

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Lean Management**

Lean adalah suatu metode untuk menghilangkan pemborosan (*waste*) yang dilakukan secara periodik dan meningkatkan nilai tambah (*value added*) produk (barang dan/atau jasa) supaya bermanfaat untuk pelanggan (*customer value*) (Gaspersz, 2007). Kaizen dan lean berhasil mengantarkan Toyota meraih efisiensi dan meminimalkan “*waste*” yang berfokus pada peningkatan nilai pelanggan (Simon and Canacari, 2012).

Kaizen adalah filosofi dari perubahan yang berkelanjutan, terutama dipandu oleh karyawan (von Thiele Schwarz et al., 2017) dan bukan oleh manager, karyawan mengajukan ide untuk perbaikan dari masalah yang ditemukan dan mencari ide pemecahan masalah (Mazzocato et al., 2016a)

Grabian (2016) menuliskan 8 tipe pemborosan (*waste*) sebagai berikut :

1. *Defect*, adalah setiap kegiatan yang tidak dilakukan dengan tepat, sehingga mungkin dikerjakan berkali-kali.
2. *Overproduction*, yaitu kegiatan produksi yang melebihi dari permintaan awal.
3. *Transportation*, ialah perpindahan barang atau orang yang terjadi dalam sebuah proses kegiatan dalam jarak yang jauh.
4. *Waiting*, adalah waktu menunggu acara berikutnya atau aktifitas kerja berikutnya.
5. *Inventory*, adalah tumpukan persediaan yang berlebihan.
6. *Motion*, adalah gerakan yang berlebihan ketika sebuah kegiatan tersebut dilaksanakan, yang berakibat waktu dan biaya juga bertambah.
7. *Overprocessing*, adalah aktifitas yang berlebihan dan tidak dibutuhkan oleh konsumen.
8. *Human potensial*, adalah pemborosan karena tidak melibatkan karyawan.

Seiring organisasi perawatan kesehatan menghadapi tekanan untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi sambil mengurangi biaya, para pemimpin mengadopsi teknik dan alat manajemen yang digunakan di industri manufaktur dan industri lainnya, terutama Lean.(Aij and Rapsaniotis, 2017)

Kaizen sebagai pendekatan ramping partisipatif dan sistematis untuk memperbaiki diri kesejahteraan karyawan. Kaizen adalah terstruktur, iteratif dan partisipatif pendekatan untuk membuat perbaikan terus-menerus. Di kaizen, salah satunya alasan utama untuk melibatkan karyawan dalam perbaikan terus menerus adalah asumsi bahwa orang yang paling dekat dengan proses kerja paling cocok untuk mengidentifikasi area yang membutuhkan dengan cepat perbaikan dan, akibatnya, melaksanakan rencana aksi.(von Thiele Schwarz et al., 2017).

Imai (Imai, 2008) dalam Hendrawan (2016) menyebutkan bahwa konsep kaizen yang utama adalah mewujudkan strategi kaizen :

1. Kaizen dan manajemen

2. Proses versus hasil
3. Siklus PDCA/SDCA
4. Mengutamakan kualitas
5. Berbicara dengan data
6. Kepuasan konsumen.

Sedangkan menurut menurut (May, 2007) *Kaizen* terdiri dari tiga langkah yaitu menciptakan standar, mengikuti standar ini serta mencari cara yang lebih baik. Proses tersebut, harus diulangi terus menerus tanpa henti, karena pada saat kita membuat peningkatan dan inovasi tanpa standar sebagai panduan, diibaratkan seperti sebuah perjalanan tanpa diawali sebuah permulaan, sama halnya kita ketika memukul bola golf dalam kabut.

Selain itu, seorang peneliti proses kaizen yang berkebangsaan Amerika bernama Deming dalam Rudi dan Hidayat (2008), bahwa pada saat kita sudah pernah mencapai target, maka pencapaiannya ada kecenderungan melemah atau justru kembali menurun. Akan tetapi apabila kita mempunyai sebuah standar maka pasti kita mempunyai keinginan untuk

mencapainya, sehingga apabila satu standar sudah tercapai, maka akan dibuat standar lain lagi yang harus juga dicapai pada waktu yang akan datang.

Untuk meningkatkan kualitas, menurut Kaizen ada langkah-langkah yang harus dilakukan, yaitu :

1. *Five – M checklist ( man, machine, material, method, measurement)*
2. *5 W 1H, (who, what, when, where, why, dan How)*
3. *Kaizen five-step (seiri, seiton, seiso, seiketsu, shitsuke)*

Sedangkan perangkat dalam pengendalian kualitas, menurut Imai (2008) seperti yang dikutip Hendrawan (2016) adalah :

1. Check sheet/checklist/tally chart
2. Histogram
3. Scatter diagram
4. Stratification diagram dengan alternative flowchart atau runcchart
5. Fishbone diagram
6. Control chart

Metodologi analisis proses perbaikan dapat dilakukan dengan cara *A3, Kaizen Event, Kaizen Blitz, Kaizen Burst, Rapid Cycle Improvement Process, CQI, DMAIC, Workout*, dan *TPS*. *Kaizen* dan *Lean Tools* termasuk form observasi, *Value Stream Mapping, 5S/visual controls, Standardized Processes, Poka-Yoke, Pull systems, Cause & Effects Matrix, Waste/Gemba Walks, and Just-In-Time*. *Problem identification tools include Root Cause, Fishbone, Why-Why, TapRoot, dan FMEA*. (Branco et al., 2017).

Agar *kaizen* berfungsi sebagai proses kontinuitas untuk perbaikan mutu dan kinerja serta produktifitas, maka disiplin karyawan harus tertanam di tempat kerjanya, suasana tempat kerjapun harus dibuat nyaman (Hendrawan, n.d.). Pendekatan manajemen berbasis *gemba – kaizen* memungkinkan identifikasi masalah tergal karena langsung ketempat kerja dimana proses dan kegiatan sehari-hari terjadi, serta memungkinkan karyawan untuk berpartisipasi aktif

dalam upaya perbaikan berkelanjutan serta perancangan ulang.(Suárez- Barraza et al., 2012)

Di era bisnis yang terbaru sekarang ini dan semuanya harus berjalan dengan baik, maka sebuah perusahaan harus dituntut mempunyai kelebihan dibandingkan dengan perusahaan lain. Cara yang paling efisien adalah dengan *empowering* karyawan. Pemberdayaan menurut Wood, Wallace et al (2001) akan menciptakan kepercayaan individu dan kelompok untuk mengidentifikasi masalah serta mengusulkan cara penyelesaiannya. Ketika proses pemberdayaan tersebut, terdapat langkah pemindahan kewenangan dari atasan kepada karyawan, yang berimbaskan pada penguatan potensi dari tim.

Pemberdayaan diistilahkan sebagai pengembangan mentalitas “mampu berkarya” yang positif dalam diri karyawan (*creating a positive “can do” mentality among employees*), yang tumbuh dari kepercayaan diri karyawan agar mampu berkarya (*self-efficacy*), yang muncul dari pengembangan kecakapan dan ketrampilan, serta dorongan

emosional dari atasan berupa contoh yang baik. Inti dari pemberdayaan ini adalah keleluasaan, bukan cara pengendalian, sehingga karyawan dapat meluapkan seluruh kekuatannya, untuk menselaraskan tujuan individu untuk pengembangan organisasi. Seluruh proses pemberdayaan akan berhasil bila ada proses coaching, sehingga langkahnya lebih cepat, mudah dan lebih banyak provokasi untuk keberhasilan organisasi.

#### B. Kaizen Event

Kaizen event merupakan metode yang umum dilakukan sebagai upaya perbaikan dalam organisasi kesehatan (Natale et al., 2014) dimana dalam pelaksanaannya melibatkan tim lintas fungsional yang didedikasikan untuk meningkatkan area kerja yang ditargetkan dengan tujuan yang spesifik, dengan kerangka waktu yang dipercepat (Aken et al., 2010) yang terdiri dari staf lini terdepan, orang-orang yang bertanggungjawab untuk melakukan tugas sehari-hari.

Filosofi kaizen event adalah berfokus pada ide untuk penghapusan sampah, kemudian staf menemukan metode



penyelesaian yang berpusat dari staf lini depan. Ketika solusi sudah ditemukan, mereka akan melaksanakan secara berkelanjutan, hal ini sangat berguna pada saat proses perbaikan membutuhkan anggota staf yang terbiasa dengan perubahan baru. Pada saat staf dikumpulkan, mereka menemukan masalah, kemudian merancang pemecahan masalah sesuai ide mereka.

Manfaat kaizen event :

1. Melibatkan staf lini terdepan, karena berhubungan dengan masalah yang akan diperbaiki, solusi yang mendatangkan manfaat, masuk akal yang berasal dari staf yang lebih faham daripada supervisor atau manajernya.
2. Kelompok lintas fungsi, dengan melibatkan staf yang berada di lini terdepan, masalah yang didapatkan menjadi sangat rinci, sehingga ruang lingkup penyelesaiannya menjadi lebih jelas apalagi bila melibatkan unit lain, dapat dilakukan dengan cros fungsional.
3. Solusi berpusat pada pasien, salah satu tujuan dari organisasi kesehatan adalah layanan yang berpusat pada

kepentingan pasien, sehingga kaizen event pun juga berakar pada filosofi lean yaitu pembentukan nilai dari perspektif pasien.

Secara umum, Aken et al., (2010) menyebutkan bahwa Kaizen event dilakukan selama 3-5 hari dengan kegiatan sebagai berikut :

- a) pelatihan tim
- b) dokumentasi permasalahan saat ini
- c) identifikasi peluang untuk perbaikan
- d) seleksi perbaikan (dan sering implementasi)
- e) hasil presentasi; dan
- f) dokumentasi daftar tindakan untuk kegiatan tindak lanjut

Pendekatan *quality improvement* (Boaden, 2009) adalah PDSA, *SPC (Statistical Process Control)*, *Six sigma*, *lean thinking*.

Sedangkan siklus PDSA (“Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve

quality in healthcare | BMJ Quality & Safety,” n.d.) dapat dijabarkan menggunakan tahap pendekatan sebagai berikut :

1. plan, mengidentifikasi perubahan untuk diperbaiki
2. do, menguji perubahan yang telah dilakukan
3. study, keberhasilan perubahan dianalisis
4. act, mengidentifikasi dan menginformasikan tahapan baru.

Sehingga PDSA adalah alat untuk “ mengembangkan, menguji dan menerapkan perubahan yang mengarah ke perbaikan ” yang memiliki empat tahap. Sebuah rencana dikembangkan untuk menguji perubahan (Rencana) dan tes dilakukan (Do). Data dari tes ini diperiksa dan tercermin pada (Studi). Perubahan yang direncanakan atau dilaksanakan untuk siklus berikutnya (Perry et al., 2014)

### C. Budaya Organisasi

Budaya Organisasi dalam (Ismainar, 2018)

Ismaniar (2018) adalah :

1. System yang dipercayai dan nilai yang dikembangkan oleh organisasi dimana hal itu menuntun perilaku dari anggota.
2. cara berfikir dan berperasaan serta bereaksi berdasarkan pola tertentu yang ada dalam organisasi itu sendiri
3. persepsi bersama yang dianut oleh anggota organisasi tersebut.
4. Pola dasar yang diterima oleh organisasi untuk bertindak dan memecahkan masalah, membentuk karyawan yang mampu beradaptasi dengan lingkungan dan mempersatukan anggota.
5. System nilai organisasi dan akan mempengaruhi cara pekerjaan dilakukan dan cara para karyawan berperilaku.

Budaya organisasi dapat dipengaruhi oleh :

1. Pengaruh umum dari luar yang luas
2. Pengaruh dari nilai-nilai yang ada di masyarakat, misalnya kesopanan dan kebersihan
3. Factor-faktor yang spesifik dari organisasi.

Ciri budaya organisasi :

1. Inovasi dan pengambilan risiko
2. Perhatian terhadap detail
3. Orientasi hasil
4. Orientasi orang
5. Orientasi tim
6. Agresif
7. Mantap

Budaya organisasi berpengaruh pada motivasi, kepuasan kerja dan kinerja karyawan.

#### D. Akreditasi Rumah Sakit

1. Definisi akreditasi

Akreditasi adalah proses evaluasi eksternal yang ketat yang terdiri dari penilaian diri terhadap serangkaian standar tertentu, survei diikuti oleh laporan dengan atau tanpa rekomendasi dan penghargaan atau penolakan status akreditasi (Pomey et al., 2010) dan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kualitas dan keamanan di bidang kesehatan.

Proses akreditasi merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan di 70 negara, melalui upaya perbaikan mutu berkelanjutan dengan tujuan pemberian layanan yang berkualitas dan aman bagi pasien (Nicklin, 2013)

Proses akreditasi menurut Pomey (2010) sangat efektif untuk :

- a. Mempercepat integrasi dan menstimulasi semangat kerja dalam dunia kesehatan.
- b. Membantu memperkenalkan program peningkatan kualitas berkelanjutan kepada organisasi yang baru terakreditasi atau yang belum terakreditasi
- c. Menciptakan kepemimpinan baru untuk inisiatif peningkatan kualitas.
- d. Meningkatkan modal sosial dengan memberi kesempatan kepada staf untuk pengembangan diri
- e. Membantu hubungan antara organisasi kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya.

## 2. Manfaat Akreditasi

Manfaat akreditasi menurut Nicklin (2013) diantaranya adalah :

- a. meningkatkan pemahaman organisasi tentang kesinambungan perawatan
- b. memperkuat efektivitas tim interdisipliner
- c. mendukung peningkatan kualitas dan kinerja organisasi
- d. memungkinkan analisis diri yang sedang berlangsung tentang kinerja dalam kaitannya dengan standar
- e. menjamin tingkat kualitas yang dapat diterima di antara penyedia layanan kesehatan
- f. mendorong kepatuhan dengan rekonsiliasi obat
- g. merangsang upaya peningkatan kualitas berkelanjutan dan terus menerus meningkatkan standar terkait dengan inisiatif, kebijakan, dan proses peningkatan kualitas.

Sedangkan factor yang berkaitan dalam penerapan peningkatan mutu secara berkelanjutan menurut Sollecito&Jhonson (2013) (Beattie et al., 2015) adalah

motivasi, program akreditasi dan kepemimpinan transformasional, kerja tim dan layanan prima.

### 3. Definisi Akreditasi Rumah Sakit

Pengertian Akreditasi rumah sakit menurut Permenkes Nomor 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, yang diberikan setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi, dimana pelaksanaannya secara periodik minimal 3 tahun.

Pelaksanaan akreditasi adalah sebuah lembaga yang telah terakreditasi oleh lembaga International Society for Quality in Health Care (ISQua), dimana salah satu nya adalah KARS.

Sebuah rumah sakit, bila akan melakukan akreditasi, harus melakukan persiapan Akreditasi meliputi kegiatan sebagai berikut :

- a. penilaian mandiri (self assesment);
- b. workshop dan
- c. bimbingan Akreditasi.



#### 4. Standar Akreditasi Rumah Sakit

KARS meluncurkan SNARS 1(Standar nasional Akreditasi Rumah Sakit) edisi 1 pada bulan Agustus 2017, dan terhitung mulai 1 Januari 2018, Standar Akreditasi Rumah Sakit tidak lagi menggunakan Standar akreditasi rumah sakit KARS versi 2012 , tetapi akan menggunakan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 Tahun 2018 (SNARS edisi 1). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Disebut dengan edisi 1, karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 berisi 16 bab. Dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 yang selanjutnya disebut SNARS Edisi 1 ini juga dijelaskan bagaimana proses penyusunan, penambahan bab penting pada SNARS Edisi 1 ini, referensi dari setiap bab dan juga glosarium istilah-istilah penting, termasuk juga

kebijakan pelaksanaan akreditasi rumah sakit. Sedangkan instrumen survei SNARS dicetak pertama kali bulan februari 2018.

Standar dalam SNARS 1 dikelompokkan menurut fungsi-fungsi yang terkait dengan penyediaan pelayanan bagi pasien; juga dengan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan terkelola dengan baik. Fungsi-fungsi tersebut tidak hanya berlaku untuk rumah sakit secara keseluruhan tetapi juga untuk setiap unit, departemen, atau layanan yang ada dalam organisasi rumah sakit tersebut. Lewat proses survei dikumpulkan informasi sejauh mana seluruh organisasi mentaati pedoman yang ditentukan oleh standar. Keputusan pemberian akreditasinya didasarkan pada tingkat kepatuhan terhadap standar di seluruh organisasi rumah sakit yang bersangkutan.

Pengelompokan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 (SNARS Edisi 1) sebagai berikut:

a. Sasaran Keselamatan Pasien

b. Standar Pelayanan Berfokus Pasien

- 1) Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)
- 2) Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
- 3) Asesmen Pasien (AP)
- 4) Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
- 5) Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
- 6) Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
- 7) Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)

c. Standar Manajemen Rumah Sakit

- 1) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
- 2) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
- 3) Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
- 4) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
- 5) Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
- 6) Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)

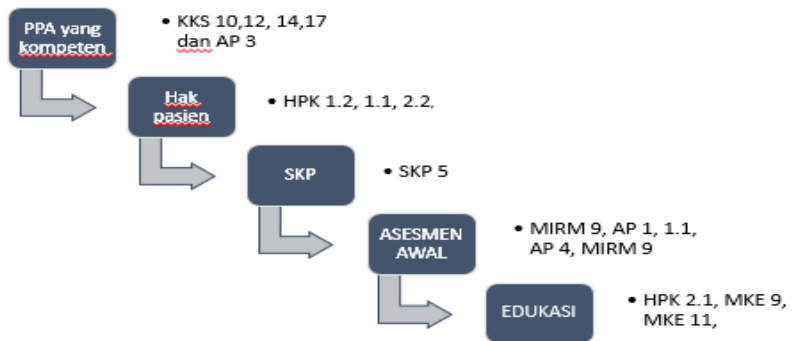
d. Program Nasional

e. Integrasi Pendidikan Kesehatan Dalam Pelayanan Di Rumah Sakit

Pada SNARS ini, bahwa di setiap elemen penilaian dilengkapi dengan (R=regulasi) atau (D=dokumen), atau (Wawancara) atau (O=observasi) atau (Simulasi), atau kombinasinya (Sutoto and Atmodjo, 2018). ReDOWSKo adalah singkatan yang digunakan sebagai reminder dalam penetapan skoring implementasi akreditasi (Sutoto et al., 2018).

5. Standar Akreditasi Rumah Sakit Di Rawat Inap

Implementasi SNARS edisi 1 akan lebih mudah apabila menggunakan skenario. Contoh skenario untuk rawat inap dalam gambar dibawah ini :



Gambar 2. 1 Skenario Asesmen Awal Rawat Inap, dimodifikasi dari

Pitselnas 2017

Penentuan skoring dalam implementasi akreditasi

adalah sebagai berikut

1. Skor 10 : terpenuhi lengkap
2. Skor 5 : terpenuhi sebagian
3. Skor 0 : tidak terpenuhi

## E. Penelitian Pendahuluan

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

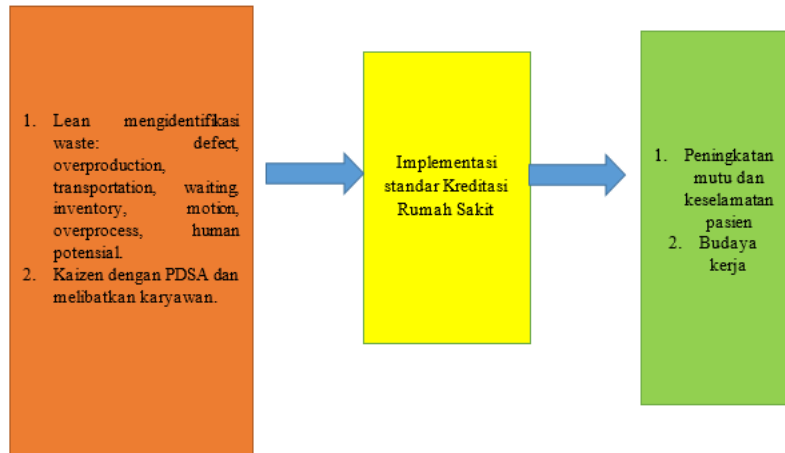
<b>Peneliti</b>	<b>Judul</b>	<b>Objek</b>	<b>Tools</b>
Adellia et al. (2013)	Pendekatan <i>Lean Healthcare</i> untuk Meminimasi <i>Waste</i> di Rumah Sakit Islam UNISMA Malang	Rumah Sakit Islam UNISMA Malang : Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap	VSM, <i>Fishbone</i> , FMEA
Eric Costa, Sara Braganca, et al(2014)	Action-research methodology to improve performance using lean production tools,	University of Minho, Portugal	Action research, lean production, 5S, visual management
Moacir Godinho Filho et al(2015)	Improving Hospital Performance by Use of Lean Techniques: An Action Research Project in Brazil	Brazilian hospital	Action research, lean thinking, lean healthcare

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa penelitian penerapan lean managemen dalam implementasi akreditasi di rumah sakit belum dilakukan.

## F. Kerangka Teori

Grabian (2016) menuliskan 8 waste meliputi *defect, overproduction, transportation, waiting, inventory, motion, overprocess, human potensial*, sedangkan Von Thiele Schwarz (2017) mengatakan bahwa kaizen adalah filosofi dari perubahan yang berkelanjutan, terutama dipandu oleh karyawan, dimana karyawan mengajukan ide perbaikan dari masalah yang ditemukan dan mencari ide pemecahan masalah (Mazzocato et al., 2016). Akreditasi Rumah sakit diatur dalam PMK 34 tahun 2017 pasal 3 yang menyebutkan bahwa Rumah sakit wajib terakreditasi yang minimal dilakukan tiap 3 tahun, sedangkan pasal 4 menyebutkan bahwa penyelenggara akreditasi harus terakreditasi oleh ISQua (International Society for Quality Care).

Kontinuitas implementasi akreditasi harus dijaga agar bersinergi dalam pelayanan kepada pasien setiap, salah satunya adalah dengan *lean management*.



Gambar 2. 2 Kerangka Teori

### G. Kerangka Konsep

Upaya untuk menjamin bahwa standar tersebut dilakukan adalah dengan reminder system yang terlihat dengan jelas sehingga terhindar dari kesalahan sehingga asuhan kepada pasien terjamin berkualitas dan aman sehingga budaya kerja berbasis akreditasi dapat dikendalikan.





Gambar 2. 3 Kerangka Konsep

## H. Pertanyaan Penelitian

- Apakah yang menjadi waste dalam implementasi akreditasi di unit rawat inap?
- Apakah yang menjadi usulan atau ide dari unit rawat inap untuk memperbaiki waste di rawat inap.