kembali perjanjian kerja sama dokter dan pihak rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

#### **6.4.1.6 Menerapkan budaya kerja 5 S dan mengimplementasikan Error Proofing guna mengoptimalkan dan melaksanakan perilaku kerja aman dan tertib**

Menerapkan budaya 5 S akan membentuk budaya mengutamakan keselamatan, kesehatan kerja sekaligus meningkatkan produktivitas karyawan, oleh sebab itu penggunaan 5 S harus menghilangkan waktu tunggu pasien, dokter, dan perawat yang telalu lama dan menjadikan tempat kerja dan perilaku pegawai menjadi aman dan selamat, memperpendek lead time dan meningkatkan moral

pegawai kaena kepuasan bekerja ditempat yang bersih dan rapi. Desain implementasi juga harus memuat prinsip error proofing untuk memudahkan petugas untuk menerapkannya.

Mengembangkan sistem *error proofing* adalah untuk mengurangi terjadinya kesalahan karena kelalaian, metode ini merupakan dasar peneliti dalam setiap usulan perbaikan yang diharapkan dapat meminimalisasi kesalahan oleh pelaksana.

### 1. *Seiri/sort/ringkas*

Yaitu; memisahkan dan menghapus barang-barang yang tidak diperlukan. Dari hasil observasi masih banyak berkas rekam medis yang tidak dihapuskan walaupun sudah lebih dari 5 tahun, sehingga 1 berkas RM pasien bisa memiliki ketebalan lebih dari 3 cm. Identifikasi barang ataupun kertas –kertas yang tidak diperlukan berbagai tempelan di dinding atau di meja yang tidak diperlukan, perlengkapan pribadi seperti gelas sebaiknya dipindahkan, sehingga ruang kerja terlihat lebih lega dan bersih.

**Penjepit berkas RM yang rusak**



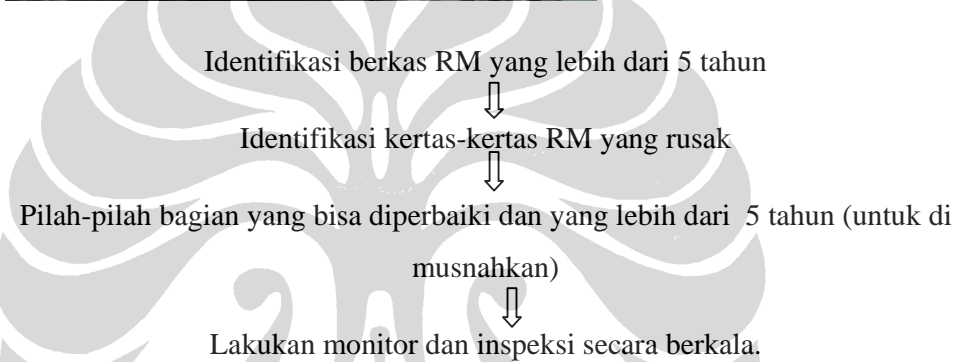
**jarak antar rak penyimpanan**



**Gambar 6.12 Dokumen rekam medik**



Kertas-kertas RM tidak rapi



Catatan kecil tersebut jika memang dibutuhkan sebaiknya di ketik yang rapi dan dilaminating ditempel didekat komputer sehingga jelas terlihat oleh semua



petugas, sedangkan perlengkapan makan/minum sebaiknya diletakkan dimeja tersendiri yang jauh dariperalatan elektronik.

**Gambar 6.13 Kondisi loket pendaftaran**

## 2. *Seiton/ set-to-order/ Rapi*

Mengelompokkan barang-barang serta menandai lokasi penempatannya, peralatan pendukung harus diletakkan dekat dengan lokasi petugas ataupun pasien yang mudah dijangkau oleh petugas.



(tidak disediakan alat tulis)

**Gambar 6.14 Tempat pengisian form pasien baru**

## 3. *Seiso/Shine/ Resik*

Memelihara tempat kerja yang bersih dan terorganisir dengan cara pemaklukan monitoring / inspeksi, mencari waste yang tersembunyi, peralatan, komputer, meja kerja dan area penyimpanan harus dalam keadaan bersih, sediakan tempat sampah, ventilasi yang memadai dan penerangan yang baik, setiap petugas bertanggung jawab terhadap kebersihan tempat kerjanya masing - masing hasilnya kegiatan ini dapat mengurangi biaya penggunaan kertas, lingkungan kerja aman dan meningkatkan moral pegawai.

## 4. *Seiketsu/standardize/Rawat*

Menstandarisasi pelaksanaan ditempat kerja sesuai dengan kesepakatan dan 5 S yang akan menjadi kebiasaan. Standarisasi dibuat dengan dibantu standarisasi kerja untuk fungsi pekerja dan SOP (*Standard Operating Procedure*) untuk

setiap detail aktivitas. SOP harus dibuat mulai dari pasien masuk/daftar di loket pendaftaran sampai dengan pasien menerima obat dari apotik.

Standarisasi harus disahkan dan dilegalisasi oleh pimpinan RS dan dikomunikasikan dalam bentuk visual manajemen dilokasi kegiatan yang dilakukan. Begitu juga laporan harus dibuat, untuk RSMC laporan sudah ada formnya dari Dinas kesehatan TNI AL sehingga sudah rutin dilakukan. Sebagai error profing, laporan harus di visual manajemen-kan dalam bentuk papan pengumuman laporan.

#### *5. Shitsuke/sustain/Rajin*

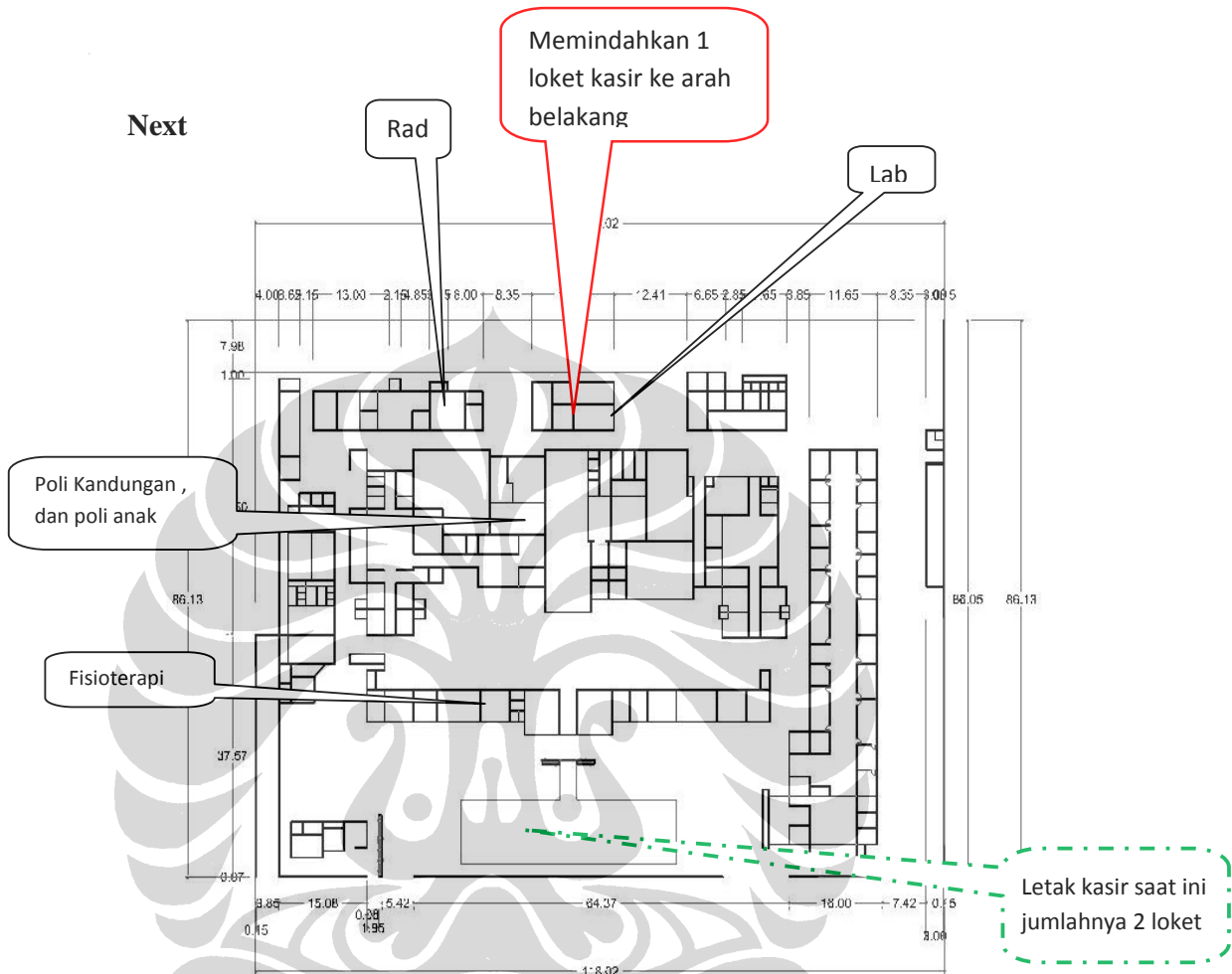
Menegakkan disiplin untuk menjaga segala aturan yang telah dibuat dan membuat program peningkatan atau perbaikan. Lakukan audit 5 S untuk memastikan program 5 S berjalan dengan efektif.

### **6.2 Desain Usulan Perbaikan Jangka menengah**

#### **6.2.1 Letak kasir kurang strategis**

Kasir yang ada saat ini terletak didekat ruang pendaftaran jumlahnya ada 2, dari wawancara dengan pasien umum dan askes (Co sharing) diketahui jika pasien merasa kasir terlalu jauh dan pasien harus mondar mandir karena mengembalikan slip merah tanda bukti pembayaran kepada klinik untuk mendapatkan resep. Untuk pasien yang sudah lanjut usia, pasien dari klinik fisioterapi, anak, Laboratorium, radiologi dan kandungan akan mengurangi kenyamanan pasien .

Usulan perbaikan :Memindahkan 1 loket kasir ke tempat yang posisinya terjangkau oleh poliklinik yang peneliti sebutkan



**Current**

Memindahkan loket kasir akan mengurangi jarak antara klinik dengan kasir pada proses pasien

Contoh ilustrasi : pasien dari poli kandungan membayar ke kasir depan kembali ke poli kandungan. → Pulang/ ke apotik

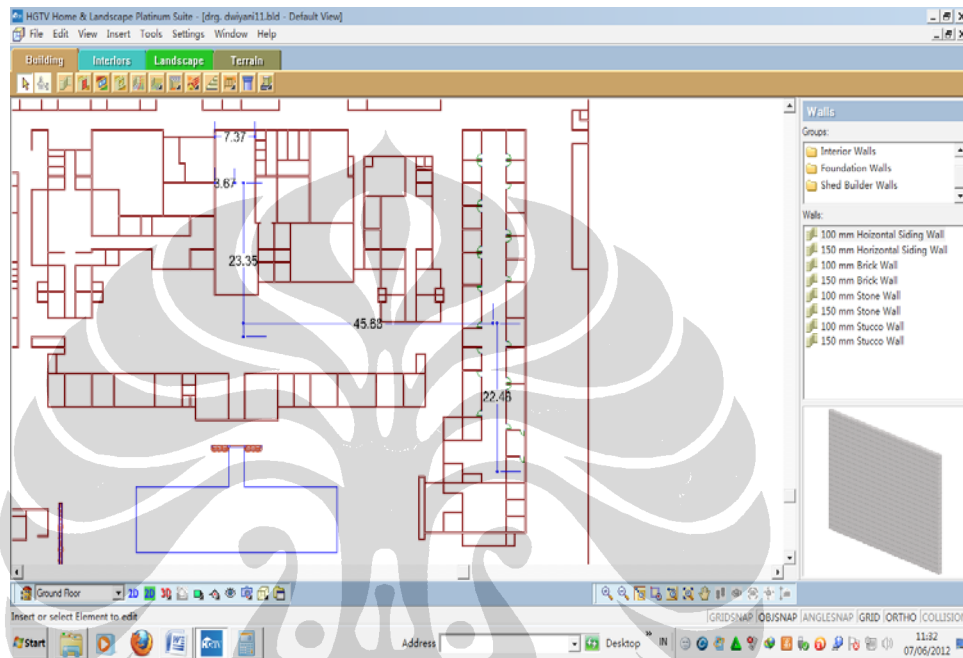
$$\text{Dari } 91,44 \text{ m (ke arah kasir)} + 91,44 \text{ (kembali ke poli kandungan)} = 182,88 \text{ m}$$

Bandingkan setelah kasir di pindahkan ke lokasi yang baru:

Pasien membayar ke kasir (lokasi baru) dan kembali ke klinik → Pulang/ ke apotik.

$$3,67 \text{ m} + 3,67 \text{ m} = 7,34 \text{ m}$$

$$\text{Selisih jarak} = 182,88 \text{ m} - 7,34 \text{ m} = 175,54 \text{ m}$$



**Gambar 6.15 Simulasi pergerakan pasien**

## **6.2.2 Meninjau kembali peraturan dan tata cara proses pelayanan dengan menambah visual manajemen.**

Karena kurangnya informasi tentang alur proses pelayanan pasien unit rawat jalan pasien cenderung melakukan kegiatan yang biasa mereka lakukan atau berdasarkan pengalaman sebelumnya, akibatnya petugas akan berulang kali memberitahu pasien dan menanyakan pertanyaan yang sama, bagi pasien lama hal itu bukanlah masalah namun bagi pasien baru ataupun pasien yang dulu pernah berobat kemudian baru datang kembali akan kesulitan mengetahui alur proses yang ada. Ketiadaan aturan mengenai pasien yang menitip untuk didaftarkan akan menimbulkan pekerjaan tambahan bagi petugas loket pendaftaran, dan waktu tunggu yang lebih lama bagi pasien yang lain.





Gambar ini adalah laci yang digunakan untuk meletakkan no.tracer pasien yang mendaftarkan pasien lain (menitip) dan no. tracernya di titipkan di loket pendaftaran.

#### **Gambar 6.16 Pekerjaan tambahan petugas loket pendaftaran**

Pasien lama yang sudah mengerti pola pelayanan RS akan terus mencari celah untuk kepentingannya tapi dampaknya akan membuat waste petugas RS sehingga petugas bekerja ekstra untuk lebih teliti dalam menangani administrasi asuransi pasien. Jika bekerja ekstra teliti untuk kepentingan patient safety akan jauh lebih baik. Peneliti mengusulkan untuk menambah visual manajemen mulai dari pintu masuk unit rawat jalan hingga pasien selesai mendapatkan obat, dan juga demi kenyamanan pasien dan memudahkan petugas dalam melaksanakan pekerjaannya.

Menambahkan petunjuk arah fasilitas umum seperti Toilet, ruang menyusui, musholla, sebaiknya dilakukan, walaupun dari wawancara dengan pasien, pasien lama sudah banyak yang tahu lokasinya namun pengunjung di RS bukan hanya pasien semata tapi ada pula pengunjung lain, seperti pengantar pasien, penjenguk pasien, dan tamu-tamu RS.



Current



Pasien mengantri di loket pendaftaran, sementara jumlah kursi kurang memadai.



Tidak ada penunjuk arah ke loket pendaftaran

**Gambar 6.17 Visual manajemen dan fasilitas umum yang kurang**



Current

Next

**Kertas pemberitahuan yang seadanya**



**PEMBERITAHUAN:**

Dokter berhalangan hadir hari ini:

Nama :

- 1.
- 2.

Catatan :

Dibuat dalam bentuk papan/white board dan dikemas yang baik

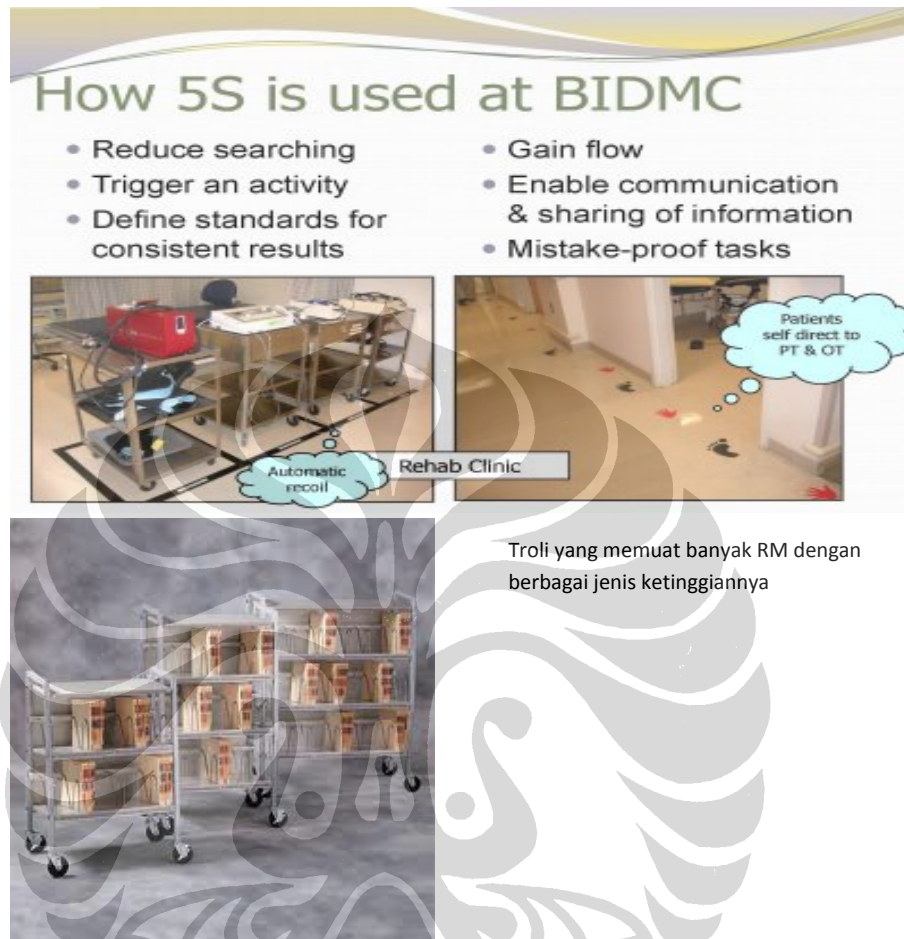
Tidak ada penunjuk jalur antrian



a. Penunjuk arah poliklinik dan penunjang tidak terlihat

b. Alur proses pasien askes kecil diletakkan di pojok

Next



Sumber: [Runningahospital.blogspot.com/2009/06/5s-gets-you-organized-to-be-lean.html](http://Runningahospital.blogspot.com/2009/06/5s-gets-you-organized-to-be-lean.html)

Gambar 6.18 contoh macam visual manajemen

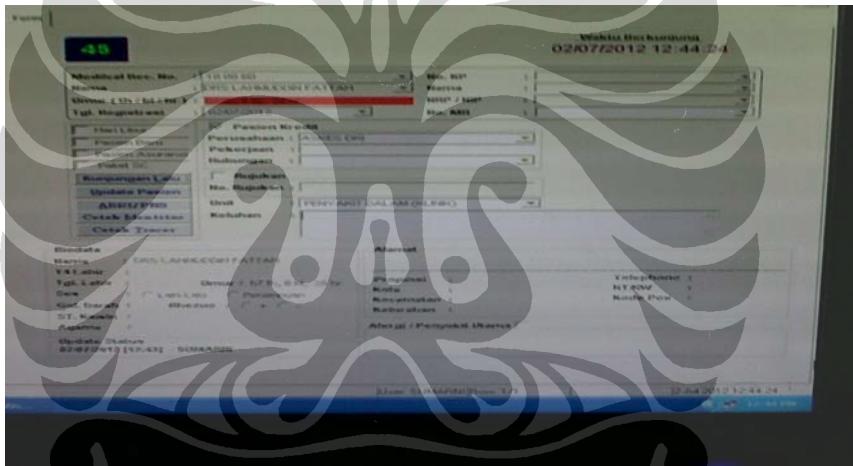
### 6.2.3 Meningkatkan kemampuan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit dengan menggunakan E- Kanban

Penggunaan sistem informasi manajemen seharusnya mempermudah pekerjaan petugas rumah sakit, mengurangi *waste* dan sebagai *error proofing* untuk mengurangi kesalahan yang terjadi, namun bila penggunaannya tidak optimal atau hanya bagian tertentu saja maka penggunaa SIM tidak efektif. Di sistem komputer pendaftaran pasien saat ini menimbulkan permasalahan yang melibatkan tenaga manusia untuk menyelesaikannya, padahal dengan

memanfaatkan sistem lebih optimal ada beberapa pekerjaan yang tidak perlu dilakukan pegawai karena dilakukan oleh sistem, dan bukan based on feeling atau menghafal, melainkan berdasarkan data yang ada. Oleh karena itu dibutuhkan *e-kanban* yang dapat mengefisienkan inventori dan beban kerja.

*Kanban* adalah tanda yang menunjukkan kapan/sudahkah barang (rekam medis) dikembalikan dan berapa jumlah yang sudah atau belum kembali dari unit rawat inap.

Saat ini di layar komputer yang ada kolom yang menunjukkan waktu pasien dirawat, lama perawatannya dan waktu selesai perawatannya. tapi tidak bisa memberikan petunjuk apakah berkas Rekam medis sudah dikembalikan ke bagian Rekam Medik.



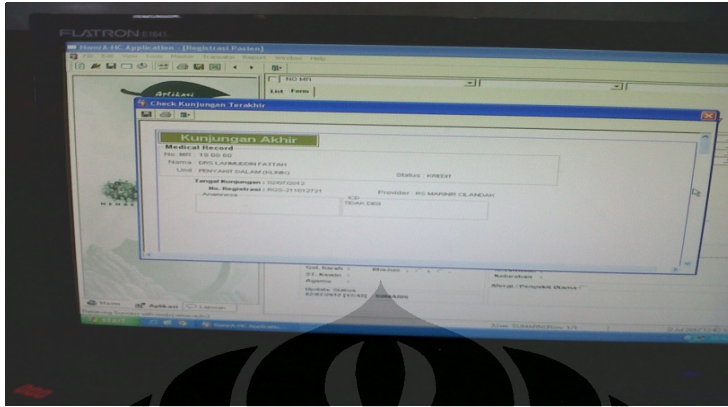
Di layar komputer tidak dapat memperlihatkan keberadaan rekam medis.

**Gambar 7.19** Layar komputer di loket pendaftaran

Setelah pasien dirawat inap satu (1) minggu kemudian pasien diminta untuk kontrol kembali, menurut aturan rumah sakit resume oleh dokter diselesaikan paling lama 1 minggu (terkadang dokter menulis resume membutuhkan waktu lebih dari 1 minggu) sehingga saat pasien kontrol berkas RM-nya sudah ada di ruang RM. Namun bila sebelum satu minggu pasien berobat kembali dengan tujuan klinik yang sama/ lainnya maka hanya petugas loket pendaftaran yang



teliti yang dapat memperkirakan rekam medik pasien sudah dikembalikan atau belum.



Hanya dapat memperlihatkan kunjungan terakhir dan selesai perawatan

**Gambar 6.20** layar komputer pada kunjungan terakhir

Hal-hal seperti ini yang sering terjadi karena unit rawat inap belum memiliki sistem informasi yang terhubung/online dengan bagian pendaftaran dan Rekam medik. Perawat dari unit rawat inap mengembalikan berkas rawat inap hanya melaporkan saja ke petugas rekam medis mencatat secara manual, namun belum ada sistem yang memberikan tanda bahwa rekam medis sudah dirak penyimpanan. Jadi waste yang terjadi karena petugas mencari rekam medik yang sebenarnya belum dikembalikan, atau karena berkas rekam medis belum ketemu maka dibuatkan status baru, yang belum tentu digabungkan lagi dengan status pasien yang lama.

Usulan peneliti adalah :

Mulai dipikirkan penambahan program “e- kanban” untuk mengatasi keterlambatan rekam medik sampai di klinik ataupun rekam yang belum dikembalikan dari ruang rawat inap. Dan untuk rencana mendatang digunakannya EMR, Selain mengatasi keterlambatan itu, juga dapat mengatasi keterbatasan tempat penyimpanan rekam medis yang selama ini menjadi sumber *waste* di RSMC.

EMR adalah rekam medis seumur hidup dalam format elektronik dan bisa diakses dari komputer suatu jaringan dengan tujuan menyediakan atau meningkatkan perawatan serta pelayanan pasien yang efisien dan terpadu (*Prihartono, 2008 dalam Ars Agustiningsih*) dengan adanya EMR petugas rekam medik tidak perlu lagi mengantarkan RM ke klinik-klinik rawat jalan , karena data pasien sudah ada di komputer poliklinik masing-masing.

#### **6.4.1 Desain Usulan Jangka Panjang**

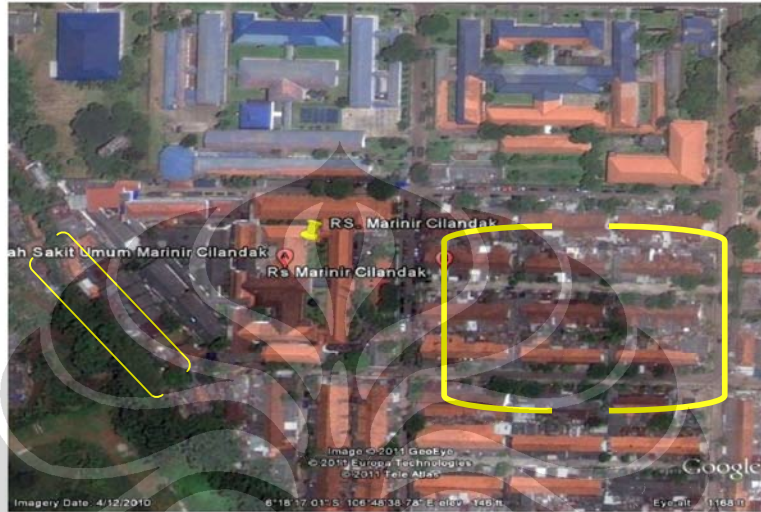
##### **6.4.1.1 Re-konstruksi bangunan RS dan faktor-faktor pendukungnya.**

Berdasarkan wawancara mendalam dengan komandan Rumah Sakit Marinir Cilandak didapat informasi akan ada rencana jangka panjang untuk membangun ruang rawat jalan dan administrasi 2 lantai dan diharapkan dapat memperbaiki pelayanan, memudahkan pasien dan petugas dalam melaksanakan kegiatannya, re-desain tata letak ruangan-ruangan sehingga lebih representatif dan tertata lebih baik. Peneliti membuat usulan agar dalam membangun memerlukan perencanaan yang matang, berdasarkan perhitungan kebutuhan dan memasukan aspek manajemen yang ideal dan estetika yang mendukung pelayanan.

Komandan juga menambahkan untuk membangun rumah sakit yang sesuai dengan *masterplan* dan tidak tambal sulam, memperbaharui peralatan medis yang modern, dan SDM yang kompeten. RSMC dalam pengelolaannya lebih rumit dibandingkan dengan rumah sakit swasta karena banyak faktor-faktor yang berkepentingan dan banyaknya dukungan yang harus dipenuhi rumah sakit diluar kepentingan rumah sakit.

Sosialisasi terhadap anggota mengenai rencana perluasan rumah sakit harus dimulai dari sekarang, karena konsep perumahan anggota militer dekat dengan Brigade infantri II Marinir adalah untuk kemudahan konsolidasi dan konsinyering (siaga 1) bagi anggota pasukan.

Keterbatasan lahan dan fasilitas parkir juga menghambat alur proses pelayanan pasien sehingga niat untuk membangun RS TNI AL yang nantinya juga bermanfaat untuk anggota, harus mendapatkan ijin terlebih dahulu dari pimpinan AL tertinggi karena menyangkut fasilitas dinas TNI AL yang lain



Rencana pengembangan RSMC

**Gambar 7.21** Lokasi RS

#### **6.4.1.2 Menyesuaikan struktur Organisasi Rumah Sakit dengan perkembangan zaman**

Persaingan rumah sakit semakin tajam demikian juga permasalahan yang dihadapi oleh RSMC juga semakin kompleks, hal ini disebabkan kurangnya Sumber Daya Manusia yang kompeten dibidangnya. Dari daftar susunan personel RSMC tidak jelaskan kecuali dokter/dokter gigi/apoteker yang dapat menduduki jabatan tertentu, jadi rumah sakit kesulitan dalam mengatur operasionalnya karena kurangnya personel yang kompeten. Selain itu faktor pendidikan berkelanjutan bagi personel militer, disaat tertentu ataupun mendadak di perintahkan untuk menempuh pendidikan berkelanjutan perwira yang wajib diikuti oleh personel militer tak terkecuali dokter spesialis. Saat penelitian dilakukan ada 6 orang dokter spesialis 1 dokter gigi spesialis yang



harus mengikuti pendidikan, 1 orang dokter spesialis tugas ke Lebanon, dan 5 orang mutasi namun yang masuk ke RSMC hanya 2 orang dokter spesialis. Sehingga mengganggu unsur pelayanan rumah sakit.

Mulai saat ini harus direncanakan oleh pihak Kepala Dinas Kesehatan TNI AL sebagai *Corps Chief* dari unsur kesehatan agar jabatan yang ada di suatu rumah sakit harus sesuai dengan latar belakang pendidikannya sehingga organisasi berjalan dengan efektif dan efisien, karena untuk menjalankan suatu rumah sakit tidak hanya diperlukan tenaga kesehatan medis namun juga paramedis, tenaga kesehatan lain dan tenaga non medis yang bekerja dalam suatu sistem.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa,

1. Hasil *value assesment* pasien mulai dari proses pendaftaran hingga mendapatkan obat di apotik masih menunjukkan *wasting time* yang terlalu lama, hal ini karena banyaknya hambatan – hambatan yang terjadi sepanjang alur proses pelayanan unit rawat jalan.
2. Dari analisa Value Stream Map unit rawat jalan Rumah Sakit Marinir Cilandak ditemukan banyaknya masalah dan waste dalam interaksi antar departemen karena kurang fokus pada aliran pasien.
3. Hasil identifikasi kegiatan dan aktivitas selama proses kerja unit rawat jalan yang ada banyak ditemukan Pemborosan (waste), sehingga rasio aktivitas yang bernilai tambah ( *value Added activities*) kurang dari 30% , sebagai bentuk masalah adalah;
  - *Man* : petugas tidak kompeten, kegiatan manajerial kurang optimal, dan budaya kerja yang aman dan tertib belum optimal
  - *Method* : belum ada standar kerja, struktur organisasi belum bisa mengantisipasi perkembangan jaman.
  - *Machine* : troli pengangkut berkas rekam medis belum bisa mengakomodasi kegiatan pelayanan unit rawat jalan, rak penyimpanan tidak memadai dan kurang aman, sistem komputer yang kurang optimal
  - *Enviromental* : tata letak loket kasir yang kurang strategis, pasien yang tidak disiplin, serta pasien yang mencari celah yang menguntungkan dirinya.
4. Usulan perbaikan dengan menganalisis akar penyebab masalah, membuat langkah-langkah perbaikan dengan memperkirakan kemampuan rumah sakit dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Perbaikan yang diusulkan terbagi menjadi 3 tahap yaitu; jangka pendek, menengah dan panjang. Kriteria Perbaikan jangka pendek

diimplementasikan bila dalam pelaksanaannya diperkirakan tidak membutuhkan biaya. Kriteria Perbaikan jangka menengah dipilih bila dalam pelaksanaannya membutuhkan biaya dan sarana tambahan, sedangkan perbaikan jangka panjang bila dalam pelaksanaannya diperkirakan membutuhkan biaya, sarana, dan perubahan kebijakan dari pimpinan institusi. Sehingga diperlukannya penerapan *lean hospital* untuk menghilangkan dan meminimalkan pemborosan sebagai bentuk perbaikan dan peningkatan pelayanan di unit rawat jalan.

## 7.2 Saran

Sebagai saran dalam perbaikan RSMC peneliti telah menjelaskan di bab sebelumnya namun sedikit masukan berupa :

1. Usulan-usulan tersebut merupakan solusi ideal namun dalam pelaksanaannya harus disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit, adanya inovasi dan usaha yang memperlihatkan kemauan rumah sakit dalam memperbaiki pelayanannya akan menambah kepercayaan pasien terutama pasien dinas, karena walaupun mereka menggunakan fasilitas dinas dalam mendapatkan pelayanan kesehatannya, mereka juga dapat menjadi sarana pemasaran yang positif bagi kepentingan rumah sakit.
2. Informasi yang tepat, tahapan proses yang sederhana dan alur proses pelayanan yang jelas akan memberikan kemudahan bagi pasien terutama pasien baru, pasien tidak harus bertanya untuk mengetahui proses selanjutnya, ataupun menanyakan lokasi dan tempat-tempat yang dituju akibat kurangnya penunjuk arah, sehingga rumah sakit ini menjadi tujuannya bila mereka memerlukan pengobatan.
3. Peraturan-peraturan yang konsisten, jelas tujuannya dan tegas diterapkan akan memberikan manfaat bagi pasien lama, pasien askes maupun pasien dinas sehingga mereka merasakan adanya peningkatan pelayanan menjadi lebih baik, dan merasakan perbedaan yang nyata antara pelayanan dahulu dengan saat ini.

4. Dari analisa di bagian poliklinik dan laboratorium, ditemukan adanya *waste*, pasien menunggu tindakan yang dilakukan dokter pada pasien sebelumnya, pasien menunggu lebih lama karena dokter bukan sekedar melakukan pemeriksaan dan konsultasi. Hal ini merugikan bagi pasien. sementara di bagian laboratorium kemungkinan pasien tidak mengambil hasil pemeriksaan laboratorium sedangkan material kesehatan telah digunakan dalam pemeriksaan, dalam hal ini rumah sakit yang dirugikan, sehingga diperlukan upaya-upaya untuk memperbaiki standar pelayanan dengan pemecahan masalah yang mengarah pada pengaturan kembali jadwal praktek dokter dan pencegahan masalah dengan memperbaiki sistem dengan mengidentifikasi kembali alur proses pelayanan rawat jalan yang sudah ada sekarang karena jika hal ini tidak segera dilakukan akan merugikan bagi pasien karena waktu tunggu menjadi lebih lama dan merugikan rumah sakit dari aspek penggunaan bahan-bahan kesehatan.
5. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien, pegawai rumah sakit dan pengunjung diharapkan toilet yang ada diperbaiki dan ditambah untuk penderita *disable*. Fasilitas untuk ibu menyusui di beri penunjuk arah yang jelas, sarana hiburan /televise di ruang tunggu pasien rawat jalan diperbaiki sehingga pasien dapat menonton televisi dengan jelas dan nyaman.
6. Untuk usulan jangka panjang, saat diimplementasikan sebaiknya direncanakan dengan detail mengenai kebutuhan ruang klinik, ruang tindakan dan ruang rekam medik, dan fasilitas umum yang mendukung operasional rumah sakit, sehingga dalam pemeliharaan dan penggunaannya dapat dimanfaatkan sebesar-besarnya bagi kepentingan pelayanan kesehatan anggota dan keluarganya.
7. Dan yang terpenting dalam metode *Lean* adalah *Kaizen*, yaitu upaya dan siklus perbaikan secara terus menerus hingga mencapai kesempurnaan, mengikuti perkembangan yang terjadi dan menjalani proses pembelajaran sehingga menambah wawasan untuk meningkatkan kemampuan dan motivasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustiningsih, Ars. 2011. Thesis : desain Perbaikan proses Pelayanan Unit Rawat Jalan Dengan Konsep Lean Hospital Di Rumah Sakit Karya Bhakti Depok : Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Buku Panduan PT ASKES, Jakarta 2010
- Christopher S. Kim, MD, MBA, David A. Spahlinger, MD, Jeanne M. Kin, JD, MHA, John E. Billi, MD, *Lean Health Care: What Can Hospitals Learn from a World-Class Automaker?.*Journal of Hospital Medicine 2006;1:191–199. © 2006 Society of Hospital Medicine.
- Christopher S. Kim, MD, MBA, David A. Spahlinger, MD, and John E. Billi, MD *Creating Value in Health Care: The Case for Lean Thinking*, JCOM December 2009 Vol. 16, No. 12
- David I Ben-Tovim, Jane E Bassham, Denise Bolch, Margaret A Martin Melissa Dougherty and Michael Szwarcbord, *Lean thinking across a hospital: redesigning care at the Flinders Medical Centre*, Australian Health Review February 2007 Vol 31 No 1
- G D Kunders, *Hospitals Facilities Planning and Management*, Tata McGraw-Hill Publishing Company Limited, 2004
- Gaspersz, Vincent dan Fontana, Avanti. 2011. *Lean Six Sigma for Manufacturing and service Industries waste Elimination and continois cost reduction*, Penerbit Vinchristo Publication.
- Gaspersz, Vincent. 2007. *Six Sigma for Manufacturing and service Industries*, Penerbit Gramedia pustaka Utama.
- Grabau, Mark. *Lean hospitals: Improving Quality, patient safety, and employee satisfaction*. Productivity Press, New York 2009

<http://www.google.co.id/url/sa=t&esrc=j&source=web&cd>, Rabu, 21 April 2012

[http://www.docstoc.com/docs/693478/rekam medik](http://www.docstoc.com/docs/693478/rekam%20medik), senin 21 mei 2012

[http://img .docstoc.com/thumbforing/693478](http://img.docstoc.com/thumbforing/693478), selasa 22 mei 2012

Jaap Van den Heuvel, Ronald J.M.M. Does\* and Henk de Koning, *Lean Six Sigma in a hospital* Int. J. Six Sigma and Competitive Advantage, Vol. 2, No. 4, 2006

Katherine M McGrath, Denise M Bennett, David I Ben-Tovim, Steven C Boyages, Nigel J Lyons and Tony J O'Connell, *Implementing and sustaining transformational change in health care: lessons learnt about clinical process redesign*, **MJA** • Volume 188 Number 6 • 17 March 2008

Kusuma Pertiwi, Nindya. 2012. Skripsi : *Lean Hospital sebagai usulan perbaikan sistem Rack Addressing dan order Picking Gudang Logistik Perbekalan kesehatan RS Islam Jakarta Cempaka Putih*. FKM UI.

Liker, Jeffrey K. 2008. Michael Hoseus, *Toyota Culture The Heart and Soul of Toyota Way*, McGraw-Hill, Inc, Erlangga.

Organisasi Dan Prosedur Rumah Sakit TNI – AL Cilandak (Rumkital Cilandak), Surat keputusan Komandan Korps Marinir Nomor: SKEP / 22/III/1998; Tanggal 13 maret 1998

Pyzdek, Thomas. 2003. *The six Sigma Handbook Revised and Expanded*, McGraw-Hill Companies.

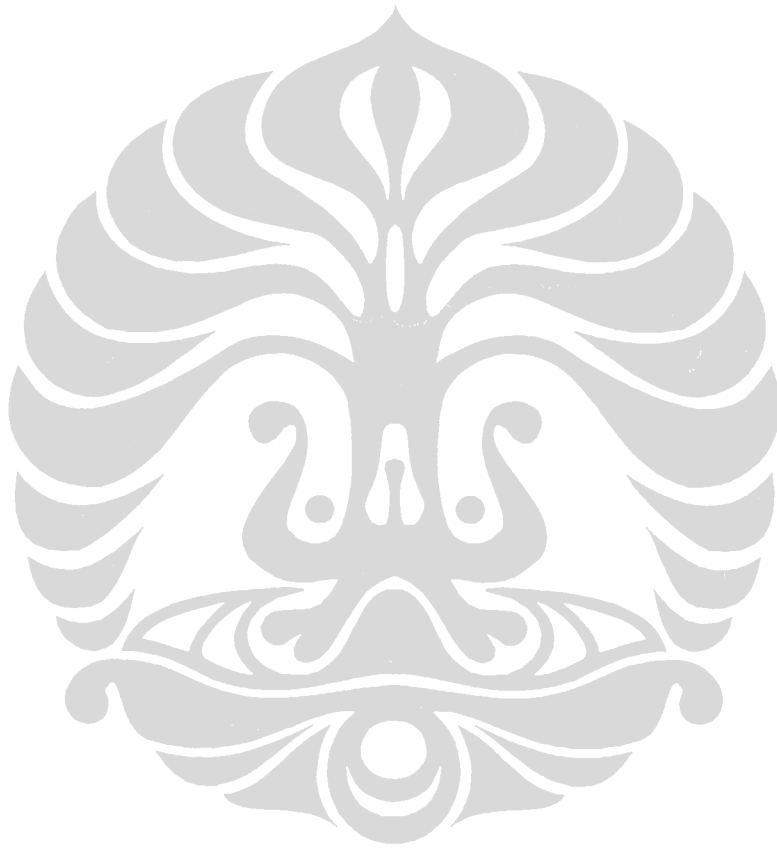
Petunjuk Teknis Kepala Rumah Sakit Marinir Cilandak No.Juknis/ VII/1999, Agustus 1999

[Runningahospital.blogspot.com/2009/06/5s-gets-you-organized-to-be-lean.html](http://Runningahospital.blogspot.com/2009/06/5s-gets-you-organized-to-be-lean.html), Jumat 13 Juli 2012

Womack, James. P and Jones, Daniel. T. 2000. *Lean Thinking A book review*.

[www.arcusglobal.com/blog/wp-content](http://www.arcusglobal.com/blog/wp-content), senin 21 mei 2012

Dokumentasi Pribadi



*Keywords : Lean concept, military hospital, Outpatient unit, waste, improvement.*

## DAFTAR LAMPIRAN

### Pedoman Wawancara

- Lampiran 1 Pedoman Wawancara karumkit/waka
- Lampiran 2 Pedoman Wawancara Manajemen/ pejabat RS
- Lampiran 3 Pedoman Wawancara Dokter/perawat/staff  
(pelanggan Internal)
- Lampiran 4 Pedoman Wawancara Pasien Dinas  
(Pelanggan Eksternal)
- Lampiran 5 Pasien Umum/Askes (Pelanggan Eksternal)

### Pedoman Observasi

- Lampiran 6 Pemetaan alur proses sistem pelayanan  
Value Assessment aliran pasien dan aliran dokumen
- Lampiran 7 Analisa menggunakan Metode Lean
- Lampiran 8 Visual Manajemen
- Lampiran 9 Seven waste
- Lampiran 10 5 S
- Lampiran 11 Value added Assessment



## **Pedoman Wawancara**

Pewawancara adalah : Dwiyani Wasetya NPM 1006746022

Mahasiswa Program Pasca Sarjana program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Tujuan wawancara : menggali informasi yang berhubungan dengan proses pelayanan di Instalasi Rawat Jalan RS Mariner Cilandak, untuk menyelesaikan tugas akhir yang merupakan salah satu syarat kelulusan pendidikan program pasca Sarjana program Studi Administrasi Rumah Sakit. UI.

Terima kasih penulis sampaikan atas kesediaan bapak/ibu informan untuk memberikan informasi yang penulis butuhkan. Wawancara ini akan dicatat dan direkam menggunakan tape recorder untuk membantu ingatan pewawancara.

Hasil wawancara dan rekaman akan terjaga kerahasiaannya, dan akan menjadi masukan yang berguna untuk manajemen RSMC.

## LAMPIRAN 1

### **Pedoman Wawancara**

Hari, Tanggal :

Waktu :

Tempat :

*Karakteristik informan*

Nama :

Jabatan : Kepala Rumah Sakit/ Wakil Kepala rumah Sakit

Kode :

---

#### A. Umum

1. Ucapan terima kasih
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara ini

#### B. Khusus

##### SDM dan metode pelayanan

1. Bagaimana kondisi pelayanan di departemen rawat jalan
2. Bagaimana kebijakan direksi/pimpinan untuk meningkatkan mutu pelayanan Rawat jalan? Apakah ada acuan khusus yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan?
3. Adakah komplain / keluhan ke direksi/pimpinan terhadap proses pelayanan (dokter, dokter tamu, staf, perawat, dll)
4. Jika ada apakah tindakan yang diambil dalam mengatasi keluhan tersebut dipandang dari aspek sosial dan politis?

5. Adakah pembagian tugas dan tanggung jawab kerja secara spesifik?
6. Bagaimana kinerja/motivasi dari SDM sdh memberikan pelayanan yang baik bagi pasien?
7. Apakah selama ini pejabat yg bertanggung jawab dalam proses pelayanan rawat jalan sudah melaksanakan kegiatan manajerialnya (Planning, evaluating dan controlling) sebagaimana mestinya.
8. Sejauh ini hambatan apa yang dihadapi saat melaksanakan implementasi dari ide perbaikan pelayanan rawat jalan/ (komitmen manajemen/SOP/kebijakan pimpinan)

#### Fasilitas, lingkungan dan bangunan fisik

9. Adakah rencana untuk renovasi /penambahan /penempatan ruangan di RS?
10. Apakah fasilitas kesehatan di RS mampu mengakomodasi kebutuhan pelayanan bagi pasien.
11. Apakah fasilitas penunjang (sistem informasi/keamanan/kenyamanan/parkir) memudahkan pasien/pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya/perawatannya.
12. Apakah letak ruang rawat jalan terhadap pelayanan? Strategiskah?
13. Apakah fasilitas dan fisik bangunan sudah dapat mengakomodasi proses perawatan pasien dan pekerjaan pegawai?
14. Saran dan harapan yang diperlukan untuk meningkatkan pelayanan RJ?

## LAMPIRAN 2

### **Pedoman Wawancara**

Hari, Tanggal :

Waktu :

Tempat :

*Karakteristik informan*

Nama :

Jabatan : Manajemen dan Kasubdep RaJal

Kode :

---

#### A. Umum

1. Ucapan terima kasih
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara ini

#### B. Khusus

##### SDM dan metode pelayanan

1. Bagaimana kondisi pelayanan di departemen rawat jalan
2. Bagaimana kebijakan direksi/pimpinan untuk meningkatkan mutu pelayanan Rawat jalan? Apakah ada acuan khusus yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan?
3. Adakah komplain / keluhan dari direksi/pimpinan terhadap proses pelayanan (dokter, dokter tamu, staf, perawat, dll)
4. Jika ada apakah tindakan yang diambil dalam mengatasi keluhan tersebut dipandang dari aspek sosial dan politis?
5. Adakah pembagian tugas dan tanggung jawab kerja secara spesifik?
6. Bagaimana kinerja/motivasi dari SDM sdh memberikan pelayanan yang baik bagi pasien?

7. Apa saja kesulitan yang terkait dengan “orang” yang slama ini menjadi permasalahan:
  - pasien( Tingkat sosial/ jenis asuransi/jamkesmas)
  - Dokter (keterlambatan, komitmen pelayanan, kompetensi)
  - SDM lain (seperti; perawat, staf lainnya).
8. Hambatan-hambatan yang dihadapi dalam melaksanakan tugas di RS.

Fasilitas, lingkungan dan bangunan fisik

9. Apakah fasilitas dan fisik bangunan sudah dapat mengakomodasi proses perawatan pasien dan pegawai?
10. Adakah rencana untuk renovasi /penambahan /penempatan ruangan di RS?
11. Apakah fasilitas penunjang (sistem informasi/keamanan/kenyamanan/parkir) memudahkan pasien/pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya/perawatannya.
12. Saran dan harapan yang diperlukan untuk meningkatkan pelayanan RJ?

## LAMPIRAN 3

### **Pedoman Wawancara**

Hari, Tanggal :

Waktu :

Tempat :

*Karakteristik informan*

Nama :

Jabatan : Pelanggan Internal

Kode :

---

#### A. Umum

1. Ucapan terima kasih
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara ini

#### B. Khusus

##### SDM dan metode pelayanan

1. Bagaimana kondisi pelayanan di departemen rawat jalan
2. Bagaimana kebijakan direksi/pimpinan untuk meningkatkan mutu pelayanan Rawat jalan? Apakah ada acuan khusus yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan?
3. Adakah komplain / keluhan dari direksi/pimpinan terhadap proses pelayanan (dokter, dokter tamu, staf, perawat, dll)
4. Jika ada apakah tindakan yang diambil dalam mengatasi keluhan tersebut dipandang dari aspek sosial dan politis?
5. Adakah pembagian tugas dan tanggung jawab kerja secara spesifik?
6. Bagaimana kinerja/motivasi dari SDM sdh memberikan pelayanan yang baik bagi pasien?

7. Apa saja kesulitan yang terkait dengan “orang” yang selama ini menjadi permasalahan:
  - pasien( Tingkat sosial/ jenis asuransi/jamkesmas)
  - Dokter (keterlambatan, komitmen pelayanan, kompetensi)
  - SDM lain (seperti; perawat, staf lainnya).
8. Hambatan-hambatan yang dihadapi dalam melaksanakan tugas di RS.

Fasilitas, lingkungan dan bangunan fisik

9. Apakah fasilitas dan fisik bangunan sudah dapat mengakomodasi proses perawatan pasien dan pegawai?
10. Adakah rencana untuk renovasi /penambahan /penempatan ruangan di RS?
11. Apakah fasilitas penunjang (sistem informasi/keamanan/kenyamanan/parkir) memudahkan pasien/pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya/perawatannya.
12. Saran dan harapan yang diperlukan untuk meningkatkan pelayanan RJ?

## LAMPIRAN 4

### **Pedoman Wawancara**

Hari, Tanggal :

Waktu :

Tempat :

*Karakteristik informan*

Nama :

Jabatan : Dokter/perawat/lab/Rad

Kode :

---

#### A. Umum

1. Ucapan terima kasih
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara ini

#### B. Khusus

##### SDM dan metode pelayanan

1. Bagaimana kondisi pelayanan di departemen rawat jalan
2. Bagaimana kebijakan direksi/pimpinan untuk meningkatkan mutu pelayanan Rawat jalan? Apakah ada acuan khusus yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan?
3. Apa ada kesulitan atau permasalahan dalam pekerjaan yang selama ini yang dirasakan dalam proses pelayanan rawat jalan terkait dengan keberagaman tingkat sosial / tuntutan pasien? Jenis asuransi? Keluhan pasien?
4. Permasalahan yang dihadapi terkait dengan fasilitas kerja?(kekurangannya, ketepatan, kemuktakhirannya)
5. Bagaimanakah kemampuan dan ketrampilan rekan kerja? Perawat?



6. Bagaimana komitmen dengan manajemen dalam pemenuhan kebutuhan akan fasilitas pendukung? Sistem insentif? Kerja sama manajemen – dokter dan manajemen – perawat?
7. Apakah adanya SOP, Juklak, juknis membantu dalam melaksanakan pekerjaan sehari-hari?

#### Fasilitas dan bangunan Fisik

8. Bagaimana letak dan bangunan fisik RS apakah cukup strategis? Membantu dalam proses perawatan bagi pasien? Memudahkan dokter/perawat/pegawai dalam melakukan pekerjaannya?
9. Adakah saran, ide dan harapan untuk perbaikan proses pelayanan rawat jalan?

## LAMPIRAN 5

### **Pedoman Wawancara**

Hari, Tanggal :

Waktu :

Tempat :

*Karakteristik informan*

Nama :

Jabatan : Pasien

Kode :

Jenis pembayaran : MIL/ASKES...../Umum

---

#### A. Umum

1. Ucapan terima kasih
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara ini

#### B. Khusus

##### SDM dan metode pelayanan

1. Bagaimana kondisi pelayanan di RS
2. Adakah keluhan bapak/ibu/ terhadap keadaan unit rawat jalan?(segi kenyamanan, pengaturan ruangan)
3. Adakah keluhan terhadap ketepatan dan kecepatan pelayanan dibagian rawat jalan?( termasuk waktu tunggu)
4. Apakah RS mampu memberikan kejelasan informasi mengenai persyaratan? Urutan proses pelayanan, petunjuk arah?
5. Adakah keluhan terhadap keramahan pegawai (dokter, perawat, staf administrasi) dalam pelayanan di bagian rawat jalan?

6. Apakah bapak/ibu mempunyai keluhan terhadap kompetensi dan kemampuan dokter dalam pelayanan di bagian rawat jalan?

Jika ada sebutkan.....

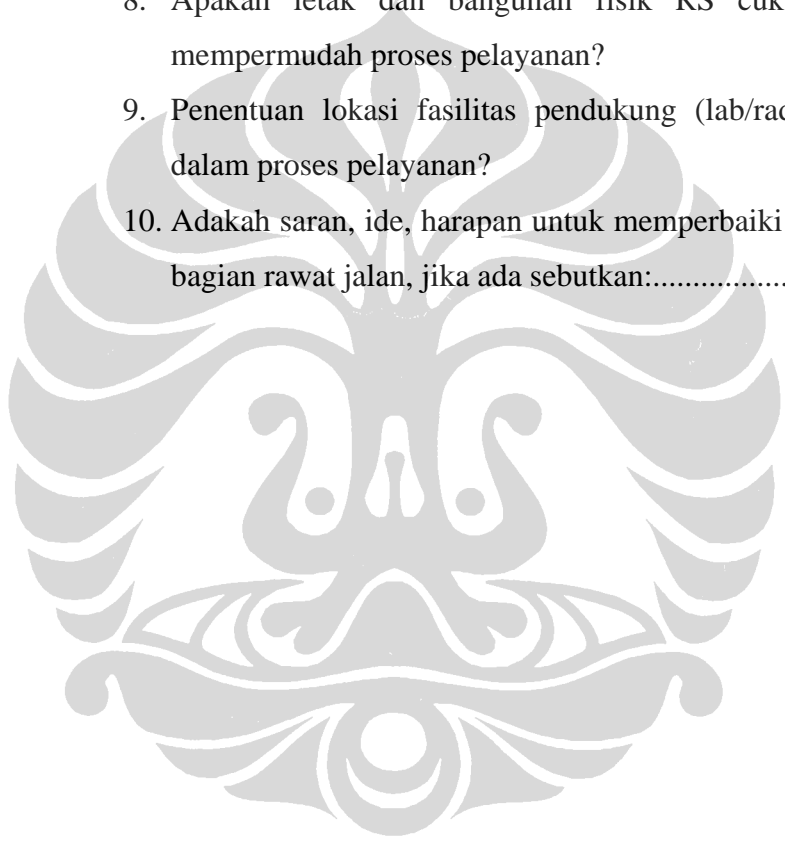
7. Dalam menunggu proses pelayanan, apa yang biasa dilakukan?

Fasilitas, lingkungan dan bangunan fisik

8. Apakah letak dan bangunan fisik RS cukup strategis dalam mempermudah proses pelayanan?

9. Penentuan lokasi fasilitas pendukung (lab/rad/apotik) membantu dalam proses pelayanan?

10. Adakah saran, ide, harapan untuk memperbaiki proses pelayanan di bagian rawat jalan, jika ada sebutkan:.....



## Pedoman Observasi

### Pemetaan alur proses sistem pelayanan

#### Value Assessment (aliran pasien)

No. Observasi :

Observer :

Tanggal :

No.	Kegiatan	Waktu (menit)	Aliranproses /dokumentasi	Value-added	Non value added		Waste yang terjadi
					Adorable	Non-Adorable	
	Total						

#### Value Assessment (aliran Dokumen)

No. Observasi :

Observer :

Tanggal :

No.	Kegiatan	Waktu (menit)	Aliranproses /dokumentasi	Value-added	Non value added		Waste yang terjadi
					Adorable	Non-Adorable	

	Total						

## Analisis Dengan Metode Lean

### 1. Visual manajemen

Observer :

Hari,tanggal :

No. Observasi :

No.	Bagian yang diamati	Visual manajemen		Waste time	Waste yang terjadi
		Ada	Tidak ada		
	<b>Prosedur keseluruhan</b>				
2	Pendaftaran				
3	Rekam Medik				
4	Poliklinik				
5	Laboratorium/Radiologi				
6	Apotik				
7	kasir				
	<b>Total</b>				

### 2. Seven Waste (7 pemborosan)

### Identifikasi waste di Dep. Rawat Jalan

Observer :

Hari, Tanggal :

No. Observasi :

No.	Jenis Waste	What	when	5 Why
1	Penundaan (Delay)			
2	Duplikasi			
3	Gerakan yang tidak perlu			
4	Komunikasi yang kurang Jelas			
5	Persediaan yang tidak tepat			
6	Kesempatan yang Hilang			
7	Error saat transaksi			

### 3. 5 S

### Identifikasi 5 S di Dep. Rawat Jalan

Observer :

Hari, Tanggal :

No. Observasi :

No	5 S	Non 5 S		
		What	When	5 Why
1	Seiri/ ringkas			
2	Seiton/ rapi			
3	Seiso/ rawat			
4	Seiketsu/ rawat			
5	Shitsuke/ rajin			

#### 4. Value Added Assessment

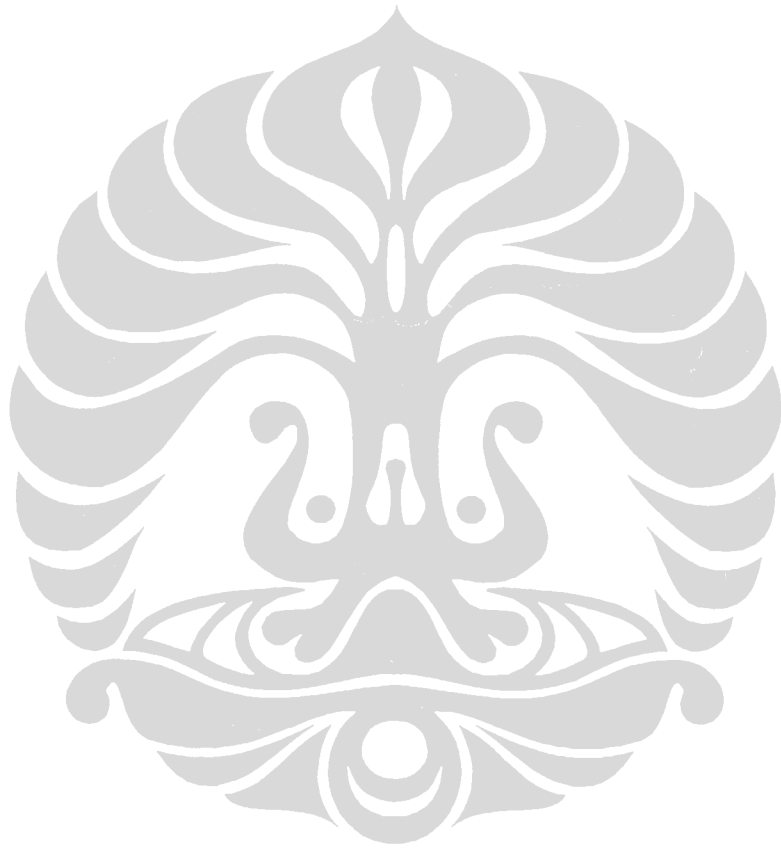
Area kerja : Pendaftaran/Rekam medik /Poliklinik/ Apotik/ Lab/  
Radiologi/ Kasir

No. Observasi :

Observer :

Tanggal :

No.	Kegiatan	Waktu (menit)	Aliranproses /dokumentasi	Value-added	Non value added		Waste yang terjadi
					adorable	Non-adorable	
	Total						





Tabel 1. Pedoman wawancara.

Pertanyaan	I. 01 Karumkit	I. 02 Manajemen	I.03 Kasubdep RJ (Kadepwat)	I.04 Kabagminmed (Kaset)	I.05 Kaurdal (Dansatma)	I. 06 KaurHarmat	I.07 Dokter	I.08 Perawat	I.09 Staff RM	I.10 Pasien Dinas	I.11 Pasien Askes/Umum
Bagaimana kondisi pelayanan di departemen rawat jalan	Bangunan ini dirancang bukan untuk RS jadi kondisinya disesuaikan dengan kondisi yang ada.	Kondisinya masih sama seperti tahun-tahun sebelumnya.	Cukup lancar, fasilitas cukup memadai	Masih ada dokter-dokter yang datang terlambat	Harus dipisahkan antara pasien dinas dan pasien swasta	Masih banyak yang minta didahulukan dalam berobat	Cukup lancar	Dokter tidak datang, berkas RM yang sering diganti baru hal-hal seperti itu yang menyusahkan kami	Dokter yang mendadak tidak hadir menyusahkan kami	Lama menunggu, seharusnya ngga perlu apel pagi, langsung kerja saja, kita kalau berobat harus ijin 1 hari kerja.	Sudah biasa, tidak ada masalah. Kalau tidak tahu bisa tanya – tanya ke pasien lain.
Bagaimana kebijakan direksi/pimpinan untuk meningkatkan mutu pelayanan Rawat jalan? Apakah ada acuan khusus yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan?	Tidak ada acuan khusus, karena RSMC berjalan untuk meningkatkan tugas pokoknya dan sesuai dengan Kemkes	Kurang optimal	Merasa kurang optimal, oleh karena tidak mempunyai struktur organisasi yg efisien efektif, tanpa acuan sehingga tdk terbentuk program kerja dan pelaksanaan serta evaluasinya.	Tidak ada acuan khusus	Tidak ada acuan khusus	-	-	-	Tidak ada acuan khusus-	-	-
Adakah komplain / keluhan ke direksi/pimpinan terhadap proses pelayanan (dokter, dokter tamu, staf, perawat, dll)	Untuk masalah sikap tidak ada, yang lain-lain tidak ada	Keluhan pasti ada, tapi sementara ini selalu dapat diselesaikan.	Yang paling banyak komplain justru pasien militer, untuk pasien askes/umum sangat jarang ada keluhan, mungkin karena anggapan bahwa dokter adalah yg paling tahu tentang penyakit, atau mungkin karena tingkat pengetahuan yg kurang.	Jarang ada keluhan	-	-	-	-	-	-	-
Jika ada apakah tindakan yang diambil dalam mengatasi keluhan tersebut dipandang dari aspek sosial dan politis?	Jika level pejabat maka saya/ wadan yang mengatasi	Selama ini manajemen yang menangani	Diarahkan ke manajemen	Diarahkan ke manajemen	-	-	-	-	-	-	-
Adakah pembagian tugas dan tanggung jawab kerja secara	Tidak ada secara spesifik, tapi selama juklak dan	Tidak ada secara spesifik.	Tidak ada secara spesifik.	Tidak ada secara spesifik.	-	-	-	-	-	-	-

spesifik?	jukniknya jelas tidak ada masalah										
Bagaimana kinerja/motivasi dari SDM sdh memberikan pelayanan yang baik bagi pasien?	Bagaimana mau memberikan pelayanan terbaik kalau dokter-dokternya sekolah semua?	Masih belum optimal	Kurang optimal	Belum optimal	-	-	-	-			
Apakah selama ini pejabat yg bertanggung jawab dalam proses pelayanan rawat jalan sudah melaksanakan kegiatan manajerialnya (Planning, evaluating dan controlling) sebagaimana mestinya.	SDMnya kurang, banyak yang ditugaskan/dimutasi/sekolah tetapi personel penggantinya tidak ada.	Kurang optimal karena berbagai faktor	belum ada SOP yg menunjukkan tata cara, alur pelayanan dan siapa saja yg terkait dan bertanggung jawab. Evaluasi terhadap tehnik kerja sehari-hari saja, tidak bersifat kebijakan (evaluasi SOP), begitu juga dengan mekanisme kontrol, sifatnya kondisional saja, tidak terencana.	Selama ini lebih banyak mengontrol kegiatan anak buah.	Selalu karena sudah ada form-nya.	Selalu karena sudah ada form-nya.	Lebih bersifat koordinasi saja				
Sejauh ini hambatan apa yang dihadapi saat melaksanakan implementasi dari ide perbaikan pelayanan rawat jalan/ (komitmen manajemen/SOP/kebijakan pimpinan)	Tidak ada peremajaan alkes, pengadaan lama harus melalui berbagai prosedur	Kebijakan dari luar RS yang terkadang menghambat perbaikan pelayanan.	SOP yg ada lebih banyak yg berupa kebiasaan2, masih sedikit yg ditulis dalam format baku dan dalam bentuk kebijakan resmi. Juklak juknis tidak atau kurang sosialisai, sehingga kurang manfaat.	Kebijakan masih berubah-ubah, tergantung kepentingan sesaat, kurang ada perencanaan.	Tidak ada perencanaan, pasien militer yang kurang disiplin, sering mencoba-coba buat aturan sendiri..	Tidak ada masterplan yang jelas	fasilitas dan alkes kurang pemeliharaantetapi dituntut bekerja profesional. Masih harus merangkap tugas struktural, sehingga sering rapat, waktu pelayanan menjadi terganggu. Sebagai staf : merasa kurang optimal, oleh karena tidak mempunyai				

							struktur organisasi yg efisien efektif, tanpa acuan sehingga tdk terbentuk program kerja dan pelaksanaan serta evaluasinya.				
Apa saja kesulitan yang terkait dengan "orang" yang selama ini menjadi permasalahan: - pasien( Tingkat sosial/ jenis asuransi/jamkesmas ) - Dokter (keterlambatan, komitmen pelayanan, kompetensi) - SDM lain (seperti; perawat, staf lainnya).	Kekurangan perwira/dokter untuk operasional RS	Antara jabatan dan pendidikan tidak sesuai sehingga kurang optimal hasilnya.	Masih banyak keluhan terutama pasien militer, kalau pasien lainnya tidak ada masalah	Dokter masih ada yang terlambat, tidak hadir tapi tidak memberitahu, kalau pasien lain tidak ada masalah, tapi kalau pasiennya pejabat baru deh ribut.	Selama koordinasi baik tidak masalah.			Pasien militer/ keluarganya yang banyak tuntutan.			
Hambatan-hambatan yang dihadapi dalam melaksanakan tugas di RS.	Memberikan "dukungan" diluar kebutuhan rumah sakit	Mengeluarkan dukungan yang tidak diperlukan rumah sakit		Keterbatasan ruang penyimpanan rekam medis menghambat pencarian	Banguna fisik yang sudah tua dan keterbatasan lahan	Instalasi listrik, bangunan yang sudah tua,sebaiknya ditata ulang.	proses evaluasi (yg dibuat oleh dokter lewat komite medik) sering mengalami jalan buntu. Dan aktifitas manajemen belum tentu mengakomodir para dokter.	Dokter yang melakukan tindakan secara bersamaan sementara beda harinya.			
Apa ada kesulitan atau permasalahan dalam pekerjaan yang selama ini yang dirasakan dalam proses	Tidak ada	Selama ini masih bisa ditangani.	Selama permasalahan mengenai perawat kita dapat menangani, tapi bila permasalahannya	Tidak ada		Toilet kurang, menunggu lama.	Menunggu terlalu lama, ternyata dokternya tidak datang.	Banyak keluhan, terlalu lama menunggu			

<p>pelayanan rawat jalan terkait dengan keberagaman tingkat sosial / tuntutan pasien? Jenis asuransi? Keluhan pasien?</p>			<p>dengan dokter maka akan diserahkan ke komandan / komite medik</p>								
<p>Bagaimana komitmen dengan manajemen dalam pemenuhan kebutuhan akan fasilitas pendukung? Sistem insentif? Kerja sama manajemen – dokter dan manajemen – perawat?</p>	<p>Sesuai dengan aturan yang ada</p>	<p>Berdasarkan aturan yang ada dan kesepakatan / perjanjian</p>	<p>- berdasarkan juklak dan juknik pemberian insentif dari pendapatan yanmasum.</p>	<p>Sudah ada aturannya karena berkaitan dengan pendapatan dari yanmasum.</p>		<p>tidak ada skala prioritas yg mendukung pada pelayanan prima. Baik dalam pengadaan maupun pemeliharaan. Kerja sama yang baik dengan perawat .insentif: untuk dokter mungkin lebih baik daripada profesi lain, oleh karena berdasarkan nama masing2, bukan kelompok2 yg pembagiannya lebih tidak berdasarkan aturan yg jelas.</p>	<p>Selama ini ditangani oleh kadeprawat.</p>	<p>Selama ini ditangani kabag minmed</p>			
<p>Apakah adanya SOP, Juklak, juknis membantu dalam melaksanakan pekerjaan sehari-hari?</p>	<p>ya</p>	<p>Sedikit membantu tapi harus <i>up to date</i></p>	<p>SOP yg ada lebih banyak yg berupa kebiasaan2, masih sedikit yg ditulis dalam format baku dan dalam bentuk kebijakan resmi. Juklak juknis tidak atau kurang sosialisai, sehingga kurang manfaat.</p>	<p>SOP ada tapi jarang disosialisasikan.</p>	<p>Sangat membantu</p>	<p>Sedikit membantu</p>	<p>sepertinya belum ada SOP yg menunjukkan taca cara, alur pelayanan dan siapa saja yg terkait dan bertanggung jawab.</p>				
<p>Adakah keluhan bapak/ibu/ terhadap</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Terlalu lama menunggu jam</p>	<p>Ruang tunggu sempit.</p>

keadaan unit rawat jalan?(segi kenyamanan, pengaturan ruangan)										buka klinik, kursi kurang memadai	
Adakah keluhan terhadap ketepatan dan kecepatan pelayanan dibagian rawat jalan?( termasuk waktu tunggu)	Selama ini pasien yang rumahnya jauh ikut kendaraan dinas je RS, sehingga waktu tungguanya terlalu lama.	-	-	-	-	Soal waktu tunggu, antrian pasien jika jam-jam sibuk.	-	-	-	Waktu menunggu jam buka klinik terlalu lama, sebaiknya anggota RS yang terlibat pelayanan tidak harus apel.	Adm askes agar lebih pagi pelayanannya,
Apakah RS mampu memberikan kejelasan informasi mengenai persyaratan? Urutan proses pelayanan, petunjuk arah?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Masih belum ada aturan/ alur yang jelas.	Kalo tidak jelas saya tanya aja.Tidak masalah karena saya sudah lama berobat disini.
Adakah keluhan terhadap keramahan pegawai (dokter, perawat, staf administrasi) dalam pelayanan di bagian rawat jalan?	Pasti ada keluhan, pujian juga ada, beda persepsi saja.	Sampai saat ini belum ada keluhan tentang keramahan pegawai	Tidak ada	Ada satu dua perawat.	Operator telpon dan di penjagaan harus sering diingatkan untuk lebih ramah dan jelas dalam berkomunikasi.	Ada beberapa Dokter kurang komunikatif.	-	-	-	Dokter kurang komunikatif, kalo drg-nya baik-baik semua.	Dokternya cukup ramah.
Apakah bapak/ibu mempunyai keluhan terhadap kompetensi dan kemampuan dokter dalam pelayanan di bagian rawat jalan? Jika ada sebutkan.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak ada	Tidak ada, makanya saya senang disini cukup dekat dengan rumah saya.
Dalam menunggu proses pelayanan, apa yang biasa dilakukan?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Sarapan , kadang-kadang apel dulu.	Ngurus askes, atau menunggu dirumah sambil buka jam klinik.

Tabel 2. Pedoman Wawancara berkaitan dengan fisik Bangunan dan Tata letak

No	Pertanyaan	I. 01 Karumkit	I. 02 Manajemen	I.03 Kasubdep RJ	I.04 Kabag minmed	I.05 Kaurdal	I. 06 Harmat	I.07 Dokter	I.08 Perawat	I.09 Pasien Dinas	I.10 Pasien Askes/Umum
1	Apakah letak dan bangunan fisik RS cukup strategis dalam mempermudah proses pelayanan?	Kurang strategis, tidak ada lahan untuk membangun, harus ada perluasan di depan RS	Harus ada perbaikan yang disesuaikan dengan kebutuhan RS, jumlah pasien, dan alkes	Kurang strategis, karena lokasinya didalam kompleks	Kurang strategis	Kurang strategis	Kurang strategis, apalagi kalau malam pintu portal ditutup walaupun hanya sebagian	Kurang strategis		Tidak strategis, karena jauh dari perumahan anggota TNI AL yang lain seharusnya didirikan di daerah jonggol/pasir angin.	Strategis, karena dekat dengan rumah saya.
2	Penentuan lokasi fasilitas pendukung (lab/rad/apotik) membantu dalam proses pelayanan?	Cukup membantu	Cukup memadai	Cukup memadai	Sebaiknya ada lab satelit.	Masih membingungkan pasien baru karena saya akui petunjuk arahnya kurang	Masih membingungkan tapi masih lebih baik karena disekitar area RS	-	-	Ya, karenaTidak jauh masih di dalam lingkungan RS	Tidak jauh dibandingkan RS lain
3	Adakah saran, ide, harapan untuk memperbaiki proses pelayanan di bagian rawat jalan, jika ada sebutkan:.....	Harapan saya banyak, saran banyak, tapi mewujudkannya harus melalui prosedur yang lamadan tidak mudah.	Mudah-mudahan dengan kepemimpinan Komandan yang sekarang, ada upaya untuk memperbaiki mutu pelayanan RS	Harus ada seorang yang bertanggung jawab terhadap kehadiran dokter, selama ini perawatnya yang telpon via HP, bisa-bisa insentifnya habis buat beli pulsa.	Saya rasa belum terutama ruang tunggu yang nyaman bagi pasien.	Sebaiknya pasien dinas dan non dinas dipisahkan ruangnya sehingga aturannya bisa jelas dan tegas.	Toilet diperbaiki, bila dimungkinkan diperbanyak.	unit sebaiknya terpisah, sehingga mempunyai ruang tunggu masing2 dan tidak berdesakan.		Klinik di buka lebih pagi, pegawai RS ngga usah apel tidak apa-apa, memang tugas pokoknya melayani pasien. Jangan ada pasien yang nyerobot-nyerobot antrian klinik terutama yang kenal sama dokternya.	Loket askes supaya dibuka lebih pagi, prosesnya mudah krm Sudah biasa, tidak ada masalah. Kalau tidak tahu biasanya – tanya ke pasien lain
4	Apakah fasilitas dan fisik bangunan sudah dapat mengakomodasi	Saya rasa belum, karena keterbatasan lahan sehingga bila akan membangun ruangan /meletakkan alat baru kita	Belum lahan terbatas,	.cukup memadai.	Saya rasa belum terutama ruang tunggu yang nyaman bagi pasien.	Masih banyak yang harus diperbaiki kondisi fisik dan pemeliharaan	Bangunan sudah tua harus ada perbaikan-perbaikan sehingga tidak tambal sulam.	-	-	-	-

	proses perawatan pasien dan pegawai?	kesulitan mencari tempat.				fasilitasnya.					
5	Adakah rencana untuk renovasi /penambahan /penempatan ruangan di RS?	Ya, sudah ada rencana untuk membangun, mudah-mudahan bisa laksanakan	Rencana ada, tergantung dengan Komandan dan pimpinan TNI AL.	Menurut komandan ada rencana kita tunggu saja hasilnya.	Menurut arahan komandan sudah ada rencana untuk renovasi.	Komandan sudah melobi beberapa pimpinan untuk perluasan RS.	Untuk saat ini yang terwujud adalah perluasan areal parkir dan pembanguna PAV Cempaka.				
6	Apakah fasilitas penunjang (sistem informasi/keamanan/ kenyamanan/parkir) memudahkan pasien/pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya/perawatannya.	Sistem informasi masih sering ada masalah, namun kita akan usahakan ada penambahan fasilitas dan kemudahan bagi pasien.	Akan selalu kita tingkatkan	Selama ada komunikasi yang baik antara semua bagian maka memudahkan koordinasi antar bagian.	Komputer masih sering rusak, sehingga bagian loket pendaftaran yang sering bermasalah.	Perlu penambahan fasilitas ruang tunggu, karena waktu tunggu di sini lama.	Fasilitas penunjang masih belum memadai.				