

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Profil RSUD Arga Makmur

a. Sejarah RSUD Arga Makmur

RSUD Arga Makmur didirikan pada 12 Juli 1978 dan kemudian berstatus UPTD Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara dengan Klasifikasi RS kelas D. Berdasarkan SK Menteri Kesehatan Nomor 438/Menkes/V/1987 RSUD Arga Makmur pada tanggal 20 Mei 1997 menjadi Rumah Sakit dengan klasifikasi Kelas C.

RSUD Arga Makmur pada tanggal 25 Mei 2009 resmi menjadi BLUD di Kabupaten Bengkulu Utara dengan dikeluarkannya Keputusan Bupati Bengkulu Utara Nomor 184 Tahun 2009 Tentang Penetapan RSUD Arga Makmur Kabupaten Bengkulu Utara yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) dengan Status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Penuh. Dengan adanya Surat Keputusan tersebut maka RSUD Arga Makmur diberikan kewenangan penuh untuk mengelola pendapatannya sendiri secara transparan dan akuntabel sehingga mampu memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang

dijual tanpa mengutamakan keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

b. Visi RSUD Arga Makmur

Visi RSUD Arga Makmur adalah Visi Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur Kabupaten Bengkulu Utara adalah “Terwujudnya RSUD Arga Makmur Kabupaten Bengkulu Utara yang Unggul Terpercaya dan berkeadilan melalui Pelayanan Prima”

c. Misi RSUD Arga Makmur

Adapun Misi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bengkulu Utara adalah:

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan dengan standar profesi tertinggi berbasis mutu dan keselamatan, sesuai dengan kebutuhan dan harapan pelanggan;
- 2) Meningkatkan mutu SDM dengan senantiasa memberikan peluang dan dukungan anggaran untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan teknis dan kemampuan manajerial pada seluruh karyawan;
- 3) Membangun Sistem Informasi dan Manajemen Rumah Sakit berbasis teknologi informatika yang handal , transparan dan akuntabel;
- 4) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan berkelanjutan;

- 5) Memperluas jalinan kerjasama dengan mitra terkait;
- 6) Menyelenggarakan tata kelola keuangan yang fleksibel dengan tata cara pengelolaan yang transparan, akuntabel, responsibiliti, dan indenpenden; dan
- 7) Mewujudkan kesejahteraan seluruh karyawan rumah sakit secara bertanggungjawab.

d. Tujuan RSUD Arga Makmur

1) Tujuan jangka menengah

Tujuan pembangunan kesehatan jangka menengah di RSUD Arga Makmur adalah terlaksananya pelayanan kesehatan paripurna, bermutu tinggi, terjangkau, sebagai pusat rujukan yang terpercaya sesuai standar serta mampu meningkatkan kesejahteraan seluruh karyawan yang ada di RSUD Arga Makmur.

2) Tujuan jangka pendek

Sedangkan tujuan jangka pendek yang ditetapkan oleh rumah sakit untuk satu tahun kedepan meliputi:

- a) Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM di RS
- b) Peningkatan kemampuan dan kepribadian perawat/
bidan/ dokter

- c) Peningkatan kemampuan penguasaan IT tenaga Medical Record dan Keuangan Rumah Sakit
 - d) Pembangunan dan pemeliharaan bangunan Rumah Sakit
 - e) Pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasana RS
 - f) Pengadaan dan pemeliharaan sarana medis dan non medis
 - g) Pengadaan biaya operasional RS yang meliputi penyediaan ATK, Barang cetakan, bahan-bahan logistik RS dan lain-lain yang lebih lengkap disajikan dalam bentuk matriks kerja atau Uraian Rencana Kerja BLUD RSU Arga Makmur Tahun Anggaran 2018.
- e. Kondisi geografis dan demografis

RSUD Arga Makmur berada dalam wilayah Kabupaten Bengkulu Utara. Kabupaten Bengkulu Utara adalah salah satu dari 10 kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu, dengan Ibukota Arga Makmur, terdiri dari 19 kecamatan, 215 desa dan 5 kelurahan, dengan luas wilayah daratan 4.424,60 Km². Dari luas wilayah tersebut, wilayah Kabupaten Bengkulu Utara berbatasan langsung dengan Samudera Indonesia maka secara keseluruhan bagian daratan yang berbatasan dengan lautan sepanjang lebih kurang 239,1 Km terdiri dari bagian daratan yang berada di Pulau Sumatera sepanjang 115,9 Km dan wilayah yang berada di Pulau Enggano dengan panjang pantai lebih kurang 123,2 Km, sehingga

sesuai dengan kewenangannya maka Kabupaten Bengkulu Utara memiliki wilayah laut seluas 2.088 Km². Adapun batas wilayah Kabupaten Bengkulu Utara adalah sebagai berikut:

- 1) Sebelah Utara dengan Kabupaten Muko–Muko;
- 2) Sebelah Selatan dengan Kabupaten Bengkulu Tengah;
- 3) Sebelah Timur dengan Provinsi Jambi dan Kabupaten Lebong, dan Rejang Lebong;
- 4) Sebelah Barat dengan Samudera Indonesia.

f. Cakupan pelayanan kesehatan

1) Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat mencakup seluruh pelayanan kegawat daruratan, baik kasus kecelakaan, kasus kebidanan maupun kasus-kasus penyakit dalam. Untuk menunjang penata laksanaan pelayanan kegawat daruratan, maka di IGD di laksanakan sistem pelayanan 24 jam, dengan ketentuan:

- a) Selalu ada 4 (empat) orang perawat mahir gawat darurat yang piket (onside) setiap shift pagi, shift sore dan shift malam
- b) Selalu ada 1 (satu) orang perawat anastesi yang oncall dan siap datang setiap saat dibutuhkan

- c) Selalu ada 1 (satu) orang dokter umum mahir gawat darurat umum dan gawat darurat jantung yang piket (onsite) setiap shift pagi, shift sore dan shift malam Dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan, dokter spesialis penyakit dalam, dan dokter penyakit kulit kelamin, dokter spesialis Jantung, dokter spesialis syaraf, dokter spesialis Bedah, Dokter spesialis Radiologi Oncall dan siap datang setiap dibutuhkan.
 - d) Apotik siap 24 jam dengan kurir siap antar obat keruang perawatan
 - e) Laboratorium siap 24 jam
 - f) Radiologi siap 24 jam
- 2) Pelayanan Rawat Jalan
- Pelayanan di Instalasi Rawat Jalan terdiri dari:
- a) Poliklinik Bedah Umum
 - b) Poliklinik Anak
 - c) Poliklinik Kebidanan dan Kandungan
 - d) Poliklinik Penyakit Dalam
 - e) Poliklinik Jantung
 - f) Poliklinik Kulit dan Kelamin
 - g) Poliklinik Syaraf

- h) Poliklinik THT
 - i) Poliklinik Gigi
 - j) Poliklinik Umum
 - k) Fisioterapi
 - l) Radiologi
- 3) Pelayanan Rawat Inap

Ruang rawat inap yang tersedia di RSUD Arga Makmur adalah:

- a) Rawat inap khusus kasus/penyakit kebidanan dan kandungan
 - b) Rawat inap anak dengan fasilitas perawatan neonatus, bayi dan anak-anak usia sampai 13 tahun
 - c) Rawat inap penyakit dalam dan isolasi
 - d) Rawat inap bedah
 - e) Rawat inap VIP
 - f) Rawat inap VVIP, ICU/ICCU
 - g) Rawat inap khusus kelas III yang menggunakan kartu PBI (Ruang Raflesia)
- 4) Pelayanan Hemodialisa

RSUD Arga Makmur , pada tahun 2016 telah siap melayani pasien cuci darah. Tenaga Kesehatan di pelayanan ini telah melakukan pelatihan khusus tentang Haemodialisa.

5) Pemeriksaan Laboratorium

Laboratorium RSUD Arga Makmur saat ini melayani pemeriksaan bahan-bahan patologi klinik, sedangkan untuk pemeriksaan patologi anatomi belum tersedia dokter spesialis khusus spesialisasi tersebut. Laboratorium RSUD Arga Makmur sudah melayani pemeriksaan test pemakaian narkoba baik untuk pemeriksaan kasus pemakaian NAPSA maupun untuk keperluan mencari kerja.

6) Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan radiologi di RSUD Arga Makmur dilakukan oleh tenaga dokter tetap (PNS) dengan spesialisasi radiologi. Ruang radiologi RSUD Arga Makmur telah didukung dengan peralatan yang canggih, salah satunya adalah alat pendeteksi dini kasus kanker dengan menggunakan USG 4D.

7) Pelayanan Fisiotherapi

Pelayanan fisiotherapi di RSUD Arga Makmur dilakukan oleh tenaga DIII Fisioterapi sedangkan dokter Rehabilitasi Medik belum ada dan ruangan pelayanan rehabilitasi medik pun sudah cukup presentatif.

8) Pelayanan Operasi Umum

Saat ini RSUD Arga Makmur melakukan pelayanan operasi untuk kasus kebidanan dan kandungan dan bedah umum.

9) Penunjang Farmasi/Obat dan Bahan Kesehatan

Farmasi RSUD Arga Makmur saat ini telah memiliki 4 orang tenaga apoteker yang telah berstatus PNS di Lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Bengkulu Utara. Pelaksanaan pelayanan di apotik RSUD Arga Makmur saat ini dilakukan dengan sistim antar ke tempat.

10) Pelayanan penyediaan Makan pasien dan Konsultasi Gizi

Pelayanan Gizi di RSUD Arga Makmur saat ini adalah penyediaan makanan untuk pasien rawat inap serta konsultasi Gizi bagi pasien dengan diet.

11) Pelayanan Laundry

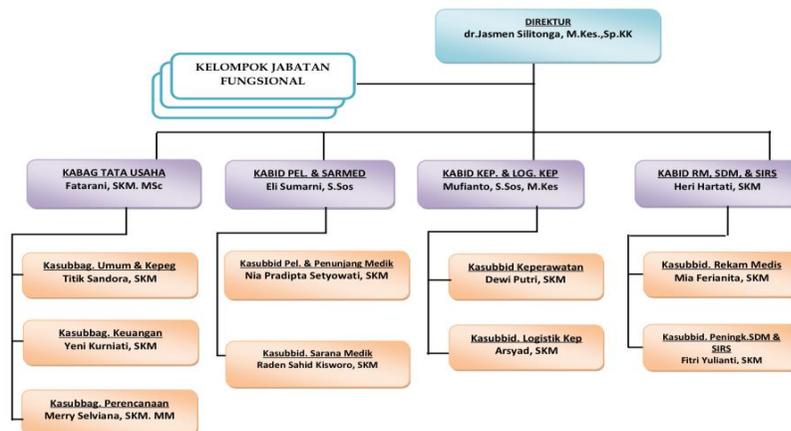
Pelayanan laundry di RSUD Arga Makmur saat ini baru terbatas pada pelayanan pencucian alat tenun khusus yang telah digunakan pasien RSUD Arga Makmur.

Pelayanan Peningkatan SDM/ tempat Praktek Lapangan Mahasiswa Akademi Keperawatan, Akademi Gizi, Akademi Kebidanan, Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat, dll.

12) Pelayanan Poli Jantung

Pelayanan di Poliklinik Jantung RSUD Arga Makmur telah dilakukan oleh spesialis Jantung, tahun 2015 pengadaan alat kesehatan yang canggih yaitu ECHO cardiography. Alat ini merupakan alat USG untuk jantung yang dapat melihat kelainan pada jantung secara jelas.

g. Struktur organisasi

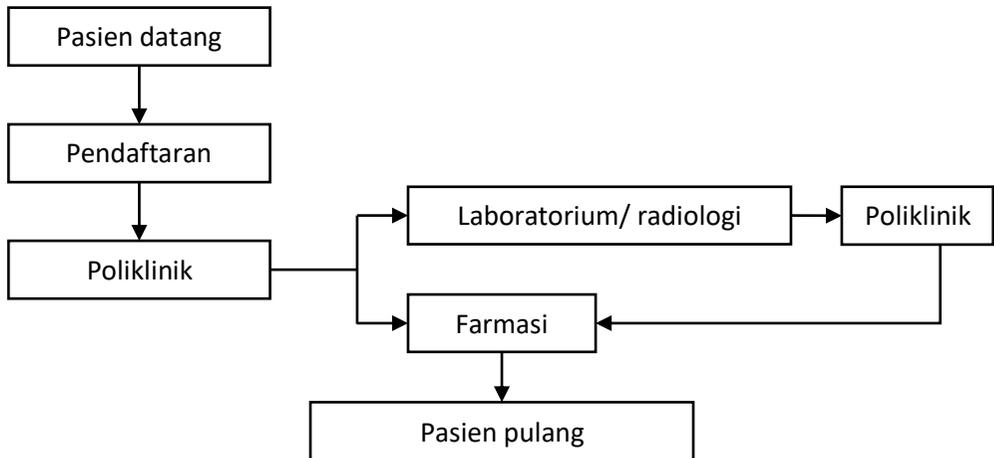


Gambar 4. 1 Struktur Organisasi

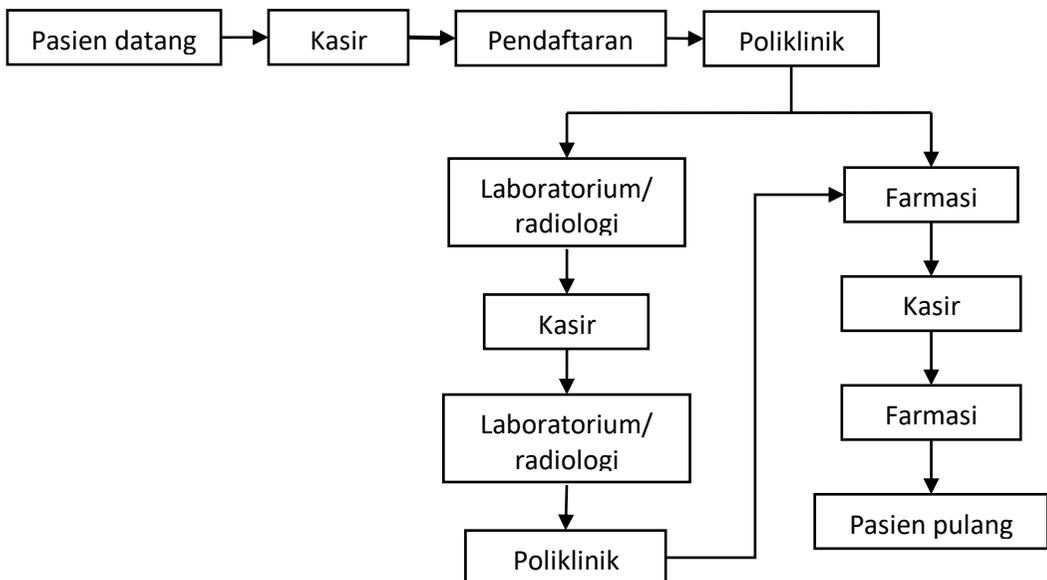
2. Value Stream Mapping dan Value Added Assesment Proses Pelayanan Rawat Jalan di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Arga Makmur

Proses pelayanan rawat jalan mulai dari pasien datang sampai mendapatkan obat dan pulang baik untuk pasien asuransi (BPJS) maupun umum dengan ataupun tanpa pemeriksaan penunjang didapatkan melalui data sekunder dari bagian rekam medik rumah

sakit dan croscheck hasil observasi yang dilakukan di lapangan saat proses pelayanan berlangsung.



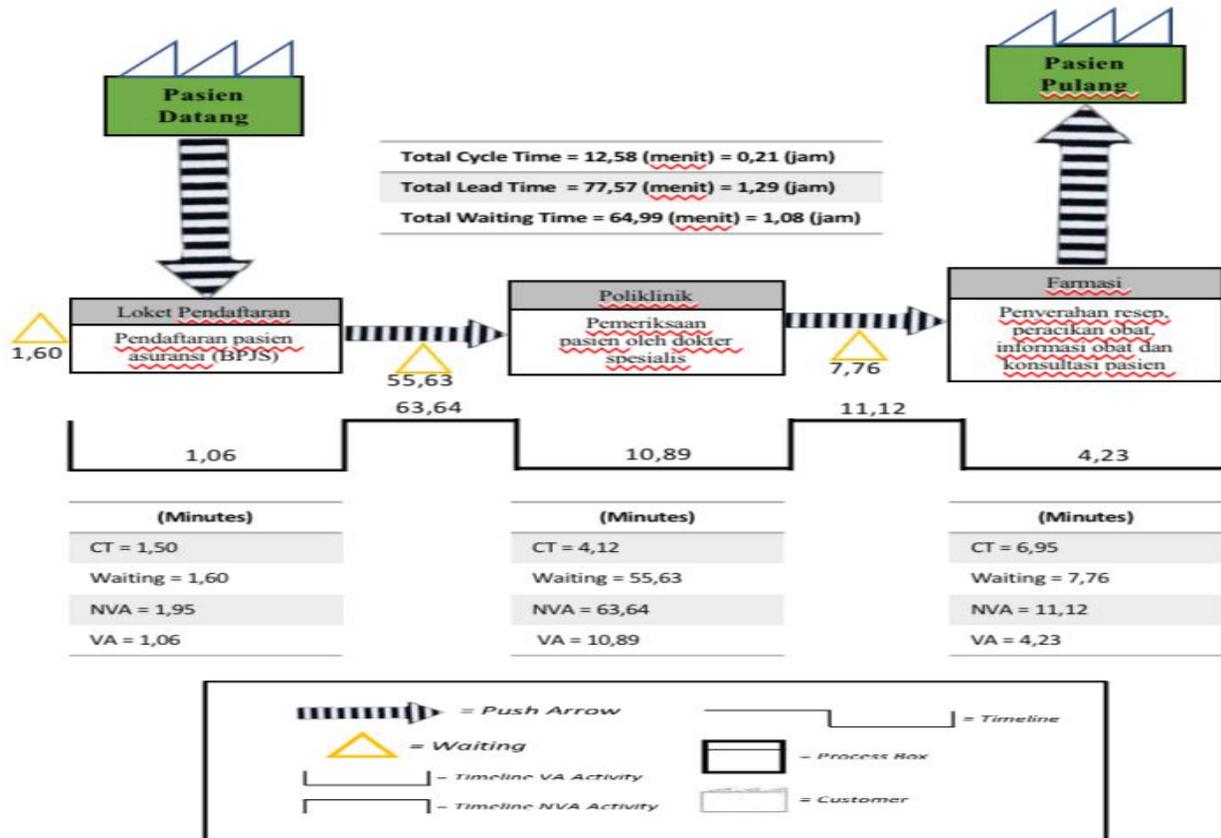
Gambar 4. 2 *Current Flow for Patient Insurance (BPJS)*



Gambar 4. 3 *Current Flow for Patient non-Insurance*

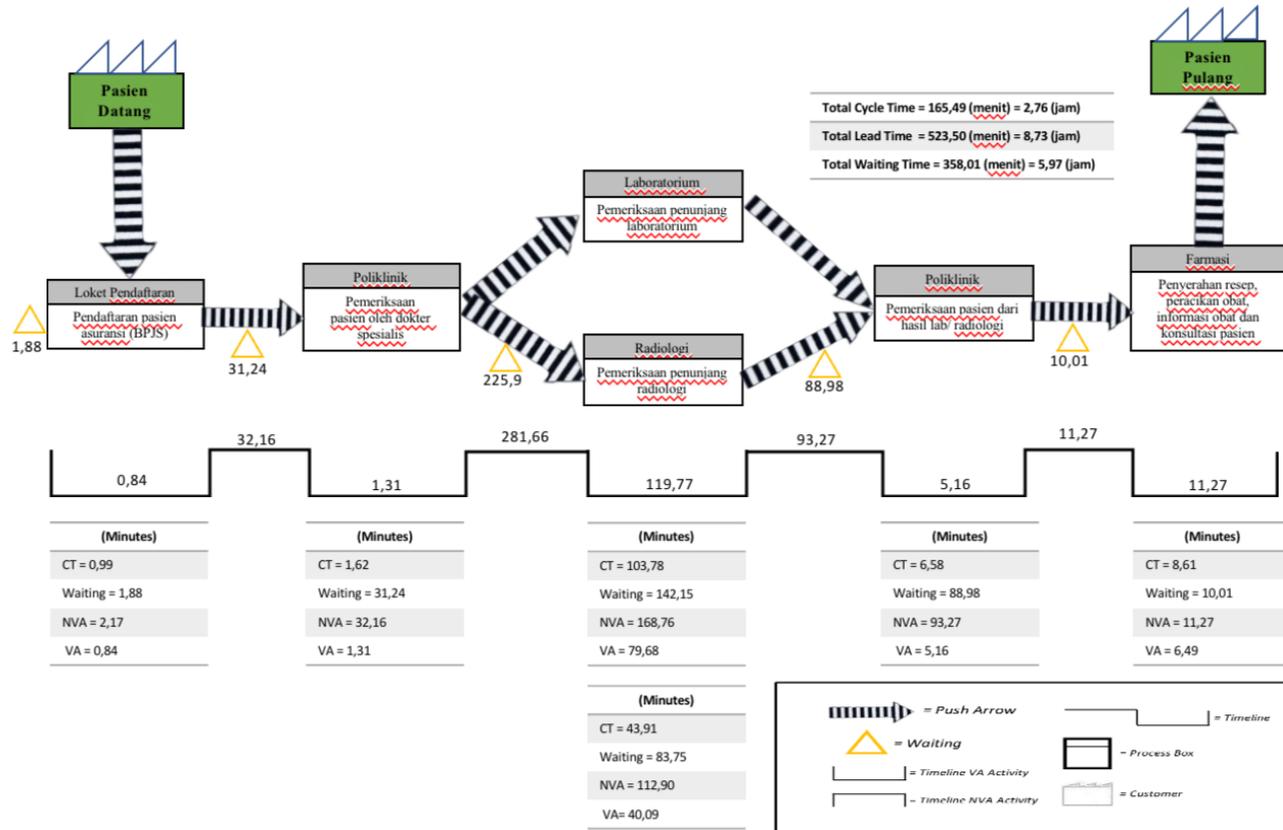
Penetapan *Value Stream Mapping (VSM)* dilakukan untuk mengenali aktivitas-aktivitas dalam *existing* proses pelayanan

sehingga dapat menilai aktivitas *value added* dan *non value added* sepanjang proses pelayanan berlangsung (*Value Added Assesment*). Selain melakukan observasi terhadap aktivitas yang dilalui pasien di setiap tahapnya, peneliti juga mengidentifikasi waktu yang dihabiskan pasien untuk melewati setiap tahapan yang bertujuan untuk mengetahui dan menghitung persentase aktivitas-aktivitas yang termasuk *value added* dan *non value added* (*Value Added Assesment*) yang meliputi CT, VA, NVA, VAR, dan LT. Adapun hasil pemetaan *value stream mapping* dan *value added assesment* sepanjang proses pelayanan di unit rawat jalan poliklinik penyakit dalam di RSUD Arga Makmur adalah sebagai berikut :



Gambar 4. 4 VSM Pelayanan Pasien Asuransi (BPJS) Tanpa Pemeriksaan Penunjang¹

¹ Total waktu VA = 1,06 = total waktu dari kegiatan yang menambah value pada unit pelayanan pendaftaran



Gambar 4. 5 VSM Pelayanan Pasien Asuransi (BPJS) dengan Pemeriksaan Penunjang

Total waktu NVA = 1,95= total waktu dari kegiatan yang tidak menambah value pada unit pelayanan pendaftaran
 (Total waktu VA dan NVA digunakan untuk menghitung VA(%) atau nilai VAR dan juga NVA(%) yang ada pada tabel 4.1)

Berdasarkan gambar 4.4 dan 4.5 dapat dilihat proses alur pelayanan pasien dengan asuransi (BPJS) tanpa pemeriksaan penunjang dan disertai pemeriksaan penunjang dalam *Value Stream Mapping* (VSM) mulai dari pasien datang sampai pulang. Dalam setiap proses pelayanan, disertai dengan perhitungan waktu dengan menggunakan stopwatch yang berbeda untuk masing-masing *Cycle Time* (CT), *waiting time*, *Non Value Added* (NVA) dan *Value Added Time* (VA). *Cycle Time* (CT) menjelaskan waktu siklus yang dibutuhkan petugas untuk menyelesaikan pekerjaannya. Lamanya *cycle time* pada unit pendaftaran menunjukkan lamanya petugas dalam menginput data registrasi pasien. *Cycle time* pada unit poliklinik menunjukkan lamanya perawat dan dokter dalam melakukan pemeriksaan pasien. *Cycle time* pada unit laboratorium menunjukkan lamanya petugas laboratorium dalam melakukan pemeriksaan dan analisa darah. *Cycle time* pada unit radiologi menunjukkan lamanya petugas radiologi dalam melakukan rontgen sampai dengan analisa hasil. *Cycle time* pada unit farmasi menunjukkan lamanya petugas farmasi mulai dari menyiapkan obat, menginput data sampai obat diserahkan ke pasien. *Waiting time* merupakan waktu dimana tidak ada aktivitas yang berlangsung. Hal

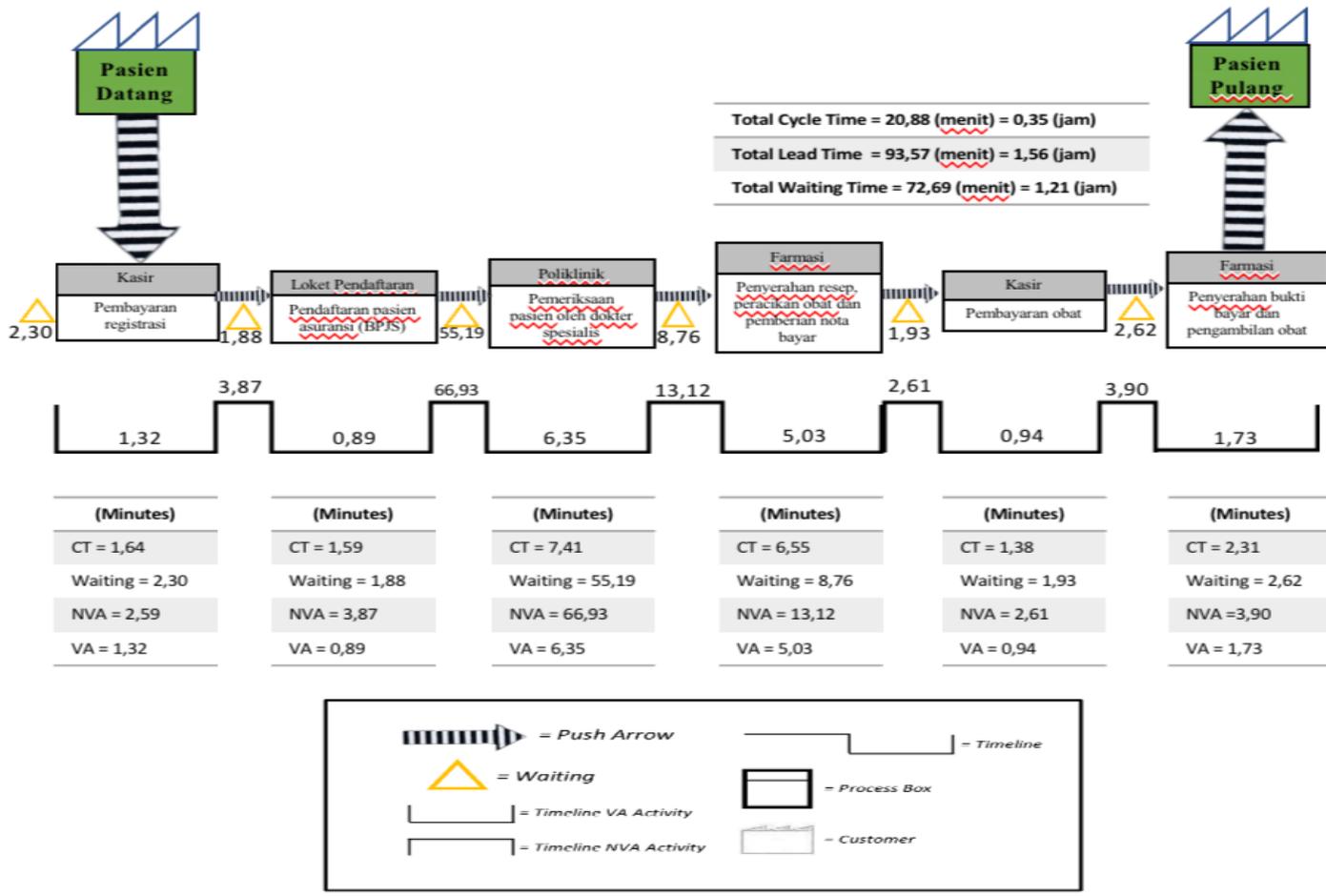
ini menunjukkan waktu tunggu pasien sampai dipanggil oleh petugas untuk dilayani.

Non Value Added (NVA) merupakan waktu yang digunakan untuk mengerjakan suatu proses atau aktivitas yang tidak menambah nilai atau tidak diinginkan pasien, termasuk didalamnya adalah waktu tunggu. *Non value added* pada unit pendaftaran menunjukkan lamanya waktu untuk kegiatan yang tidak menambah nilai untuk pasien, seperti waktu tunggu, sistem informasi yang error akibat jaringan rumah sakit ataupun gangguan dari sistem, petugas yang mengobrol, menjelaskan informasi pelayanan yang sebenarnya bisa didapatkan jika ada alur pelayanan yang jelas, memisahkan SEP pasien untuk masing-masing poliklinik, dan menyusun kembali nomor antrian yang masih ditulis manual akibat mesin antrian rusak. *Non value added* pada unit poliklinik menunjukkan waktu tunggu, keterlambatan dokter, perawat yang keluar masuk ruangan untuk mencari pasien ataupun memberikan resep, perawat mengambil berkas SEP dari bagian pendaftaran karena belum diantarkan, SIM RS yang sering error, menginput ulang data dikarenakan data hilang, dan perawat harus mengkonfirmasi ulang ke bagian laboratorium/radiologi/farmasi terkait data yang kurang jelas.

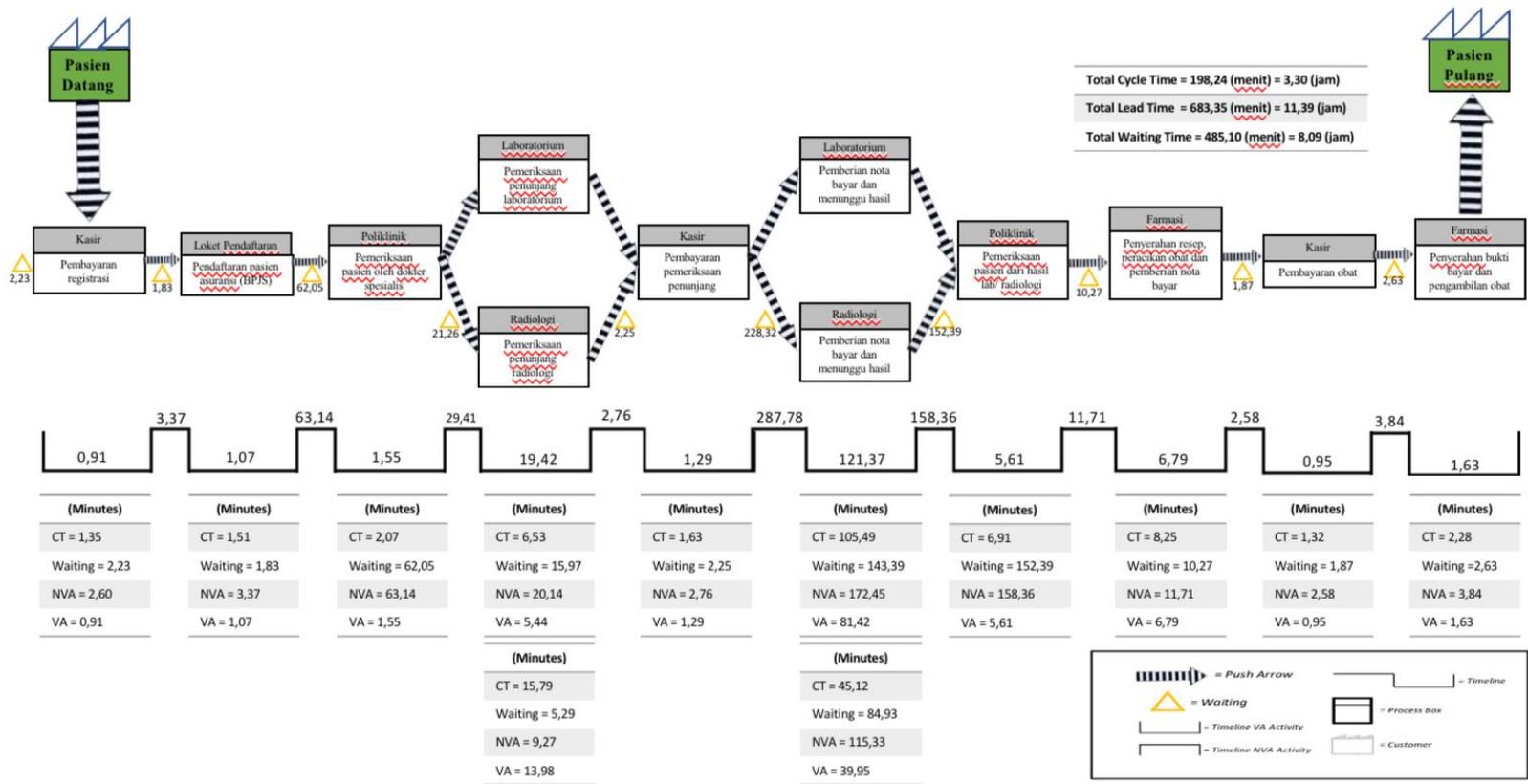
Non value added pada unit laboratorium menunjukkan waktu tunggu, pemeriksaan darah yang dilakukan 2 kali karena kesalahan label nama/data pasien, mengerjakan pemeriksaan darah kimia secara manual dikarenakan alat rusak, menunggu hasil print analisa dikarenakan printer rusak, menulis hasil analisa dengan tulis tangan, pergerakan yang tidak efektif dikarenakan ruang laboratorium seharusnya tidak bersekat, pencarian berkas pasien yang hilang, dan terjadinya kesalahan pada proses pelabelan nama/input pemeriksaan sehingga harus diulang lagi dan memakan waktu lebih lama. *Non value added* pada unit radiologi menunjukkan waktu tunggu, proses input data dilakukan *double* (sistem dan *hardcopy*), dan petugas yang harus berkali-kali ke ruangan pembacaan hasil dikarenakan sistem komputer belum saling terhubung antar ruangan. *Non value added* pada unit farmasi menunjukkan waktu tunggu, petugas yang multitasking akibat kurangnya tenaga kerja, ruang gerak yang tidak leluasa, apoteker harus mengkonfirmasi ulang tulisan resep yang tidak jelas, apoteker menelaah kembali obat yang telah disiapkan/diracik, apoteker mengkonfirmasi mengenai peresepan yang *double*, dan obat yang ditumpuk dahulu sebelum diberikan ke pasien.

Value added (VA) merupakan waktu yang digunakan untuk mengerjakan suatu proses atau aktivitas yang menambah nilai kepada

pasien. *Value added* pada unit pendaftaran menunjukkan proses input data pasien oleh petugas dan mencetak SEP (Surat Eligibilitas Peserta). *Value added* pada unit poliklinik menunjukkan waktu pemeriksaan oleh dokter maupun perawat. *Value added* pada unit laboratorium menunjukkan waktu proses alat dalam memeriksa darah dan hasil analisa. *Value added* pada unit radiologi menunjukkan waktu persiapan pasien, rontgen, hasil cetak, dan pembacaan hasil rontgen. *Value added* pada unit farmasi menunjukkan proses persiapan/peracikan obat, proses input data dan penjelasan mengenai aturan pakai obat kepada pasien. Hasil keseluruhan proses pelayanan dalam total *cycle time* yang menunjukkan total waktu siklus yang dibutuhkan petugas untuk menyelesaikan pekerjaannya. Total *lead time* menunjukkan hasil penjumlahan dari *total cycle time* dan *total waiting time*, berarti waktu yang dihabiskan pasien untuk satu pelayanan. *Total waiting time* menunjukkan total waktu tunggu pasien selama proses pelayanan berlangsung.



Gambar 4. 6 VSM Pelayanan Pasien non-Asuransi tanpa Pemeriksaan Penunjang



Gambar 4. 7 VSM Pelayanan Pasien non-asuransi dengan Pemeriksaan Penunjang

Berdasarkan gambar 4.6 dan 4.7 dapat dilihat proses alur pelayanan pasien non-asuransi (umum) tanpa pemeriksaan penunjang dan disertai pemeriksaan penunjang dalam *Value Stream Mapping* (VSM) mulai dari pasien datang sampai pulang. Dalam setiap proses pelayanan, disertai dengan perhitungan waktu dengan menggunakan stopwatch yang berbeda untuk masing-masing *Cycle Time* (CT), *waiting time*, *Non Value Added* (NVA) dan *Value Added Time* (VA).

Aktivitas-aktivitas yang menggambarkan untuk masing-masing *cycle time*, *waiting time*, *non value added*, *value added*, *total cycle time*, *total lead time*, dan *total waiting time* pasien non-asuransi (umum) sebenarnya sama dengan proses pelayanan untuk pasien asuransi (BPJS), dikarenakan proses pemeriksaan yang dilalui pasien pada setiap unit mendapatkan perlakuan yang sama antara pasien asuransi (BPJS) maupun pasien non-asuransi (umum), yang membedakan hanya terletak pada unit kasir.

Pasien non-asuransi (umum) harus membayar tagihan ke kasir pada setiap unit pelayanan. *Cycle time* pada unit kasir menunjukkan lamanya *petugas* kasir menginput data, menuliskan nota dan penerimaan/*pengembalian* uang. *Waiting time* pada unit kasir menunjukkan waktu tunggu pasien sampai dipanggil oleh petugas untuk dilayani. *Non value added* pada unit kasir menunjukkan lamanya waktu tunggu, petugas yang menuliskan nota dan juga input

data sistem (double), mencari uang kembalian, petugas terkadang tidak ditempat, dan *petugas* yang harus menanyakan/konfirmasi mengenai jumlah tagihan. *Value added* pada unit kasir menunjukkan proses input data dan pembayaran.

Value Stream Mapping menjelaskan beberapa tahapan yang menggambarkan alur atau proses yang harus dilalui pasien untuk mendapatkan proses pelayanan di unit rawat jalan poliklinik penyakit dalam di RSUD Arga Makmur yang didapatkan dari hasil observasi dan wawancara oleh peneliti. Proses pelayanan terbagi menjadi dua yaitu pasien umum dan pasien asuransi (BPJS) dengan pemeriksaan penunjang (laboratorium/radiologi) maupun tanpa pemeriksaan penunjang. Semua pelayanan tersebut membutuhkan waktu pelayanan yang berbeda sehingga peneliti menyajikannya dalam bentuk *value stream mapping* yang berbeda agar lebih mudah mengetahui perbedaan dalam segi waktu pelayanan. Uraian tahapan dalam proses pelayanan tersebut adalah sebagai berikut :

a. Pasien umum tanpa pemeriksaan penunjang (laboratorium/radiologi)

1) Kasir

Pasien umum harus membayar administrasi terlebih dahulu sebelum mendaftar. Pasien baru harus membayar biaya

administrasi dan kartu berobat sedangkan untuk pasien lama hanya harus membayarkan biaya administrasi saja. Petugas kasir mencatat data pasien di buku dan nota laporan, dan setelah itu harus di input lagi ke sistem. Persyaratan yang harus diserahkan ke bagian kasir hanyalah KTP asli. Setelah mendapatkan bukti tanda bayar, pasien melanjutkan proses pelayanan ke bagian pendaftaran.

2) Pendaftaran

Pasien mengambil nomor antrian yang tersedia di meja pendaftaran dan menunggu untuk dipanggil sesuai dengan nomor antrian. Petugas pendaftaran akan memanggil nomor antrian pasien (tanpa mikrofon), setelah itu pasien akan diminta untuk menyerahkan nomor antrian, KTP, dan nota bukti bayar pendaftaran dari kasir. Pasien baru akan terlebih dahulu dibuatkan kartu berobat, kemudian baru ditanyakan keseluruhan mengenai identitasnya serta poliklinik yang dituju. Pasien lama yang sudah pernah berobat atau kontrol akan langsung ditanyakan poliklinik yang ingin dituju. Setelah proses input informasi/data pasien selesai, pasien diberitahukan untuk langsung menuju ke poliklinik yang dituju. Berkas SEP ditinggal di bagian pendaftaran dan

kemudian akan diantar oleh petugas ke masing-masing poliklinik. Ada petugas khusus untuk mengantarkan berkas SEP ke bagian poliklinik, jadi pasien tidak membawa berkas apa pun saat menuju ke poliklinik dan hanya menunggu panggilan antrian oleh perawat ruangan.

3) Poli penyakit dalam

Perawat ruangan akan memanggil pasien sesuai dengan urutan berkas SEP yang diantarkan, bukan berdasarkan data pendaftaran yang ada di sistem komputer. Pasien dipanggil masuk ke ruangan, kemudian ditanyakan mengenai adanya keluhan atau tidak. Apabila tidak ada keluhan, maka perawat langsung memberikan resep obat kepada pasien, tetapi ini hanya berlaku untuk pasien kontrol dengan riwayat pengobatan yang sudah terdata di sistem. Perawat sudah mendapatkan mandat dari dokter spesialis mengenai pemberian resep obat tersebut. Apabila pasien datang dengan keluhan ataupun pasien yang baru berobat maka perawat akan meminta pasien untuk menunggu dokter spesialis datang untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Pemeriksaan awal akan dilakukan anamnesis mengenai keluhan pasien, kemudian perawat bagian input data akan mencatatnya ke sistem, dan

perawat lainnya akan memulai untuk tensi pasien. Dalam satu ruangan, biasanya terdapat 3 perawat, namun dikarenakan kondisi covid maka sekarang hanya ada 2 perawat saja. Setelah selesai dilakukan pemeriksaan, perawat ataupun dokter akan menuliskan resep obat untuk pasien.

4) Farmasi

Farmasi (apotek) memiliki 2 loket, yaitu bagian penyerahan resep dan pemberian obat. Pasien datang ke bagian farmasi dengan membawa resep dari poliklinik, lalu diletakkan di keranjang bagian penyerahan resep. Setelah itu, petugas akan mengambil resep yang sudah ditumpuk di keranjang dan menyiapkan obat sesuai resep. Apabila resep dengan obat jadi, maka asisten apoteker langsung menyiapkan obat lalu diserahkan ke apoteker yang ada di loket penyerahan obat. Asisten apoteker akan memeriksa terlebih dahulu ketersediaan obat, lalu membuat rincian biaya dan kemudian diserahkan kepada pasien. Pasien dapat memilih untuk mengambil semua obat ataupun bisa setengahnya apabila kekurangan biaya. Apabila pasien menyanggupi untuk menebus obat, maka akan diberikan nota untuk pembayaran di kasir.

5) Kasir

Nota pembayaran yang dibawa dari farmasi diserahkan ke kasir untuk dilakukan pembayaran. Bukti bayar dari kasir kemudian akan diserahkan kembali ke bagian farmasi untuk pengambilan obat.

6) Farmasi

Bukti bayar diserahkan pasien di bagian pengambilan obat. Pasien disuruh menunggu sebentar untuk menunggu panggilan, setelah itu apoteker akan croscheck ulang untuk memastikan obat yang tepat dengan pasien yang benar. Verifikasi pengambilan obat dilakukan dengan identifikasi nama, poliklinik, dan alamat. Setelah mendapatkan obat lalu pasien pulang.

b. Pasien umum dengan pemeriksaan penunjang (laboratorium/radiologi)

1) Kasir

Pasien umum harus membayar administrasi terlebih dahulu sebelum mendaftar. Pasien baru harus membayar biaya administrasi dan kartu berobat sedangkan untuk pasien lama hanya harus membayarkan biaya administrasi saja. Petugas kasir mencatat data pasien di buku dan nota laporan, dan setelah itu harus di input lagi ke sistem. Persyaratan yang

harus diserahkan ke bagian kasir hanyalah KTP asli. Setelah mendapatkan bukti tanda bayar, pasien melanjutkan proses pelayanan ke bagian pendaftaran.

2) Pendaftaran

Pasien mengambil nomor antrian yang tersedia di meja pendaftaran dan menunggu untuk dipanggil sesuai dengan nomor antrian. Petugas pendaftaran akan memanggil nomor antrian pasien (tanpa mikrofon), setelah itu pasien akan diminta untuk menyerahkan nomor antrian, KTP, dan nota bukti bayar pendaftaran dari kasir. Pasien baru akan terlebih dahulu dibuatkan kartu berobat, kemudian baru ditanyakan keseluruhan mengenai identitasnya serta poliklinik yang dituju. Pasien lama yang sudah pernah berobat atau kontrol akan langsung ditanyakan poliklinik yang ingin dituju. Setelah proses input informasi/data pasien selesai, pasien diberitahukan untuk langsung menuju ke poliklinik yang dituju. Berkas SEP ditinggal di bagian pendaftaran dan kemudian akan diantar oleh petugas ke masing-masing poliklinik. Ada petugas khusus untuk mengantarkan berkas SEP ke bagian poliklinik, jadi pasien tidak membawa berkas apa pun saat menuju ke poliklinik dan hanya menunggu panggilan antrian oleh perawat ruangan.

3) Poli penyakit dalam

Perawat ruangan akan memanggil pasien sesuai dengan urutan berkas SEP yang diantarkan, bukan berdasarkan data pendaftaran yang ada di sistem komputer. Pasien dipanggil masuk ke ruangan, kemudian ditanyakan mengenai adanya keluhan atau tidak. Berdasarkan keluhan pasien, perawat kemudian akan memberikan pengantar untuk pemeriksaan laboratorium/radiologi. Pasien membawa pengantar tersebut untuk memeriksakan diri ke bagian laboratorium/radiologi.

4) Laboratorium/radiologi

Pasien menyerahkan surat pengantar ke bagian laboratorium/ radiologi, kemudian diperiksa dan diminta untuk membayar ke kasir terlebih dahulu dengan nota pembayaran yang diberikan.

5) Kasir

Pasien membayarkan nota yang didapatkan dari bagian pemeriksaan penunjang.

6) Laboratorium/radiologi

Bukti bayar dari bagian kasir, diserahkan ke petugas laboratorium/ radiologi. Pasien diminta untuk menunggu hasil pemeriksaan dan analisa. Pada unit pelayanan laboratorium,

pemeriksaan darah dilakukan dengan menggunakan alat/mesin, setelah hasil analisa keluar selanjutnya akan di croscheck dan ditandatangani oleh analis lab. Pada unit pelayanan radiologi, pemeriksaan dilakukan oleh dokter bagian radiologi dan kemudian pembacaan/analisa hasil rontgen akan dilakukan oleh dokter spesialis rontgen. Setelah hasil didapat, kemudian petugas akan meminta pasien untuk membawa hasil tersebut kembali ke poliklinik.

7) Poli penyakit dalam

Hasil dari pemeriksaan penunjang baik dari laboratorium maupun radiologi, diserahkan ke perawat ruangan. Untuk pasien lama, biasanya hanya akan diberikan resep obat rutin berdasarkan riwayat yang ada, dengan syarat pasien tidak mengeluhkan apa-apa. Untuk pasien baru, atau pasien dengan keluhan tambahan, akan diminta perawat untuk menunggu dokter dan melakukan pemeriksaan lebih lanjut. Setelah pemeriksaan selesai, perawat akan memberikan resep.

8) Farmasi

Farmasi (apotek) memiliki 2 loket, yaitu bagian penyerahan resep dan pemberian obat. Pasien datang ke bagian farmasi dengan membawa resep dari poliklinik, lalu

diletakkan di keranjang bagian penyerahan resep. Setelah itu, petugas akan mengambil resep yang sudah ditumpuk di keranjang dan menyiapkan obat sesuai resep. Apabila resep dengan obat jadi, maka asisten apoteker langsung menyiapkan obat lalu diserahkan ke apoteker yang ada di loket penyerahan obat. Asisten apoteker akan memeriksa terlebih dahulu ketersediaan obat, lalu membuat rincian biaya dan kemudian diserahkan kepada pasien. Pasien dapat memilih untuk mengambil semua obat ataupun bisa setengahnya apabila kekurangan biaya. Apabila pasien menyanggupi untuk menebus obat, maka akan diberikan nota untuk pembayaran di kasir.

9) Kasir

Nota pembayaran yang dibawa dari farmasi diserahkan ke kasir untuk dilakukan pembayaran. Bukti bayar dari kasir kemudian akan diserahkan kembali ke bagian farmasi untuk pengambilan obat.

10) Farmasi

Bukti bayar diserahkan pasien di bagian pengambilan obat. Pasien disuruh menunggu sebentar untuk menunggu panggilan, setelah itu apoteker akan croscheck ulang untuk

memastikan obat yang tepat dengan pasien yang benar. Verifikasi pengambilan obat dilakukan dengan identifikasi nama, poliklinik, dan alamat. Setelah mendapatkan obat lalu pasien pulang.

c. Pasien asuransi (BPJS) tanpa pemeriksaan penunjang (laboratorium/radiologi)

1) Pendaftaran

Pasien mengambil nomor antrian terlebih dahulu, kemudian menunggu sampai nomor antrian dipanggil petugas. Pasien harus menyerahkan surat rujukan online dari puskesmas, kartu BPJS asli, kartu berobat. Petugas kemudian akan memberitahukan pasien untuk langsung menuju poliklinik.

2) Poli penyakit dalam

Perawat ruangan akan memanggil pasien sesuai dengan urutan berkas SEP yang diantarkan, bukan berdasarkan data pendaftaran yang ada di sistem komputer. Pasien dipanggil masuk ke ruangan, kemudian ditanyakan mengenai adanya keluhan atau tidak. Apabila tidak ada keluhan, maka perawat langsung memberikan resep obat kepada pasien, tetapi ini hanya berlaku untuk pasien kontrol dengan riwayat

pengobatan yang sudah terdata di sistem. Perawat sudah mendapatkan mandat dari dokter spesialis mengenai pemberian resep obat tersebut. Apabila pasien datang dengan keluhan ataupun pasien yang baru berobat maka perawat akan meminta pasien untuk menunggu dokter spesialis datang untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Pemeriksaan awal akan dilakukan anamnesis mengenai keluhan pasien, kemudian perawat bagian input data akan mencatatnya ke sistem, dan perawat lainnya akan memulai untuk tensi pasien. Dalam satu ruangan, biasanya terdapat 3 perawat, namun dikarenakan kondisi covid maka sekarang hanya ada 2 perawat saja. Setelah selesai dilakukan pemeriksaan, perawat ataupun dokter akan menuliskan resep obat untuk pasien.

3) Farmasi

Farmasi (apotek) memiliki 2 loket, yaitu bagian penyerahan resep dan pemberian obat. Pasien datang ke bagian farmasi dengan membawa resep dari poliklinik, lalu diletakkan di keranjang bagian penyerahan resep. Setelah itu, petugas akan mengambil resep yang sudah ditumpuk di keranjang dan menyiapkan obat sesuai resep. Apabila resep dengan obat jadi, maka asisten apoteker langsung menyiapkan

obat lalu diserahkan ke apoteker yang ada di loket penyerahan obat. Apabila resep dengan obat racik, maka ada petugas lainnya di bagian peracikan obat. Semua obat yang telah disiapkan akan di croscheck ulang oleh apoteker. Untuk obat rutin bulanan, setiap resep yang masuk akan langsung di periksa oleh apoteker untuk ketersediaannya dan batas waktu pengambilan yang tidak boleh kurang dari 30 hari. Semua obat yang telah disiapkan dan diperiksa ulang oleh apoteker kemudian data akan diinput kedalam sistem. Jadi apoteker bekerja sebagai croscheck obat, input sistem, dan konseling kepada pasien untuk menjelaskan tata cara penggunaan obat. Pasien mengambil obat di bagian penyerahan obat, dengan konseling langsung dengan apoteker yang bertugas.

d. Pasien asuransi (BPJS) dengan pemeriksaan penunjang (laboratorium/radiologi)

1) Pendaftaran

Pasien mengambil nomor antrian terlebih dahulu, kemudian menunggu sampai nomor antrian dipanggil petugas. Pasien harus menyerahkan surat rujukan online dari puskesmas, kartu BPJS asli, kartu berobat. Petugas kemudian akan memberitahukan pasien untuk langsung menuju poliklinik.

2) Poli penyakit dalam

Perawat ruangan akan memanggil pasien sesuai dengan urutan berkas SEP yang diantarkan, bukan berdasarkan data pendaftaran yang ada di sistem komputer. Pasien dipanggil masuk ke ruangan, kemudian ditanyakan mengenai adanya keluhan atau tidak. Berdasarkan keluhan pasien, perawat kemudian akan memberikan pengantar untuk pemeriksaan laboratorium/radiologi. Pasien membawa pengantar tersebut untuk memeriksakan diri ke bagian laboratorium/radiologi

3) Laboratorium/radiologi

Pasien menyerahkan surat pengantar ke bagian laboratorium/radiologi, kemudian diperiksa dan diminta untuk menunggu hasil pemeriksaan dan analisa. Setelah hasil didapat, kemudian petugas akan meminta pasien untuk membawa hasil tersebut kembali ke poliklinik.

4) Poli penyakit dalam

Hasil dari pemeriksaan penunjang diserahkan ke perawat ruangan. Untuk pasien lama, biasanya hanya akan diberikan resep obat rutin berdasarkan riwayat yang ada, dengan syarat pasien tidak mengeluhkan apa-apa. Untuk pasien baru, atau pasien dengan keluhan tambahan, akan diminta perawat untuk

menunggu dokter dan melakukan pemeriksaan lebih lanjut. Setelah pemeriksaan selesai, perawat akan memberikan resep.

5) Farmasi

Farmasi (apotek) memiliki 2 loket, yaitu bagian penyerahan resep dan pemberian obat. Pasien datang ke bagian farmasi dengan membawa resep dari poliklinik, lalu diletakkan di keranjang bagian penyerahan resep. Setelah itu, petugas akan mengambil resep yang sudah ditumpuk di keranjang dan menyiapkan obat sesuai resep. Apabila resep dengan obat jadi, maka asisten apoteker langsung menyiapkan obat lalu diserahkan ke apoteker yang ada di loket penyerahan obat. Apabila resep dengan obat racik, maka ada petugas lainnya di bagian peracikan obat. Semua obat yang telah disiapkan akan di croscheck ulang oleh apoteker. Untuk obat rutin bulanan, setiap resep yang masuk akan langsung di periksa oleh apoteker untuk ketersediaannya dan batas waktu pengambilan yang tidak boleh kurang dari 30 hari. Semua obat yang telah disiapkan dan diperiksa ulang oleh apoteker kemudian data akan diinput kedalam sistem. Jadi apoteker bekerja sebagai croscheck obat, input sistem, dan konseling kepada pasien untuk menjelaskan tata cara penggunaan obat.

Pasien mengambil obat di bagian penyerahan obat, dengan konseling langsung dengan apoteker yang bertugas.

Tabel 4. 1 Aktivitas di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam untuk Pasien Asuransi (BPJS) tanpa Pemeriksaan Penunjang

UNIT PELAYANAN	VA(%)	NVA(%)	WAITING TIME (MINUTE)
Pendaftaran ²	35,11	64,89	1,60
Poliklinik	14,61	85,39	55,63
Farmasi	27,56	72,44	7,76

Tabel 4.1 menjelaskan besarnya persentase *Value Added* (VA), *Non Value Added* (NVA), dan *waiting time* pada proses pelayanan pasien asuransi (BPJS) tanpa pemeriksaan penunjang per unit pelayanan. Nilai persentase *value added* atau yang disebut sebagai *Value Added Ratio* (VAR) didapatkan dengan cara total waktu *value added* dibagi dengan total waktu *value added* ditambah total waktu *non value added* kemudian dikali 100%. Nilai persentase *non value added* didapatkan dengan cara total waktu *non value added* dibagi dengan total waktu *value added* ditambah total waktu *non value added* kemudian dikali 100%. Persentase paling tinggi untuk *value added* ada pada unit pelayanan

$$^2 \text{VA}(\%) = \frac{\text{total waktu VA}}{\text{total waktu VA} + \text{total waktu NVA}} \times 100\% = \frac{1,06}{1,06 + 1,95} \times 100\% = 35,11\%$$

$$\text{NVA}(\%) = \frac{\text{total waktu NVA}}{\text{total waktu NVA} + \text{total waktu VA}} \times 100\% = \frac{1,95}{1,95 + 1,06} \times 100\% = 64,89\%$$

pendaftaran (35,11%), dan *non value added* ada pada unit pelayanan poliklinik (85,39%). *Waiting time* terlama ada pada unit pelayanan poliklinik (55,63 menit).

Tabel 4. 2 Aktivitas di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam untuk Pasien Asuransi (BPJS) dengan Pemeriksaan Penunjang

UNIT PELAYANAN	VA(%)	NVA(%)	WAITING TIME (MINUTE)
Pendaftaran	27,91	72,09	1,88
Poliklinik	4,57	95,43	60,11
Laboratorium	32,07	67,93	142,15
Radiologi	26,20	73,80	83,75
Farmasi	36,55	63,45	10,01

Tabel 4.2 menjelaskan besarnya persentase *Value Added* (VA), *Non Value Added* (NVA), dan *waiting time* pada proses pelayanan pasien asuransi (BPJS) dengan pemeriksaan penunjang per unit pelayanan. Persentase rasio paling tinggi untuk *value added* ada pada unit pelayanan farmasi (36,55%), dan *non value added* ada pada unit pelayanan poliklinik (95,43%). *Waiting time* terlama ada pada unit pelayanan laboratorium (142,15 menit).

Tabel 4. 3 Aktivitas di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam untuk Pasien non-Asuransi (Umum) tanpa Pemeriksaan Penunjang

UNIT PELAYANAN	VA(%)	NVA(%)	WAITING TIME (MINUTE)
Pendaftaran	18,73	81,27	1,88
Kasir	30,14	69,85	2,12
Poliklinik	8,67	91,33	55,19
Farmasi	29,26	70,74	5,69

Tabel 4.3 menjelaskan besarnya persentase *Value Added* (VA), *Non Value Added* (NVA), dan *waiting time* pada proses pelayanan pasien non-asuransi (umum) tanpa pemeriksaan penunjang per unit pelayanan. Persentase rasio paling tinggi untuk *value added* ada pada unit pelayanan kasir (30,14%), dan *non value added* ada pada unit pelayanan poliklinik (91,33%). *Waiting time* terlama ada pada unit pelayanan poliklinik (55,19 menit).

Tabel 4. 4 Aktivitas di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam untuk Pasien non-Asuransi (BPJS) dengan Pemeriksaan Penunjang

UNIT PELAYANAN	VA(%)	NVA(%)	WAITING TIME (MINUTE)
Pendaftaran	24,11	75,89	1,83
Kasir	27,26	71,74	2,12
Poliklinik	2,91	97,09	107,22
Laboratorium	26,67	73,33	79,68
Radiologi	42,94	57,06	45,11
Farmasi	33,25	66,75	6,45

Tabel 4.4 menjelaskan besarnya persentase *Value Added* (VA), *Non Value Added* (NVA), dan *waiting time* pada proses pelayanan pasien non-asuransi (umum) dengan pemeriksaan penunjang per unit pelayanan. Persentase rasio paling tinggi untuk *value added* ada pada unit pelayanan radiologi (42,94%), dan *non value added* ada pada unit pelayanan poliklinik (97,09%). *Waiting time* terlama ada pada unit pelayanan poliklinik (107,22 menit).

Hasil penghitungan pada masing-masing pelayanan pasien asuransi (BPJS) maupun non-asuransi (umum) dengan ataupun tanpa pemeriksaan penunjang (laboratorium/radiologi) menunjukkan bahwa persentase *Non Value Added* (NVA) tertinggi ada pada unit pelayanan poliklinik yang berarti rasio *non value added (waste)* lebih banyak dibandingkan dengan *value added, waiting time* (waktu tunggu) terlama juga ada pada unit poliklinik, kecuali pada pelayanan pasien asuransi (BPJS) dengan pemeriksaan penunjang yang bisa disebabkan oleh beberapa faktor, seperti waktu kunjungan pasien di poliklinik tidak terlalu ramai (hari Jumat dan Sabtu) dan juga faktor waktu kedatangan dokter yang lebih cepat. *Fishbone Diagram* dibuat untuk

mengidentifikasi dan secara grafik menggambarkan secara detail penyebab yang berhubungan dengan waktu tunggu di unit poliklinik yang lama.

Indikator yang biasa digunakan sebagai panduan untuk mengawali pembuatan diagram adalah 6M yaitu *methods*, *machine*, *mother nature*, *materials*, dan *man power*. Dalam penelitian ini, kategori indikator yang menjadi sebab permasalahan utama (waktu tunggu poliklinik lama) disesuaikan dengan situasi permasalahan yang ada di rumah sakit menjadi manajemen, peralatan, *layout*, sistem informasi, dan petugas. Penggolongan kategori ini didapatkan berdasarkan hasil observasi dan kemudian permasalahan yang ada dikelompokkan menjadi kategori manajemen, peralatan, *layout*, sistem informasi, dan petugas. Penyebab akar masalah yang terlihat saat observasi merupakan penyebab primer dan kemudian digali akar penyebab sekunder dengan wawancara petugas sampai diketahui akar penyebab masalah dengan menanyakan “mengapa” berkali-kali. Berikut ini adalah wawancara yang dilakukan untuk mengetahui akar penyebab masalah yang terjadi.

a) Manajemen

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa manajemen untuk proses pelayanan pasien rawat jalan masih belum dilakukan secara optimal. Kondisi ini menyebabkan prosedur pelayanan menjadi kurang terorganisir dan terlaksana dengan baik. Berikut hasil wawancara terkait manajemen pelayanan poliklinik penyakit dalam :

“Yang nganter SEP kadang juga lama, ya jadi baru bisa layanin pasien kalau berkas sudah sampai”

“Berkas SEP malah nyasar ke poli lain”

“Pasien nunggu lama ga di panggil-panggil, komplain ke saya. Lah mana saya tau, orang berkas SEP nya aja ga ada di meja saya”

Hasil wawancara ini dikonfirmasi ulang dengan hasil observasi terkait dengan kondisi sebenarnya yang terjadi, kemudian dilanjutkan dengan wawancara terhadap petugas yang bersangkutan dan klarifikasi dari pimpinan terkait. Berikut hasil wawancaranya :

“Yang bertugas cuma 2 orang, jadi kewalahan kalau pasien lagi banyak”

“Kan yang daftar ke poli interne ga cuma satu, jadi ya tunggu dulu SEP nya lumayan banyak baru di antar”

“Berkas diantar nanti kalau yang daftar sudah agak sepi, biar sekalian”

“Ya memang benar terkait hal itu, karena memang prosesnya seperti itu. Tapi mungkin nanti akan dievaluasi lagi untuk mencari solusi yang terbaik”

b) Peralatan

Hasil wawancara terkait peralatan yang mendukung proses pelayanan juga diperoleh hasil bahwa masih terdapat masalah pada sarana yang ada, dan hal ini membuat proses pelayanan menjadi terhambat. Berikut hasil wawancara dengan petugas terkait :

“Komputer suka error”

“Jaringan rumah sakit lemot”

“Kalau komputer error, jadi harus restart ulang dulu. Jadi makin lama”

“Input data jadi lama karena jaringan rumah sakit lambat”

Temuan hasil ini kemudian di konfirmasi ulang kepada petugas terkait pemeliharaan sarana dan prasarana, dan juga disesuaikan dengan hasil observasi yang dilakukan. Berikut hasil wawancaranya :

“Untuk komputer yang ada memang tidak ada jadwal untuk pengecekan”

“Jaringan memang suka lambat dan belum ada perbaikan lebih lanjut”

“Biasanya pemeriksaan dilakukan kalau ada yang meminta atau ada laporan alat rusak”

c) Layout

Hasil wawancara terkait dengan *layout* atau tata letak bangunan maupun ruangan di pelayanan rawat jalan masih kurang efisien, dikarenakan letak unit pelayanan yang berada di gedung berbeda dan juga tempat duduk ruang tunggu yang kurang. Selain itu, dikarenakan unit pelayanan di rumah sakit ini berada di gedung yang berbeda-beda, hal ini membuat pasien kesulitan untuk mencari letak unit dan juga dikarenakan tidak adanya petunjuk arah yang jelas. Berikut hasil wawancara dengan petugas terkait :

”ruang tunggu sempit”

“Saya harus tunggu sambil berdiri sampai dipanggil, ya karena lagi covid juga jadi harus jaga jarak”

“Saya bingung polinya ada dimana”

“Habis dari poli, terus kemana ya? Lewat mana?”

“Ga ada petunjuk arah”

Berdasarkan hasil observasi memang tidak ditemukan adanya petunjuk arah untuk masing-masing unit

pelayanan. Wawancara dilakukan untuk mengkonfirmasi kebenaran hal ini, berikut hasilnya :

“Gedung terpisah dengan pelayanan lainnya, kayak farmasi. Jadi kalo ada pasien yang harus konfirmasi resep, jalannya jauh, kasian”

“Kadang pasien bingung nyari polinya dimana, soalnya petunjuk arah kurang jelas”

“Iya petunjuk arah tidak tersedia di setiap ruangan”

d) Sistem informasi

Hasil wawancara terhadap petugas terkait mengenai SIM RS ternyata masih belum digunakan dengan optimal, dikarenakan masih ada beberapa kendala dengan jaringan rumah sakit yang sering error dan juga kendala dengan sistem pusat. Berikut adalah hasil wawancara dengan petugas terkait dan kepala bagian :

”SIM RS belum optimal”

“Data di SIM RS suka tiba-tiba hilang dan terhapus”

“Sering sekali saya input ulang data pasien, soalnya data SIM RS suka hilang, jaringan RS juga sering error”

“Pasien itu memang kadang ramennya di jam-jam tertentu, harusnya sih dibikin boking online gitu”

“Masih nulis resep manual, harusnya sih sudah bisa langsung terhubung ke farmasi, jadi ga bikin lama”

Hal yang terjadi di bagian pelayanan ini terkait dengan SIM RS yang masih memiliki kendala dalam penggunaannya, kemudian dikonfirmasi ulang dan diklarifikasi oleh pimpinan rumah sakit. Berikut hasil wawancaranya :

“Sebenarnya hasil lab/radiologi sudah terhubung ke SIM RS, saya pikir sudah terlaksana dengan baik. Ternyata masih belum”

“Ya memang kendala mengenai data yang terhapus dari sistem, masalahnya ada di kendali pusat Jakarta. Karena yang mengontrol sistem ada di pusat. Sudah di komplain berkali-kali, tapi belum ada tindakan lebih lanjut dari pusat”

e) Petugas

Dari hasil wawancara mendalam diperoleh hasil bahwa masih belum terlaksananya pelayanan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Berikut hasil wawancara terkait waktu pelayanan :

“Iya dokternya terlambat datang, Cuma ya mau gimana lagi, karna dokter harus visit bangsal juga”

“Soalnya pagi-pagi pasien juga belum ada”

“Dokter spesialis cuma 2, harus mengcover bangsal ranap sama poli, ya mana cukup waktunya”

Penelusuran lebih lanjut dilakukan terkait dengan waktu pelayanan di poliklinik. Berdasarkan hasil telaah

dokumen, didapatkan bahwa jumlah dokter spesialis penyakit dalam hanya ada 2 orang. Jam pelayanan poliklinik mulai dari 08.00-14.00. Dokter spesialis bertugas untuk pelayanan di rawat jalan dan rawat inap. Selanjutnya dilakukan wawancara kepada petugas terkait dan juga pimpinan pelayanan, berikut hasil wawancaranya:

“Dokter harus visit pasien bangsal yang ga bisa ditinggal, harus pelayanan poli juga, jadi ya memang harus ada yang dikorbankan. Karena memang mustahil dengan 1 orang dokter memberikan pelayanan untuk pasien segitu banyak dan berada di dua tempat secara bersamaan”

“Masalah dokter datang terlambat ini dikarenakan jumlah tenaga spesialis yang kurang”

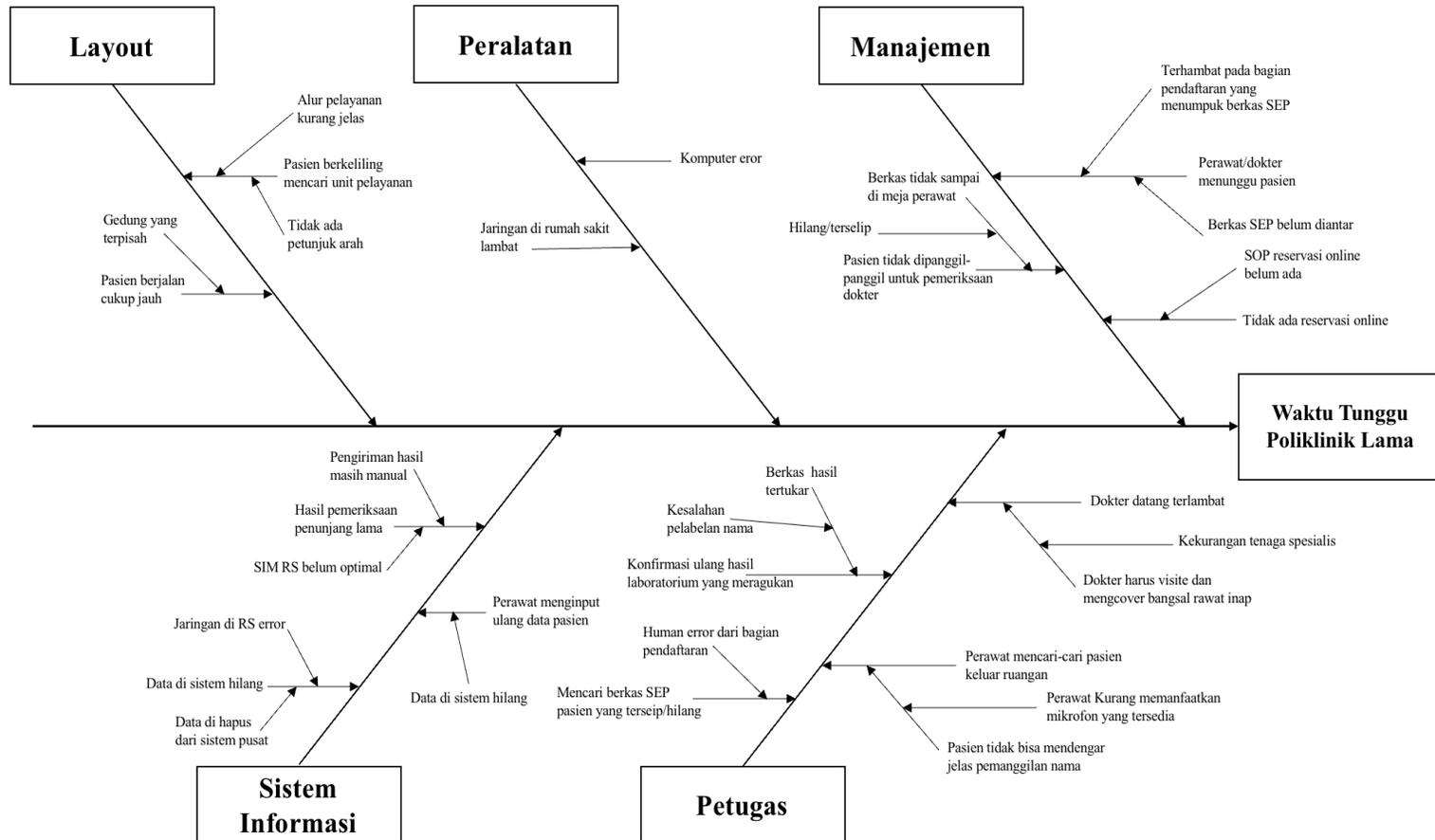
Hasil observasi dan wawancara kepada petugas, didapatkan informasi bahwa perawat terkadang juga mencari berkas SEP pasien dan juga harus mengkonfirmasi ulang mengenai hasil laboratorium yang meragukan. Kemudian, dilakukan wawancara lebih lanjut kepada petugas terkait, berikut hasil wawancaranya :

“Iya, ada pasien yang komplain kenapa sudah nunggu 4 jam lebih tapi belum dipanggil-panggil? Ternyata berkas SEP nya ga ada di meja, ya jadi harus saya cari dulu”

“Terkadang ada beberapa hasil laboraorium yang meragukan, jadi harus dikonfirmasi lagi”

“Itu bisa terjadi karena kesalahan dari petugas, ada yang salah label, salah input, berkas tertukar, nah itulah yang menyebabkan dokter poliklinik harus konfirmasi ulang mengenai hasil lab”

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan di atas, maka dapat digambarkan akar masalah dari waktu tunggu poliklinik yang lama melalui *fishbone diagram* pada gambar 4.8 di bawah ini.



Gambar 4. 8 Fishbone Diagram Penyebab Waktu Tunggu Unit Poliklinik Lama

3. *Waste* dalam Proses Pelayanan Rawat Jalan di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Arga Makmur

Observasi dan wawancara dilakukan peneliti untuk mengidentifikasi 8 *waste* sepanjang proses pelayanan di unit rawat jalan poliklinik penyakit dalam di RSUD Arga Makmur. Delapan jenis *waste* yang diteliti sesuai dengan konsep lean yang telah dibahas sebelumnya pada tinjauan pustaka pada penelitian ini. Adapun *waste* yang teridentifikasi sepanjang proses pelayanan unit rawat jalan poliklinik penyakit dalam adalah sebagai berikut:

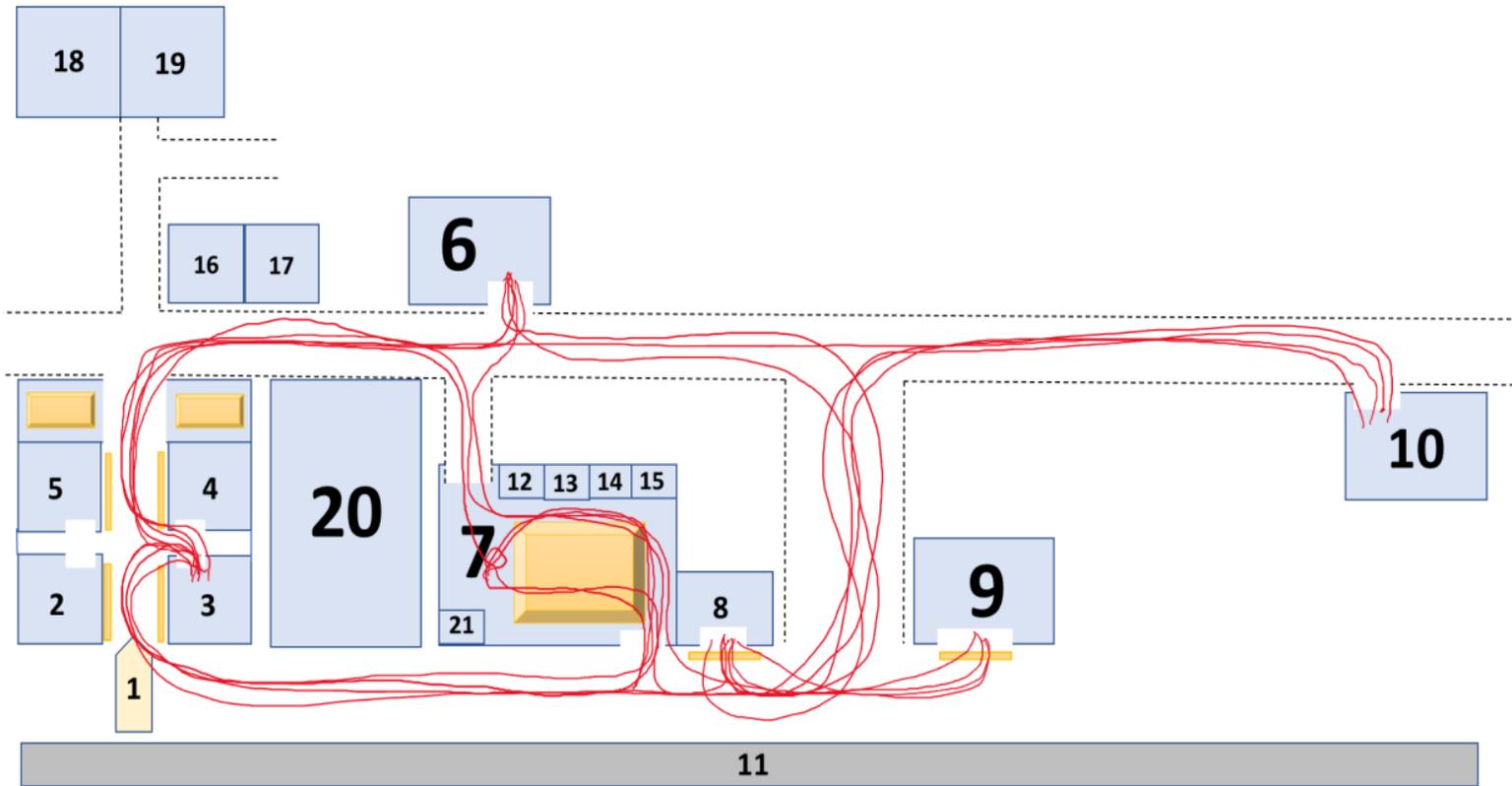
Tabel 4. 5 Identifikasi Waste

JENIS WASTE	AKTIVITAS
<i>Waiting</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien menunggu dokter spesialis datang 2) Pasien menunggu hasil laboratorium/radiologi
<i>Transportation</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas RM mengantarkan berkas SEP ke poliklinik 2) Pasien mengambil hasil laboratorium/radiologi untuk diberikan kembali ke poliklinik 3) Pasien harus kembali lagi ke laboratorium/radiologi untuk menanyakan perihal atau item dari hasil pemeriksaan yang masih dipertanyakan oleh perawat ataupun dokter di poliklinik
<i>Overproduction</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Peresepan obat yang <i>double</i> (dengan fungsi yang sama, seperti peresepan vitamin dengan merek yang berbeda tetapi memiliki fungsi yang sama)
<i>Overprocessing</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas menjelaskan alur pelayanan dan menunjukkan letak poliklinik/ laboratorium/ radiologi/farmasi/kasir berulang kali pada pasien baru

JENIS WASTE	AKTIVITAS
	<ol style="list-style-type: none"> 2) Petugas kasir menginput data <i>double</i> (nota manual dan sistem) 3) Data dan informasi pada bagian radiologi di input <i>double</i> (sistem dan <i>hardcopy</i>) dan di input lagi pada bagian pembacaan hasil rontgen di ruang dokter spesialis radiologi karena sistem komputer belum terhubung antara ruang pemeriksaan/administrasi dan ruang dokter spesialis 4) Apoteker menelaah resep dan obat yang sudah diracik (telaah resep sudah dilakukan di awal saat penerimaan resep oleh apoteker lainnya) 5) Petugas menginput data pasien berulang kali karena sistem eror 6) Pemeriksaan <i>double</i> pada laboratorium untuk <i>crosscheck</i> hasil yang meragukan
<i>Inventory</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas pendaftaran menumpuk SEP pasien hingga banyak sebelum diantar sekaligus ke poliklinik 2) Berkas SEP dan resep di input terlebih dahulu semuanya baru perawat memanggil pasien 3) Petugas farmasi menumpuk resep ataupun obat yang telah disiapkan dan diracik sebelum diserahkan ke pasien 4) Farmasi kekurangan stok obat karena distributor yang jauh dan membutuhkan waktu lama serta kehabisan stok dari distributor
<i>Motion</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien yang berkeliling karena alur pelayanan yang tidak jelas 2) Pasien berkali-kali membayar ke kasir 3) Petugas administrasi radiologi mondar-mandir ke ruang dokter spesialis radiologi untuk pembacaan hasil rontgen 4) Petugas farmasi yang mencari berkas lama di gudang untuk <i>crosscheck</i> dengan resep yang diberikan pasien (<i>layout</i> gudang berantakan)

JENIS WASTE	AKTIVITAS
	<ol style="list-style-type: none"> 5) <i>Motion</i> petugas farmasi saat meracik dan menyiapkan obat karena keterbatasan ruangan dan jumlah petugas (merangkap pekerjaan) 6) Pasien kembali lagi ke poliklinik untuk menanyakan penggunaan obat yang diterima dari farmasi 7) Perawat ruangan keluar-masuk untuk memberikan resep ke pasien 8) Pasien diminta oleh perawat ke apotek terlebih dahulu untuk meminta catatan obat dari apoteker, kemudian kembali lagi ke poliklinik 9) Perawat keluar-masuk ruangan untuk memanggil dan mencari pasien
<i>Human Potential</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoteker yang harus berjalan cukup jauh ke poliklinik untuk mengkonfirmasi resep yang diberikan oleh dokter/perawat dikarenakan penulisan resep masih manual 2) Petugas memanggil berkali-kali karena tidak menggunakan mikrofon 3) Tidak tersedia <i>customer service</i> yang melayani komplain ataupun pertanyaan dari pasien secara langsung 4) Petugas bagian pendaftaran memisahkan SEP pasien untuk masing-masing poliklinik 5) Menyusun ulang nomor antrian yang masih manual oleh petugas pendaftaran dikarenakan mesin nomor antrian sedang rusak 6) Satpam yang menuliskan nomor antrian dengan kertas setiap pasien datang 7) Perawat mengambil berkas SEP dari bagian pendaftaran ke poliklinik
<i>Defect</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Berkas pasien yang terselip atau hilang di bagian laboratorium 2) Kesalahan pemberian obat pada pasien dikarenakan konfirmasi identitas pasien yang kurang lengkap saat pengambilan

JENIS WASTE	AKTIVITAS
	obat
	3) Kesalahan pemberian dosis (terjadi akibat kesalahan dokter dan juga penulisan resep yang masih tulis tangan)
	4) Data yang telah tersimpan di sistem hilang/terhapus/error
	5) Berkas SEP yang seharusnya ditujukan ke poliklinik penyakit dalam tetapi malah diserahkan ke poli syaraf
	6) Berkas SEP tidak sampai ke poliklinik, tetapi data di sistem sudah ada, akibatnya pasien menunggu terlalu lama di poliklinik karena perawat memanggil pasien berdasarkan berkas SEP yang ada di meja
	7) Kesalahan label nama pada spesimen/sampel di bagian laboratorium
	8) Tertukarnya sampel pada saat pemeriksaan laboratorium
	9) Hasil laboratorium yang tertukar



Keterangan :

(1) Pintu Masuk IRJ; (2) Poliklinik Spesialis Bedah; (3) Poliklinik Spesialis Anak; (4) Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam; (5) Poliklinik Spesialis Kandungan; (6) Laboratorium; (7) Ruang Pendaftaran; (8) Kasir; (9) Farmasi; (10) Radiologi; (11) Tempat Parkir; (12) Poliklinik Kulit & Kelamin; (13) Poliklinik Gigi; (14) Ruang SDM; (15) Kabid SDM & RM; (16) Poliklinik Umum; (17) Poliklinik Syaraf; (18) Poliklinik Jantnug; (19) Bidang Keperawatan. = Ruang Tunggu; (20) Ruang Direktur, Administrasi; (21) Ruang Coding, Verifikasi

Gambar 4. 9 Currents State Spaghetti Diagram

Waste of motion ditunjukkan dalam *Spaghetti Diagram* yang dapat mengidentifikasi hambatan terhadap aliran untuk menghilangkan transportasi pasien, petugas ataupun dokumen yang tidak perlu. Nantinya akan dibuat *Future State Spaghetti Diagram* yang menunjukkan aliran yang lebih halus dengan langkah yang lebih sedikit, gerakan berkurang, dan *flow* yang terkoordinasi dengan lebih baik.

Gambar 4.9 mengilustrasikan mengenai *motion* atau pergerakan atau aliran (*flow*) pasien dalam proses pelayanan rawat jalan. Pasien yang baru datang (pasien asuransi) masuk melalui pintu 7 (ruang pendaftaran), sedangkan untuk pasien non-asuransi harus menuju ruang 8 (kasir) terlebih dahulu kemudian baru masuk ke pendaftaran. Ada beberapa pasien yang baru datang langsung masuk menuju pintu 1 (instalasi rawat jalan), karena tidak adanya petunjuk arah ataupun tanda untuk setiap unit pelayanan. Setelah itu, pasien menuju poliklinik penyakit dalam di ruang nomor 3 melalui pintu masuk nomor 1 (Instalasi Rawat Jalan). Ada juga pasien yang menuju poliklinik melalui pintu nomor 7 yang ada di bagian belakang dan tembus ke sisi lain dari pintu masuk utama instalasi rawat jalan. Setelah dari poliklinik, pasien dengan pemeriksaan laboratorium akan menuju ke laboratorium melalui pintu belakang yang bersebrangan

dengan pintu 1 menuju ke ruang 6 (laboratorium), dan ada juga pasien yang keluar melalui pintu 1 lalu memutar lewat depan menuju jalan yang ada di antara ruang 8 dan ruang 9 lalu belok kiri dan masuk ke ruang 6 (laboratorium). Untuk pasien dengan pemeriksaan radiologi, setelah dari poliklinik lalu menuju ke radiologi melalui pintu belakang yang bersebrangan dengan pintu 1 menuju ke ruang 10 (radiologi), dan ada juga pasien yang keluar melalui pintu 1 lalu memutar lewat depan menuju jalan yang ada di antara ruang 8 dan ruang 9 lalu belok kanan dan masuk ke ruang 10 (radiologi).

Setelah itu, pasien dengan asuransi kembali lagi menuju poliklinik melalui pintu belakang yang bersebrangan dengan pintu 1, ataupun memutar melalui depan dan masuk melalui pintu 1. Sedangkan untuk pasien non-asuransi harus menuju ruang 8 (kasir) terlebih dahulu dengan melewati jalan antara ruang 8 dan 9, lewat pintu belakang yang bersebrangan dengan pintu 1, ataupun lewat pintu belakang dari ruang 7 baru setelahnya menuju ruang 3 (poliklinik). Setelah mendapatkan resep, pasien menuju ruang 9 (farmasi) melalui pintu belakang yang bersebrangan dengan pintu 1, ataupun melalui depan keluar dari pintu 1. ataupun lewat pintu belakang dari ruang 7 dan memutar lewat depan menuju ruang 9 (farmasi).

4. Desain Usulan Perbaikan untuk Meminimalkan *Waste* yang Terjadi dalam Proses Pelayanan Rawat Jalan di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Arga Makmur

Proses pelayanan rawat jalan di RSUD Arga Makmur khususnya untuk bagian poliklinik penyakit dalam memperlihatkan masih terdapat *waste* yang terjadi dan menandakan bahwa rumah sakit blum dapat dikatakan lean. Oleh karena itu, diperlukan suatu cara untuk meminimalkan atau bahkan menghilangkan semua *waste* yang ada. Usulan perbaikan dilakukan dengan mempertimbangkan bahwa mengubah dan merencanakan suatu ide di sebuah rumah sakit tidak selalu mudah karena menyangkut berbagai kebijakan, aturan-aturan yang berlaku, dana dan pihak-pihak yang berwenang serta diperlukannya konsultasi dengan pihak manajemen rumah sakit. Usulan perbaikan untuk meminimalkan *waste* di instalasi rawat jalan RSUD Arga Makmur yaitu dengan usulan jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang. Selain itu menerapkan metode 5S yang dipercaya sangat unggul dalam konsep lean.

B. Pembahasan

Hasil pemetaan *Value Stream Mapping* (VSM) di instalasi rawat jalan poliklinik penyakit dalam untuk pasien asuransi (BPJS) tanpa pemeriksaan penunjang menunjukkan nilai *Value Added Ratio* (VAR)

pada unit pendaftaran sebesar (35,11%), unit poliklinik (14,61%), dan unit farmasi (27,56%). Menurut Gasperz (2011), suatu perusahaan dianggap lean apabila the *value to waste ratio* mencapai minimum 30%, sehingga berdasarkan hasil yang diperoleh maka dapat ditarik kesimpulan bahwa unit pelayanan poliklinik dan farmasi masih termasuk dalam *Un-Lean Enterprise*.

Hasil pemetaan *Value Stream Mapping* (VSM) di instalasi rawat jalan poliklinik penyakit dalam untuk pasien asuransi (BPJS) dengan pemeriksaan penunjang menunjukkan nilai *Value Added Ratio* (VAR) pada unit pendaftaran sebesar (27,91%), unit poliklinik (4,57%), unit laboratorium (32,07%), unit radiologi (26,20%), dan unit farmasi (36,55%). Menurut Gasperz (2011), suatu perusahaan dianggap lean apabila the *value to waste ratio* mencapai minimum 30%, sehingga berdasarkan hasil yang diperoleh maka dapat ditarik kesimpulan bahwa unit pelayanan pendaftaran, poliklinik dan radiologi masih termasuk dalam *Un-Lean Enterprise*.

Hasil pemetaan *Value Stream Mapping* (VSM) di instalasi rawat jalan poliklinik penyakit dalam untuk pasien non-asuransi (umum) tanpa pemeriksaan penunjang menunjukkan nilai *Value Added Ratio* (VAR) pada unit pendaftaran sebesar (18,73%), unit kasir (30,14%), unit poliklinik (8,67%), dan unit farmasi (29,26%). Menurut Gasperz (2011),

suatu perusahaan dianggap lean apabila the *value to waste ratio* mencapai minimum 30%, sehingga berdasarkan hasil yang diperoleh maka dapat ditarik kesimpulan bahwa unit pelayanan pendaftaran, poliklinik dan farmasi masih termasuk dalam *Un-Lean Enterprise*.

Hasil pemetaan *Value Stream Mapping* (VSM) di instalasi rawat jalan poliklinik penyakit dalam untuk pasien non-asuransi (umum) dengan pemeriksaan penunjang menunjukkan nilai *Value Added Ratio* (VAR) pada unit pendaftaran sebesar (24,11%), unit kasir (27,26%), unit poliklinik (2,91%), unit laboratorium (26,67%), unit radiologi (42,94%), dan unit farmasi (33,25%). Menurut Gasperz (2011), suatu perusahaan dianggap lean apabila the *value to waste ratio* mencapai minimum 30%, sehingga berdasarkan hasil yang diperoleh maka dapat ditarik kesimpulan bahwa unit pelayanan pendaftaran, kasir, poliklinik, dan laboratorium masih termasuk dalam *Un-Lean Enterprise*.

Penetapan *Value Stream Mapping* (VSM) dilakukan untuk mengenali aktivitas-aktivitas dalam *existing* proses pelayanan sehingga dapat menilai aktivitas *value added* dan *non value added (waste)* sepanjang proses pelayanan berlangsung (*Value Added Assesment*). Diketahui bahwa *waiting time* (waktu tunggu) adalah kegiatan *non value added (waste)*. Kepuasan pasien dengan unit rawat jalan dipengaruhi oleh lamanya periode konsultasi, waktu tunggu rata-rata objektif, dan interaksi

antara petugas kesehatan dan pasien. Dari faktor-faktor tersebut, waktu tunggu selalu mendapat sorotan utama (Iswanto, 2019). *Waste waiting* adalah pemborosan yang terjadi dikarenakan tidak ada aktivitas yang berlangsung atau terjadi proses menunggu seperti waktu tunggu orang, waktu tunggu mesin atau waktu tunggu material untuk diproses (Charron et al. 2015). Menurut pendapat lainnya, *waste waiting* adalah suatu aktivitas yang tidak efektif dan memakan waktu lama dalam suatu proses ke proses lainnya seperti menunggu rencana kerja, pesanan, mesin, email dan sebagainya (Chalal&Narwal, 2017).

Waktu tunggu adalah masalah mendesak karena seiring waktu penggunaan fasilitas rawat jalan di rumah sakit Indonesia telah meningkat. Karena ada banyak proses yang diperlukan untuk menerima perawatan kesehatan untuk setiap pasien rawat jalan, waktu layanan yang dihabiskan setiap pasien rawat jalan di rumah sakit menjadi lebih lama dari yang diperlukan. Masalah ini mempengaruhi kepuasan pasien rawat jalan dan juga kredibilitas rumah sakit. Selain itu, rumah sakit mungkin gagal untuk mencapai akreditasi rumah sakit, penilaian tingkat kinerja rumah sakit sehubungan dengan standar yang ditetapkan (Auprasert, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di instalasi pelayanan rawat jalan poliklinik penyakit dalam RSUD Arga Makmur menunjukkan

hasil bahwa salah satu faktor yang menyebabkan lamanya waktu tunggu adalah kedatangan dokter spesialis yang terlambat. Penelitian di India menyatakan bahwa keterlambatan dokter juga merupakan faktor yang memperlama proses waktu tunggu, temuan serupa terjadi di RSND dimana ada beberapa dokter yang datang terlambat disebabkan karena dokter melakukan *visite* bangsal kemudian melayani pasien rawat jalan dan solusi disebutkan pengaturan jadwal ulang dengan memprioritaskan pelayanan rawat jalan dilakukan pada penelitian tersebut (Ev Gijo et al, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Mosadeghrad pada tahun 2014 menunjukkan bahwa sistem *reward* dan *recognition* yang diimplementasikan pada pegawai rumah sakit akan meningkatkan kepuasan pegawai sehingga petugas bekerja lebih baik dan meningkatkan kepuasan pasien. Oleh karena itu usulan perbaikan terkait keterlambatan dokter di rawat jalan bisa dilakukan dengan menetapkan regulasi *reward* dan *recognition* serta penjadwalan ulang aktivitas dokter. Menurut Paulamsyah dan Sudiro menyatakan bahwa masalah utama yang menyebabkan waktu tunggu yang tinggi telah diidentifikasi meliputi kedatangan dokter yang terlambat, kedatangan pasien lebih awal dan diskusi panjang (waktu) antara siswa dan guru mereka dan perpindahan

dan antrian panjang untuk menjadwalkan konsultasi di masa depan (Paulamsyah JC, Sudiro, 2017).

Masalah organisasi lainnya adalah sentralisasi penjadwalan semua perawatan rumah sakit dalam satu sektor, yang menghasilkan antrian besar dan waktu tunggu yang lama. Sejalan dengan kebutuhan peningkatan dalam proses perawatan pasien, perubahan kelembagaan dalam perangkat lunak penjadwalan janji medis berkolaborasi dengan pengurangan waktu eksekusi dan dalam perpindahan pasien ke pemenuhan jadwalnya. Banyak rumah sakit di seluruh dunia telah mengusulkan solusi untuk mengatasi masalah waktu tunggu yang lama di klinik rawat jalan yang berinvestasi dalam perangkat lunak (Almomani dan AlSarheed, 2016).

Pola penjadwalan diubah untuk mendekati awal konsultasi, dan diagram alur dibuat untuk membantu dokter residen sehubungan dengan tuntutan birokrasi dan aliran sebelum berbagai perawatan diusulkan. Jadwal konsultasi mulai dilakukan di klinik rawat jalan itu sendiri setelah perubahan kelembagaan dalam perangkat lunak reservasi janji medis, mengurangi perpindahan pasien dan membawa mereka lebih dekat ke tim kesehatan yang melakukan perawatan, sebagai interaksi antara dua pasien meningkat. Perbaikan yang diimplementasikan dalam proses ini mampu mencapai pengurangan waktu tunggu hingga 4 jam (Lot LT et al, 2018).

Oleh karena itu hal ini juga dapat diimplementasikan di RSUD Arga Makmur yaitu dengan mengadakan reservasi pasien, mengurangi perpindahan pasien, dan penjadwalan ulang yang lebih awal (mendekati jam konsultasi).

Selain itu mengupayakan pendekatan kepada para dokter mengenai kedisiplinan, atau bisa juga dengan merekrut tenaga dokter spesialis baru agar bisa mengcover bangsal rawat inap dan rawat jalan sehingga satu dokter bisa fokus dalam satu pelayanan di rumah sakit dan akan bisa menghasilkan pelayanan yang lebih optimal. Pendekatan dapat dilakukan secara personal dengan menemui dokter-dokter yang tidak mematuhi jam praktek atau terlambat oleh manager pelayanan medis atau melalui rapat komite. Bila pendekatan tidak berhasil, maka akan diberikan surat teguran tertulis dari direktur dan komite medik. Penambahan petugas juga bisa dilakukan pada jam-jam yang sangat padat. Langkah yang sudah dilakukan oleh para dokter spesialis saat ini sebenarnya sudah cukup bagus untuk bisa mengurangi waktu tunggu pasien yaitu dengan memberikan mandat kepada perawat. Mandat yang diberikan berupa diperbolehkannya perawat untuk memberikan surat pengantar ke laboratorium dan radiologi serta menuliskan resep untuk pasien, dengan syarat tidak ada keluhan tambahan pada pasien dan juga pasien adalah pasien kontrol. Namun, alangkah lebih baiknya apabila pasien memang

secara langsung mendapatkan pelayanan dari dokter spesialis, agar tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit juga akan semakin tinggi.

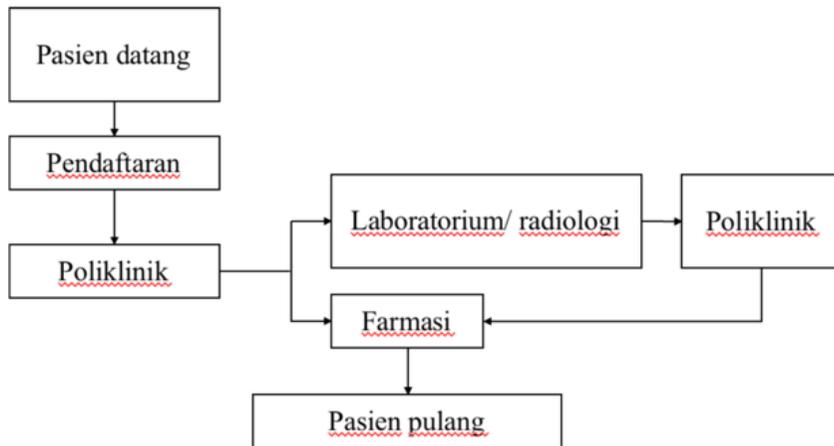
Waste Motion merupakan hal penting yang erat kaitannya dengan efisiensi kerja. Dijelaskan dalam sebuah teori yang diperkenalkan oleh Frank dan Lilian Gilbreth bernama teori time and motion study dimana mereka merumuskan 3 poin penting untuk merangkum inti teori tersebut (Laurel, 2017), yaitu :

1. Untuk memahami penyelesaian suatu pekerjaan secara efisien maka seorang pekerja harus fokus terhadap dua hal yaitu gerakan dan waktu
2. Mengurangi jumlah gerakan (*motion*) akan meningkatkan efisiensi dalam menyelesaikan pekerjaan
3. Tujuan dari peningkatan efisiensi kerja adalah untuk meningkatkan keuntungan dan kepuasan bagi pekerja

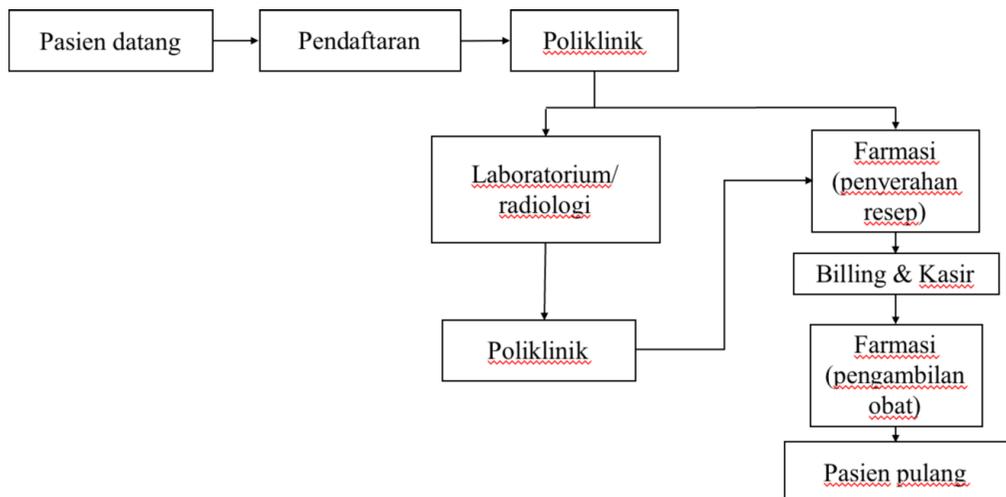
Waste motion yang terjadi di unit pelayanan rawat jalan RSUD Arga Makmur terkait dengan alur pelayanan yang kurang efisien, layout bangunan yang terpisah, SIM RS yang kurang optimal dan mengharuskan pasien bolak-balik untuk mengkonfirmasi dokumen yang sebenarnya tidak perlu dilakukan. Peneliti memberikan suatu usulan terkait masalah ini dengan memberikan rancangan layout unit pelayanan rawat jalan beserta alur pelayanannya agar *motion* yang terjadi menunjukkan aliran

yang lebih halus dengan langkah lebih sedikit, gerakan berkurang, dan *flow* yang terkoordinasi dengan lebih baik (Coelho et al, 2013).

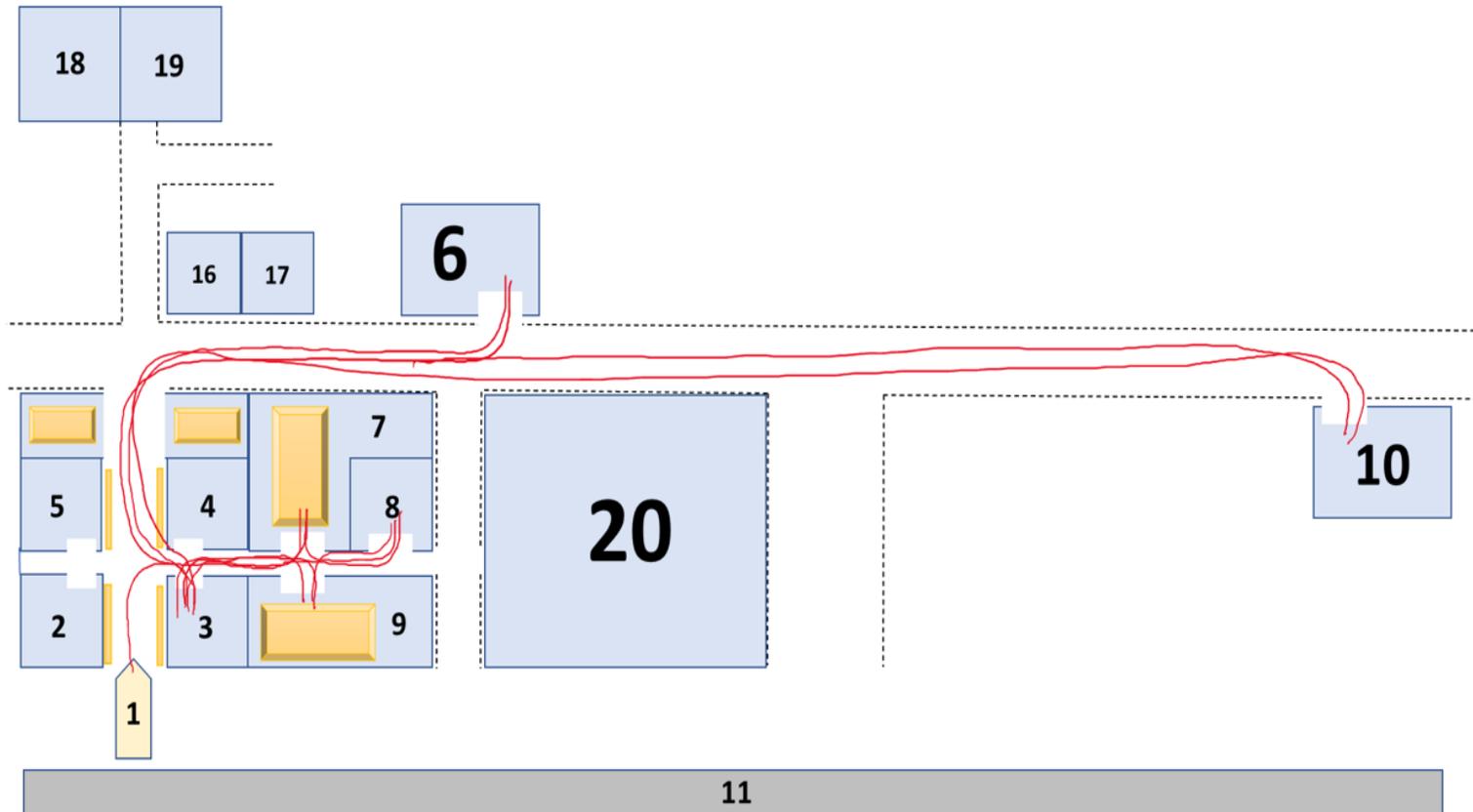
Usulan untuk untuk alur pelayanan pasien non-asuransi, pembayaran ke kasir hanya akan dilakukan satu kali saja sebelum pengambilan obat. Sistem billing nantinya akan diotomatisasi dengan SIM RS sehingga pasien tidak perlu lagi berkali-kali ke kasir (gambar 4.11). Sedangkan untuk alur pelayanan pasien asuransi, tidak banyak dilakukan perubahan (gambar 4.10). Hanya saja *motion* yang dilakukan pasien akan lebih berkurang dengan adanya perubahan *layout* ruangan dan perbaikan prosedur dalam pelayanan (gambar 4.12). Usulan *layout* yang diberikan berupa pemindahan ruang pendaftaran, kasir dan farmasi dengan ruang direktur dan administrasi. Jadi untuk ruang pendaftaran, kasir dan farmasi akan berada dalam satu gedung dengan poliklinik penyakit dalam, bedah, kandungan, dan anak. Sedangkan ruang direktur dan administrasi dipindahkan ke tempat pendaftaran yang lama. Solusi ini diharapkan dapat membuat alur pergerakan dan motion pasien menjadi lebih ringkas, sedikit, dan aliran menjadi lebih terkoordinasi dengan baik.



Gambar 4. 10 *Future Flow for Patient Insurance (BPJS)*



Gambar 4. 11 *Future Flow for Patient non-Insurance*



Keterangan :

(1) Pintu Masuk IRJ; (2) Poliklinik Spesialis Bedah; (3) Poliklinik Spesialis Anak; (4) Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam; (5) Poliklinik Spesialis Kandungan; (6) Laboratorium; (7) Ruang Pendaftaran; (8) Kasir; (9) Farmasi; (10) Radiologi; (11) Tempat Parkir; (12) Poliklinik Kulit & Kelamin; (13) Poliklinik Gigi; (14) Ruang SDM; (15) Kabid SDM & RM; (16) Poliklinik Umum; (17) Poliklinik Syaraf; (18) Poliklinik Jantnug; (19) Bidang Keperawatan. = Ruang Tunggu (20) Ruang Direktur, Administrasi, Coding, Verifikasi

Gambar 4. 12 Future Spaghetti Diagram

Selain *waste waiting* dan *motion*, juga terdapat *waste* lainnya di unit pelayanan rawat jalan RSUD Arga Makmur seperti *waste transportation*, *overproduction*, *overprocessing*, *inventory*, *human potential*, dan *defect*. Untuk memudahkan pemberian usulan dan solusi terhadap pelayanan maka peneliti mengelompokkan *waste* yang terjadi berdasarkan aspek manusia (SDM), alat atau perangkat, prosedur, lingkungan dan sistem informasi.

1. Aspek Manusia (SDM)

Waste yang terjadi berkaitan dengan tenaga manusia (SDM) yang bekerja seperti kurang disiplinnya dokter spesialis mematuhi jam praktek; tidak adanya petugas yang menjelaskan alur pelayanan maupun pertanyaan dan komplain dari pasien; kesalahan pemberian obat maupun dosis obat. Solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi hal ini bisa dengan cara pendekatan kepada dokter spesialis oleh pihak manajemen terkait dengan kedisiplinan jam kerja. Sebenarnya dalam pelayanan rumah sakit tetap dibutuhkan CS (*Customer Service*) untuk melayani pertanyaan maupun komplain dari pasien, karena memang hal tersebut termasuk dalam salah satu bagian pelayanan yang diberikan pihak rumah sakit. Namun, terkait masalah penjelasan alur pelayanan sebenarnya bisa diatasi dengan pemberian alur pelayanan yang jelas terpampang di setiap dinding ruangan disertai dengan

petunjuk arah yang ada di setiap sudut ruangan sehingga pasien akan dengan mudah menemukan unit pelayanan yang dituju. Hal ini tentu juga akan menghemat tenaga SDM untuk selalu menjelaskan alur pelayanan pada pasien baru.

Untuk masalah kesalahan obat dan dosis sebenarnya sudah sangat jarang sekali terjadi di RSUD Arga Makmur, dikarenakan memang sudah ada perbaikan dari pihak manajemen rumah sakit. Perbaikan selanjutnya yang dapat dilakukan adalah dengan menerapkan verifikasi pengambilan obat dengan identitas yang lebih jelas, karena selama ini untuk pengambilan obat apoteker hanya menanyakan nama dan asal poliklinik, bahkan lebih sering hanya dengan memanggil nama. Untuk kedepannya, bisa ditambahkan identifikasi lainnya seperti tanggal lahir dan alamat serta nomor antrian pasien. Selama ini, nomor antrian pasien hanya dipergunakan sebatas pada bagian pendaftaran saja, tetapi sebenarnya nomor antrian ini juga bisa dijadikan identifikasi pasien agar tidak terjadi kesalahan penyerahan dokumen maupun obat.

2. Aspek Alat atau Perangkat

Waste yang berkaitan dengan alat maupun perangkat dalam unit pelayanan adalah mesin nomor antrian rusak; printer rusak; komputer eror; tidak adanya alur pelayanan yang jelas dan petunjuk arah untuk

setiap unit pelayanan. Untuk permasalahan peralatan yang rusak dapat ditangani segera dengan memanggil teknisi untuk memperbaikinya sehingga dapat memberikan pelayanan yang cepat dibandingkan harus dengan manual. Solusi untuk kedepannya, seharusnya dilakukan maintenance alat rutin setiap beberapa bulan sehingga dapat mencegah alat menjadi rusak. Perlu juga dibuat alur pelayanan serta petunjuk arah yang jelas di setiap sudut ruangan unit pelayanan sehingga membuat pasien tidak kebingungan untuk proses selanjutnya maupun tempat yang ingin dituju dan akan membuat pergerakan pasien menjadi lebih efektif dan efisien.

3. Aspek Prosedur

Waste yang berkaitan dengan prosedur dalam pelayanan adalah perawat yang keluar masuk ruangan untuk mengantarkan resep ataupun mencari pasien; pasien yang harus berkali-kali ke kasir; apoteker menelaah resep dan obat yang sudah diracik; penulisan resep yang masih manual; pasien kembali lagi ke poliklinik untuk menanyakan penggunaan obat yang diterima dari farmasi; kesalahan label nama pada sampel laboratoum; tertukarnya sampel dan hasil laboratorium. Untuk sistem pemanggilan pasien, akan lebih efektif jika menggunakan mikrofon sehingga perawat tidak perlu keluar masuk ruangan untuk mencari-cari pasien. Sebenarnya mikrofon sudah tersedia di setiap ruangan, tetapi memang belum dimanfaatkan

sepenuhnya oleh petugas. Oleh karena itu, perlu dilakukan sosialisasi lebih lanjut oleh pihak manajemen rumah sakit terkait hal ini, karena motion berlebih yang dilakukan perawat tersebut hanyalah akan membuat perawat menjadi lebih cepat lelah dan pelayanan menjadi kurang optimal.

Untuk pasien umum (non-asuransi) diharuskan berkali-kali ke kasir untuk membayar pendaftaran, obat, maupun pemeriksaan penunjang. Hal ini sebenarnya bisa diringkas dan digabung menjadi satu pada bagian akhir sebelum pengambilan obat. Jadi bisa menggunakan SIM RS yang sudah terintegrasi secara otomatis menginput biaya yang ditagihkan ke pasien. Sehingga pasien hanya perlu membayar ke kasir satu kali saja selama pelayanan berlangsung.

Untuk penulisan resep yang masih manual bisa diganti dengan menggunakan resep electronic. Peresepan elektronik meningkatkan efisiensi proses peresepan. Meskipun masuknya resep baru yang sebenarnya memakan waktu sekitar 20 detik lebih lama per pasien daripada menulis resep, kali ini diimbangi dengan waktu yang disimpan karena fakta bahwa klarifikasi yang lebih sedikit diperlukan untuk resep elektronik. Jika diimplementasikan dengan benar, resep elektronik seharusnya menyebabkan sedikit gangguan dalam alur kerja pengaturan perawatan rawat jalan (Porterfield A et al, 2014).

Keselamatan pasien dapat ditingkatkan melalui resep elektronik dengan meningkatkan keterbacaan resep, mengurangi waktu yang diperlukan untuk meresepkan obat dan memberikannya kepada pasien, dan mengurangi kesalahan pengobatan. Resep berbasis web yang disebut eRx untuk mendorong mereka mempelajari cara menulis resep secara elektronik untuk mengurangi kesalahan pengobatan yang dapat dicegah. "Kaushal et al. Menemukan bahwa tingkat kesalahan menurun dari 42,5 per 100 resep menjadi 6,6 per 100 resep, hampir satu per tujuh dari level sebelumnya, hanya dalam satu tahun setelah adopsi e-resep dalam 12 praktik berbasis komunitas. Dalam studi kasus prospektif dari 17 dokter di klinik rawat jalan yang dilakukan oleh Abramson et al., Tingkat kesalahan resep menurun dari 35,7 per 100 resep menjadi 12,2 per 100 resep setelah satu tahun resep elektronik.

Peresepan elektronik membantu membuat perawatan pasien lebih efisien dengan merampingkan proses pengiriman resep ke apotek, pengeluaran obat, dan memperoleh isi ulang. Dengan tidak memberikan kepada pasien hardcopy resep, potensi bagi pasien yang kehilangan skrip dihilangkan. Contoh-contoh klarifikasi yang diprakarsai farmasi berkurang, mengurangi jumlah waktu yang dihabiskan oleh apoteker dan penyedia ponsel, sehingga mengurangi

waktu yang diperlukan untuk mengisi resep dan membawanya ke pasien. Peningkatan kepatuhan dan pemantauan kepatuhan adalah hasil penerapan *e-prescription* (Engelbert K et al, 2014).

Selain itu, dapat juga menggunakan *Automated Dispensing System* (ADS), selama dekade terakhir, penggunaan teknologi ini di apotek rumah sakit telah meningkat dengan 97% apotek rumah sakit AS menggunakan ADS pada 2014. Peningkatan ini berfungsi untuk menunjukkan manfaat dari ADS termasuk peningkatan keselamatan dan efisiensi melalui pengurangan waktu pengeluaran, peningkatan kapasitas penyimpanan dan pengendalian stok, alokasi staf yang lebih tepat untuk tugas-tugas dengan pemborosan waktu minimal dan pengurangan kesalahan pengeluaran. Kehabisan obat yang sering terjadi dan kedaluwarsa karena praktik kuantifikasi dan koordinasi yang buruk juga dapat dikelola dengan menggunakan ADS (Darwesh BM et al, 2017).

Automated Dispensing System adalah teknologi otomatis yang mengeluarkan dan mendistribusikan obat-obatan dan mendokumentasikan transaksi ini di apotek. Penggunaan sistem tersebut telah mendapatkan popularitas karena efisiensi dan relatif keselamatan yang diberikannya dalam manajemen kesehatan (Grissinger M 2012) (Cottney A, 2014).

Biaya tahunan persediaan obat turun €44.298, dan biaya obat kadaluarsa menurun €14.772. Menggunakan metode arus kas, penelitian menunjukkan bahwa arus kas keseluruhan adalah €148.229, dan nilai bersih proyek 5 tahun setelah investasi awal positif sebesar €510.404. Para penulis menyimpulkan bahwa implementasi sistem ADD menghasilkan pengembalian tinggi pada investasi awal (Chapuis C et al, 2015).

Untuk kesalahan yang terjadi di unit laboratorium bisa diatasi dengan penerapan *Total Laboratory Automation* (TLA). TLA bertujuan untuk mengintegrasikan dan secara otomatis mengontrol operasi semua alat analisis dan peralatan aksesori yang terhubung ke jalur pengangkutan sampel, dengan demikian sepenuhnya mengotomatiskan pengangkutan sampel, klasifikasi, pretreatment, deteksi, pelaporan hasil, dan pasca penyimpanan. Saat ini sistem otomatisasi lab yang tersedia membuat TLA lebih mudah diakses ke laboratorium klinis volume menengah dan tinggi (Yu HE et al, 2019).

Otomatisasi laboratorium klinis membebaskan staf dari pemilahan darah manual, penomoran, sentrifugasi, dan tugas-tugas membosankan lainnya. Tahap pra-perawatan spesimen, dengan insidensi kesalahan inspeksi manual yang tinggi, sepenuhnya otomatis, sehingga mengotomatiskan dan menstandarisasi seluruh

proses inspeksi dan sangat mengurangi kesalahan yang disebabkan oleh inspeksi manual. Data menunjukkan peningkatan 88,91% dan 76,97% dalam volume tes imunologi dan kimia pada Juli 2019 dibandingkan dengan Juli 2016, sebelum dan sesudah implementasi TLA. Selain itu, ada peningkatan 37,44% dan 72,23% masing-masing pada Juli 2019 dibandingkan dengan Juli 2017, di mana waktu TLA sepenuhnya diimplementasikan dalam penggunaan sehari-hari. Data menunjukkan peningkatan tajam dalam beban kerja, hampir dua kali lipat dari tahun 2016, tetapi jumlah staf harian tetap sama, dan bahkan kadang-kadang beroperasi dengan staf yang lebih sedikit. Data ini mencerminkan aliran kerja yang signifikan dan manfaat finansial dengan penerapan sistem TLA. Untuk implementasi yang sukses, pendekatan bertahap meminimalkan potensi masalah yang dapat secara signifikan mempengaruhi perawatan pasien. Perencanaan awal yang substansial diperlukan ketika merancang alur kerja, teknologi informasi (TI), dan konfigurasi instrumentasi untuk mengoptimalkan efisiensi. Melalui analisis longitudinal yang mendalam, meningkatkan alur kerja, melacak efisiensi transportasi, aplikasi perangkat lunak, dan aspek lain dari sistem TLA untuk mencapai efisiensi operasi yang semakin besar (Tong M et al, 2020).

4. Aspek Lingkungan

Waste yang terjadi terkait dengan aspek lingkungan adalah layout farmasi yang sempit dan berantakan karena gabung dengan gudang farmasi sehingga membuat motion pergerakan petugas menjadi tidak efisien; pelayanan menjadi kurang efisien dikarenakan letak unit pelayanan berada di gedung yang terpisah sehingga membuat pasien bolak-balik; tempat duduk di ruang tunggu masih kurang terkait dengan kondisi *new normal* covid sekarang yang mengharuskan pasien tetap menjaga jarak.

Untuk *layout* rumah sakit, seharusnya letak unit pelayanan berada dalam satu gedung sehingga mudah dijangkau dan tidak membuat pasien mondar-mandir untuk menuju unit pelayanan. Solusi yang dapat diberikan adalah dengan membuat alur pergerakan pasien yang efisien dengan desain rancangan alur yang optimal. *Motion* pergerakan pasien dan usulan denah instalasi rawat jalan ada pada *future spaghetti diagram*. Untuk instalasi farmasi, berdasarkan hasil wawancara dengan kepala ruangan farmasi didapatkan informasi bahwa gedung farmasi akan diperbaiki dan diperluas pada tahun 2021 dan kemudian akan dibuat menjadi 4 loket yaitu loket penyerahan resep, 2 loket pemberian obat, dan loket khusus untuk konsultasi.

5. Aspek sistem informasi

Waste yang terjadi terkait dengan aspek sistem informasi adalah belum optimalnya SIM RS yang mengcover berkas SEP, hasil pemeriksaan penunjang, input data pasien; sistem yang masih sering error dan mengakibatkan data pasien hilang. Dari analisis *fishbone diagram*, dan identifikasi *waste* yang dilakukan dapat terlihat bahwa kebutuhan SIM RS yang terintegrasi dengan optimal sangat mendesak. RSUD Arga Makmur sebenarnya sudah menggunakan SIM RS, namun memang pada kenyataannya masih belum dilakukan dengan optimal karena masih ada beberapa proses yang seharusnya akan menjadi lebih efisien apabila dilakukan dengan sistem sehingga akan memperoleh ketepatan dan keakuratan yang lebih tinggi dalam diagnosis, persepsan, biaya personil, pengurangan biaya fasilitas, peralatan dan material, pelayanan yang lebih baik untuk pasien, memperbaiki kondisi kerja petugas, dan menambah kapasitas untuk meningkatkan volume kegiatan tanpa pengeluaran tambahan.

Dengan adanya teknologi informasi yang diterapkan dengan baik dapat mendukung proses pengelolaan manajemen menjadi efektif dan efisien. Seiring dengan kemajuan teknologi, pengenalan teknologi informasi pada sistem pelayanan kesehatan memberikan harapan-harapan akan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dengan

bantuan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS). Adanya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) akan memberikan manfaat yang luar biasa bagi seluruh komponen di rumah sakit, baik pasien, dokter, perawat, seluruh SDM lainnya, pihak manajemen, mitra RS sampai dengan pemangku kepentingan (Odelia, 2018).

Salah satu keunggulan menerapkan SIMRS adalah menyederhanakan rangkaian aktivitas di rumah sakit yang tersusun secara rapi dan sistematis melalui sistem komputerisasi sehingga berdampak pada pelayanan yang lebih efisien, cepat, mudah dan transparan.

RSUD dr. Mohamad Soewandhie Surabaya sudah menerapkan sistem dalam pelayanannya sejak tahun 2007 dengan nama promedika desktop dan promedika web. Akan tetapi sejak bulan September 2013, sistem tersebut telah bermigrasi data dan berubah menjadi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). Setiap tahunnya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di RSUD dr. Mohamad Soewandhie Surabaya mengalami perubahan dan pengembangan, sejak diterapkan sudah terdapat modul pendaftaran, layanan kasir, pada tahun 2014 dilakukan pengembangan pada modul farmasi dan penunjang medis (laboratorium, radiologi, bank darah), tahun 2015 merumuskan pendaftaran *online (e- health)* yang terintegrasi dengan

modul pendaftaran RSUD dr. Mohamad Soewandhie Surabaya, tahun 2016 pengembangan *e-health* untuk rujukan online dan modul gizi, tahun 2017 pengembangan modul keuangan dan pendaftaran online RSUD dr. Mohamad Soewandhie Surabaya dilakukan secara keseluruhan, dan tahun ini (2018) RSUD dr. Mohamad Soewandhie Surabaya mengalami pengembangan pada modul *inventory*. Tentunya terdapat perbedaan dalam menerapkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yaitu pada tampilan jauh lebih mudah, output laporan yang dihasilkan lebih mudah diekspor ke excel. Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di RSUD dr. Mohamad Soewandhie Surabaya ini berdasarkan SK Direktur Nomor: 188.4/2984/436.7.8/2014 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSUD dr. Mohamad Soewandhie Surabaya. Dengan adanya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di RSUD dr. Mohamad Soewandhie Surabaya terdapat beberapa perubahan yang signifikan yaitu pendapatan tiap tahunnya, jumlah kunjungan pasien dan indeks kepuasan masyarakat yang meningkat (Odelia, 2018).

Masalah berkas SEP yang masih harus diantar ke poliklinik seharusnya sudah bisa dihilangkan dengan sistem yang terkoneksi antar komputer di setiap ruangan. Hal yang serupa juga seharusnya sudah tidak diperlukan lagi, seperti petugas yang harus menginput

data dua kali secara manual dan SIM RS, petugas yang harus bolak-balik ke ruangan dokter spesialis untuk hasil pembacaan analisa pemeriksaan penunjang, pasien yang masih harus menunggu lama untuk hasil pemeriksaan penunjangnya, konfirmasi resep oleh apoteker, berkas yang terselip/hilang, pencarian berkas arsip resep di bagian farmasi, dan lainnya. Semua hal ini sebenarnya bisa dimusnahkan dengan menggantinya menggunakan SIM RS yang terintegrasi dengan baik.

Uraian usulan perbaikan bagi pihak manajemen rumah sakit akan digolongkan menjadi 3 tahapan, yaitu :

a. Usulan jangka pendek

Merupakan perbaikan yang tidak memerlukan waktu lama, dapat dilakukan dengan segera karena tidak memerlukan biaya besar dan dapat diimplementasikan dalam jangka waktu 3 bulan hingga 6 bulan. Desain usulan perbaikan jangka pendek sebagai berikut :

1) Menerapkan metode 5S, *Visual Management* dan *kaizen* (*continous improvement*)

a) 5S

5S adalah nama metodologi untuk organisasi tempat kerja yang secara umum diterima sebagai salah satu

landasan untuk implementasi konsep Lean. Biasanya dilakukan pada awal pengenalan Lean yang dikombinasikan dengan penetapan aturan dan standar internal yang akan memastikan mempertahankan hasil yang dicapai dalam implementasi. Kegiatan-kegiatan tersebut menggambarkan bagaimana mengatur tempat kerja dan lingkungan kerja untuk peningkatan efisiensi dan efektivitas dengan melakukan penyortiran item, pemesanan dan pembersihan detail tempat kerja diikuti dengan kegiatan standarisasi dan pelestarian untuk mempertahankan pesanan baru (Kovacevic M et al. 2016).

b) Seiri (Sort)

Seiri adalah tahapan memilah barang dan mengelompokkan mana yang dibutuhkan dan yang tidak dibutuhkan atau dalam arti lain menyisihkan barang yang tidak diperlukan di tempat kerja. Hasil observasi menemukan bahwa masih banyak barang-barang yang tidak diperlukan dan masih tersimpan di unit-unit pelayanan sehingga perlu dibuang atau dieliminasi dengan menerapkan *Seiri* agar proses pelayanan dapat berjalan lancar dan lebih efektif, efisien, meningkatkan keselamatan dan produktifitas kerja.

c) *Seiton (Set)*

Seiton dapat diartikan dengan penataan barang-barang yang dibutuhkan sehingga mudah ditemukan oleh siapa saja yang membutuhkannya. *Seiton* dapat mengurangi pemborosan dalam bentuk gerakan mondar-mandir mencari barang. Berdasarkan hasil observasi terlihat bahwa barang-barang di unit pelayanan belum semua sesuai dengan konsep *seiton* sehingga akan mempengaruhi proses pelayanan dan menambah waktu tunggu pasien.

d) *Seisou (Shine)*

Seisou dapat juga diartikan sebagai pembersihan. Membersihkan ruangan kerja secara teratur sehingga ruangan dan alat atau barang tidak kotor dan berdebu. Kegiatan ini dapat meliputi menyapu, mengepel, dan merapikan barang/alat yang ada akan lebih baik lagi kegiatan ini dijadwalkan secara rutin. Kebersihan di unit pelayanan rawat jalan RSUD Arga Makmur belum berjalan cukup baik.

e) *Seiketsu (Standardize)*

Seiketsu adalah usaha yang terus menerus dilakukan untuk mempertahankan 3S tersebut diatas. Pada penelitian

ini, akan lebih baik semua standar kerja dijadikan dalam bentuk SOP agar semua karyawan menjadi lebih bertanggungjawab dan selalu menjalankannya sebagai bentuk kewajiban.

f) *Shitsuke (Sustain)*

Shitsuke adalah metode yang digunakan untuk memberikan motivasi pekerja agar melakukan terus-menerus dan ikut serta dalam kegiatan perawatan dan aktivitas perbaikan serta membuat karyawan terbiasa mentaati peraturan yang ada. Pada penelitian ini metode sanksi dan penghargaan dapat dipertimbangkan sebagai upaya awal memotivasi karyawan agar rajin menerapkan 5S dengan harapan terbentuk pembiasaan diri pada tiap individu sehingga menjadi budaya kerja di tempat kerjanya.

g) *Visual management*

Berasal dari kenyataan bahwa manusia adalah makhluk visual yang intensif dan sebagian besar informasi yang kami terima dan terima dari lingkungan berasal dari indera penglihatan, konsep Lean menekankan pentingnya penerapan alat dan teknik manajemen visual sebagai cara

untuk membangun tempat kerja yang sepenuhnya visual. Manajemen (VM) adalah untuk menciptakan lingkungan kerja yang menjelaskan sendiri, mengatur sendiri, meningkatkan pengaturan diri, di mana apa yang seharusnya terjadi terjadi, tepat waktu, setiap saat karena solusi visual (Galsworth, 2013). VM adalah konsep berbagai alat visual (tanda, warna, tanda, papan info, 1 lampu, dll) di rumah sakit untuk mengatur area, pekerjaan monitor, peralatan dan peralatan yang digunakan. Tujuan manajemen Visual dan mandiri Visual memperkuat keselamatan pasien dan karyawan karena fitur pengendalian diri (Kovacevic M et al. 2016).

h) Kaizen (continous improvement)

Kaizen Continuous Improvement (kata Jepang yang diterima secara global sebagai istilah untuk perbaikan berkelanjutan) merupakan pendekatan filosofis yang berfokus pada penyelesaian masalah melalui "perubahan menjadi lebih baik" secara bertahap, teratur dan berkesinambungan di beberapa atau semua elemen proses. Ketika diterapkan ke tempat kerja, *Kaizen* mengacu pada kegiatan yang melibatkan semua karyawan dan yang terus

meningkatkan semua fungsi dan proses melalui penghapusan limbah. Setiap *Kaizen* harus direncanakan dan direalisasikan, yang disebut siklus Deming atau siklus PDCA (*Plan-Do-Check-Act*). Ini mengasumsikan identifikasi masalah, analisis dan definisi solusi perbaikan pada langkah pertama (Rencana), pengujian dalam zona model kecil, terkontrol, pada langkah kedua (Lakukan), evaluasi hasil yang diperoleh (Periksa) dan adopsi atau penyesuaian kegiatan perbaikan pada langkah akhir (Tindakan) Acara *Kaizen* harus direncanakan, dilaksanakan dan dievaluasi dalam pertemuan rutin menggunakan kegiatan kerja tim yang terstruktur dengan baik. Dalam organisasi kesehatan, *Kaizen* sangat membantu dalam meningkatkan organisasi kerja, penggunaan utilitas, proses perawatan pasien bersama dengan pengurangan limbah dalam sejumlah spesialisasi dan departemen (Jacobson et al., 2009; Iannettoni et al., 2011; Smith et al., 2012)

- 2) Menyesuaikan jadwal dokter spesialis agar tidak terjadi lagi keterlambatan dokter saat praktek
- 3) Membuat alur pelayanan pasien dan diletakkan di tempat yang mudah terlihat pasien dan di setiap ruangan unit pelayanan

- 4) Membuat petunjuk arah yang jelas di setiap sudut ruangan
- 5) Membetulkan mesin nomor antrian yang rusak
- 6) Memanfaatkan mikrofon untuk pemanggilan pasien dengan lebih optimal agar petugas tidak menghabiskan tenaga dan waktu untuk memanggil pasien berulang kali dan mencari-cari pasien

b. Usulan jangka menengah

Usulan perbaikan jangka menengah memerlukan biaya khusus dan tambahan sarana yang tidak membutuhkan biaya dalam jumlah besar dan dapat diimplementasikan dalam jangka waktu 6 bulan hingga 12 bulan. Desain usulan perbaikan jangka menengah sebagai berikut :

- 1) Mengoptimalkan SIM RS untuk sistem berkas SEP, hasil laboratorium/radiologi, dan e-prescription. Sehingga tidak diperlukan lagi pengantaran berkas ke setiap poliklinik oleh petugas, menunggu hasil pemeriksaan penunjang yang terlalu lama, apoteker yang harus mengkonfirmasi resep karena tidak terbaca dan kesalahan-kesalahan yang mungkin bisa terjadi karena penulisan resep yang kurang jelas. Tidak akan ada lagi petugas yang bekerja berulang kali untuk input data karena

sistem yang eror ataupun bermasalah jika SIM RS sudah berjalan dengan optimal.

- 2) Menyederhanakan sistem billing untuk pasien non-asuransi dengan menambahkan ke SIM RS sehingga pembayaran di kasir hanya harus dilakukan sekali saja

c. Usulan jangka panjang

Usulan perbaikan jangka panjang memerlukan biaya besar dan kebijakan. Direksi dalam pelaksanaannya, jangka waktu diatas 12 bulan.

- 1) Merealisasikan pembangunan gedung farmasi dan laboratorium baru.
- 2) Menggabungkan unit pelayanan pendaftaran, kasir, dan farmasi menjadi satu gedung dengan instalasi rawat jalan untuk mengurangi pergerakan yang terlalu jauh dan tidak diperlukan, motion pasien maupun petugas.
- 3) Membuat sistem reservasi online agar dapat disesuaikan waktu antara pasien dan dokter sehingga waktu tunggu di poliklinik akan berkurang.