

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sustainable Development Goals (SDGs) mengamanatkan bahwa layanan kesehatan universal (*universal health coverage*) yaitu layanan kesehatan yang terjangkau, aman, efektif, dan berkualitas hendaknya dapat dicapai oleh semua negara di dunia pada tahun 2030 (SDGs Indonesia, 2017). Kesenjangan akses layanan kesehatan dari sisi finansial di Indonesia sebelum berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah dapat diatasi dengan adanya asuransi BPJS. Pada awal berlakunya era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), peserta asuransi hanya 47,6% (BPJS Kesehatan, 2016). Namun, pada pertengahan 2019, jumlah peserta meningkat menjadi 82,4% (BPJS Kesehatan, 2019). Peningkatan jumlah peserta asuransi (*demand*) juga meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan, terutama pelayanan rawat jalan (Ruhara and Kioko, 2016). Peningkatan utilisasi rawat jalan mengakibatkan ketidakseimbangan antara kemampuan layanan (*supply*) dengan jumlah pasien (*demand*). Hal itu berdampak pada rendahnya mutu pelayanan (Bustami, 2011).

Rendahnya mutu pelayanan kesehatan diakibatkan oleh berbagai bentuk pemborosan (*waste*) sehingga membahayakan keselamatan pasien, merusak *human capital* dan menurunkan produktivitas organisasi (World Health Organization *et al.*, 2018). Pemborosan menunjukkan adanya permasalahan pada proses dan lingkungan kerja, yang dapat bermanifestasi sebagai abnormalitas pelayanan, keluhan pelanggan, proses tersembunyi dan peningkatan pengeluaran secara mendadak. Dewasa ini pelayanan kesehatan dibebani oleh banyak praktik pemborosan. Setiap 1 Dolar pengeluaran kesehatan di Amerika, 50 sen nya adalah *waste* (Sarkar, 2007) Pemborosan pelayanan kesehatan Amerika tahun 2009 adalah 30-40%, beberapa tahun ke belakang mendekati 60% (Furfari, 2010).

Pemborosan pada pelayanan *Medicare & Medicaid* adalah 389 milyar USD (31%) dari total biaya pelayanan kesehatan, 16% di antaranya berasal dari sisi administrasi dan operasional dan 15% dari sisi klinis. Pemborosan pelayanan kesehatan dengan pembayar sektor swasta adalah sebesar 755 milyar USD (44%),

yang berasal dari sisi administratif dan operasional (27,2%) dan dari sisi klinis (13,8%). Pemborosan di sisi administratif meliputi kompleksitas administrasi, *pricing failures, fraud and abuse*. Pemborosan dari sisi klinis meliputi kegagalan koordinasi pelayanan, kegagalan pemberian layanan dan *overtreatment* (Berwick and Hackbarth, 2012).

Pemborosan menyebabkan berkurangnya nilai (*value*) pelayanan kesehatan. *Value* pelayanan kesehatan dapat dinilai dari aspek QCDSM berupa kualitas produk (*Quality*), biaya (*Cost*), Penghantaran layanan (*Delivery*), keamanan (*Safety*) serta tata cara pelayanan (*Moral*). *Quality* dinilai dari komplain pelanggan (*customer complain*), jumlah pekerjaan yang harus diulang karena cacat (*rework rate, defect*), ketersediaan informasi proses kerja (*process availability*) serta kualitas waktu awal pelayanan (*first-time quality*). *Value* dari sisi *cost* dinilai dari efisiensi (*efficiency*), biaya satuan (*unit cost*), tidak mubazir (*waste*) serta mampu menggunakan barang persediaan secara optimal. *Value* dari sisi *delivery* dinilai dari ketepatan waktu layanan (*on time delivery*), waktu proses produksi (*lead time*), jumlah produk yang terjual dibandingkan dengan target (*sales vs target*), kapasitas pelayanan *actual* (*throughput*). *Value* pelayanan kesehatan dari sisi keselamatan (*safety*) dilihat dari keselamatan kerja (*job safety*), kejadian nyaris cedera yang dilaporkan (*near misses reported*), resiko bahaya (*hazard address*) serta jumlah inovasi terkait keselamatan (*number of safety-related innovations*). Dari sisi moral, *value* ditentukan dari tingkat kehadiran petugas dan jam mulai pelayanan (Creative Safety Supply, 2018) (Graphic Products, 2019) (ZED, 2018).

Bentuk-bentuk pemborosan pada pelayanan kesehatan disingkat dengan "DOWNTIME". *Defect* adalah cacatnya produksi perusahaan. Produksi perusahaan yang berlebihan dan tidak sesuai dengan permintaan pelanggan disebut *Overproduction*. Waktu tunggu yang lama (*wait*) dan karyawan yang digaji perusahaan tetapi tidak berkinerja optimal karena berbagai sebab (*Non-Utilized Person*), juga merupakan sebuah bentuk pemborosan. Perpindahan (*transportation*) barang modal, pekerja, alat dan bahan menambah waktu tunggu produksi dan biaya. Barang inventaris yang tidak termanfaatkan (*inventory*). Pergerakan yang tidak perlu (*motion*), barang yang diproses secara berlebihan dan tidak sesuai dengan standar serta keinginan pelanggan (*extra process*) juga merupakan sebuah bentuk pemborosan (Iswanto, 2017).

Pemborosan dalam pelayanan kesehatan pada umumnya tercermin pada sisi *delivery* berupa *defect* dan *wait* yang dapat dengan mudah diidentifikasi (Chron er and Wallstr m, 2016). *Wait* mencerminkan pemborosan pada proses pelayanan dari awal hingga akhir seperti menunggu antrian, persetujuan dan tanda tangan, menunggu infrastruktur serta menunggu di ujung telepon. *Wait* juga berkaitan dengan sistem teknologi informasi (IT) serta respon yang lambat terhadap pertanyaan pelanggan (Sarkar, 2007). Menunggu lama berkaitan dengan ketidakseimbangan *demand* dan *supply* yang berdampak pada *outcome* pelayanan yang menunjukkan *access inequality*, terutama pada kalangan status sosial ekonomi rendah (Siciliani *et al.*, 2013). Pemborosan pada sisi *Delivery* terutama terjadi pada pelayanan rawat jalan (Aziati and Hamdan, 2018).

Rawat jalan adalah gerbang kedua penilaian masyarakat setelah *emergency* yang menggambarkan administrasi dan manajemen sebuah rumah sakit. Seiring dengan adanya asuransi kesehatan, terjadi peningkatan volume kunjungan rawat jalan, termasuk pelayanan *one day care* yang dilanjutkan dengan kontrol rawat jalan. Rawat jalan merupakan layanan dengan komplain ketidakpuasan tertinggi dibandingkan unit lainnya di rumah sakit (Aziati and Hamdan, 2018). Komplain tertinggi pada layanan rawat jalan berkaitan dengan ketidaktepatan waktu, inefisiensi serta pemberian layanan yang belum berorientasi pasien (Al-Harajin *et al.*, 2019).

Waktu tunggu merupakan determinan terpenting kepuasan pasien (Chen *et al.*, 2010) (Press, 2005). Pada penelitian hubungan antara waktu tunggu dengan kepuasan rawat jalan di rumah sakit tersier Saudi Arabia mendapatkan bahwa dari 406 responden, hanya separuh yang menyatakan puas terhadap waktu tunggu (Al-Harajin *et al.*, 2019). Dalam suatu penelitian kepuasan pasien pada 136 rumah sakit tersier di 31 provinsi di China ditemukan bahwa pasien rawat jalan paling tidak puas berkaitan dengan waktu tunggu yang lama (Sun *et al.*, 2017). Waktu tunggu lama menunjukkan rendahnya mutu pelayanan rawat jalan yang merugikan pasien, tenaga kesehatan, maupun manajemen rumah sakit karena tertundanya pengobatan dan *outcome* pengobatan yang buruk (Shahzadi and Annayat, 2017), memperparah kondisi dan membahayakan keselamatan pasien (Malik and Belwal, 2016).

Menunggu lama menyebabkan meningkatnya biaya langsung medis dan biaya nonmedis serta biaya tidak langsung berupa penurunan produktivitas selama

menunggu (Mehandiratta, 2011). Menunggu juga menyebabkan terjadinya *caregiver cost* berupa penurunan aktivitas ekonomi pada keluarga pasien yang mendampingi (The Centre for Spatial Economics, 2006). Menunggu lama menyebabkan kemubaziran pada gaji pegawai (*capacity cost*), biaya tetap (*fixed cost*) berupa ruang tunggu, fasilitas, peralatan dan bahan (Mehandiratta, 2011). Menunggu lama meningkatkan stres kerja petugas, menurunkan kepercayaan dan minat pelanggan untuk berkunjung ulang, dan berdampak pada pendapatan rumah sakit (Sriram and Noochpoung, 2018). Hal itu terlihat dari rendahnya angka hunian tempat tidur dan tindakan operasi. Biaya ini juga ditanggung pemerintah serta pembayar asuransi (The Centre for Spatial Economics, 2006). Dengan sistem pembiayaan paket asuransi saat ini, biaya tersebut secara langsung ditanggung oleh rumah sakit.

Pada sisi keselamatan (*safety*), rendahnya mutu pelayanan mengakibatkan kurangnya keselamatan dan kenyamanan pasien. Cacat produk (*defect*) karena prosedur yang salah merupakan contoh kurangnya kualitas pelayanan yang membahayakan keselamatan pasien. Lambatnya jam mulai pelayanan juga dapat membahayakan keselamatan pasien. Keselamatan pasien juga dapat dinilai dengan keberadaan *medical error* serta berbagai bentuk pengulangan pemeriksaan akibat prosedur yang salah.

Rendahnya mutu pelayanan kesehatan rawat jalan di era BPJS, terjadi terutama rumah sakit pemerintah yang tercermin dari panjangnya antrian dan lamanya waktu tunggu. Hal tersebut memperparah aspek *Moral* pelayanan yang tercermin dalam inkonsistensi jadwal pelayanan, jam mulai pelayanan, dan miskomunikasi yang berdampak pada kepuasan pasien (Dixon *et al.*, 2015). Kepuasan pasien BPJS menurut Rahayu (2016) lebih banyak dipengaruhi oleh pelayanan rumah sakit (50%), dibandingkan dengan pelayanan BPJS (14%). Hal tersebut berkaitan dengan aspek *delivery*, terutama waktu tunggu yang lama (Laelihah and Subekti, 2017).

Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan (WTRJ) yang melebihi standar (≥ 60 menit), pada umumnya terjadi di rumah sakit pemerintah, khususnya rumah sakit umum daerah (RSUD) di Indonesia. WTRJ di RSUD Kabupaten Indramayu 70,18 menit (Laelihah and Subekti, 2017), di RSUD Panembahan Senopati Bantul 1 jam 10 menit (Tena, 2017), dan di RSUD Iskak Tulung Agung 157,13 menit (Torry *et*

al., 2016). Hanya 20% pelayanan sesuai standar waktu tunggu di RSUD Palangkaraya (Ernawati *et al.*, 2018). WTRJ di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Provinsi Sulawesi Utara melebihi standar (Bustani *et al.*, 2015). WTRJ di RSUD Propinsi Sumatera Barat juga tidak memenuhi standar. WTRJ di RS Achmad Mochtar Bukittinggi pada umumnya (72,8%) tidak sesuai standar (Tafdhiel and Kasrin, 2018), di RSUD Adnan WD Payakumbuh adalah 2 jam 10 menit (Afif, 2017) dan RSUD Suliki 89,9 menit (Dewi *et al.*, 2020).

Pasien rawat jalan adalah pasien yang datang untuk mengakses pelayanan rumah sakit tanpa dirawat inap, sejak pasien datang hingga mendapatkan obat dan pulang pada hari yang sama (Bhattacharya *et al.*, 2014). Beberapa unit pelayanan yang terlibat dan dapat menjadi sumber permasalahan layanan rawat jalan adalah pelayanan antrian, pelayanan registrasi dan rekam medis, pelayanan poliklinik, pelayanan penunjang seperti laboratorium serta pelayanan apotek. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit, waktu tunggu pelayanan rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan sejak pasien mendaftar di bagian registrasi hingga dipanggil ke ruangan dokter untuk mendapatkan layanan konsultasi dengan waktu ≤ 60 menit. Pada Kepmenkes tersebut juga diatur standar waktu pada unit yang terlibat layanan rawat jalan seperti ≤ 10 menit pada layanan rekam medis, ≤ 30 menit untuk obat jadi dan ≤ 60 menit untuk obat racik pada layanan farmasi rawat jalan (Kementerian Kesehatan, 2008).

Permasalahan waktu tunggu pada pelayanan unit rekam medis dapat disebabkan oleh banyaknya pasien, kurangnya petugas di loket pendaftaran dan loket BPJS, gangguan koneksi internet, terlambatnya pendistribusian dokumen rekam medik, keterbatasan ruangan serta keterbatasan SDM ahli (Bustani *et al.*, 2015). Kurang optimalnya jadwal dokter bertugas juga merupakan faktor yang mempengaruhi waktu tunggu dan kepuasan pasien (Torry *et al.*, 2016). Faktor yang berkaitan dengan waktu pelayanan rekam medis terutama terjadi pada bagian *filling* akibat sering macetnya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), ketidaklengkapan dokumen administrasi pasien serta kurangnya petugas kurir (Tena, 2017).

Faktor lainnya yang mempengaruhi *delivery* rawat jalan adalah waktu tunggu Poliklinik. Rentang waktu tunggu terpanjang penyebab lamanya WTRJ adalah

antara pelayanan paramedis hingga konsultasi dokter selama 120,07 menit (Torry *et al.*, 2016) . Penyebab lainnya adalah ketiadaan regulasi dan kebijakan berupa standar operasional prosedur (SOP), kurangnya kedisiplinan petugas dalam memulai dan mengakhiri pelayanan, kurangnya komunikasi dan kerjasama petugas di unit-unit pelayanan yang terkait serta kurangnya kesadaran petugas akan pentingnya aspek waktu tunggu pada pasien (Laeliyah and Subekti, 2017). Pelayanan farmasi obat juga sering menjadi permasalahan delivery pelayanan rawat jalan, sehingga memerlukan strategi perbaikan.

Strategi perbaikan untuk mengantisipasi panjangnya antrian dapat dilakukan dengan penerapan sistem perjanjian berorientasi pasien (*appointment system*). Simulasi *appointment system* pada rumah sakit di Shanghai dapat menekan WTRJ (Chen *et al.*, 2010). Metode lainnya adalah penerapan pelayanan berorientasi pelanggan (*customer value*) dengan mengidentifikasi kesenjangan antara harapan pelanggan (*customer expectation*) dengan pengalaman (*the experience*) sehingga *service delivery* rumah sakit dapat dimodifikasi (Ash Maurya, 2012). Jika pasien harus menunggu, modifikasi kepuasan pasien adalah dengan menyediakan berbagai kegiatan yang menarik dan bermanfaat (Press, 2005). Strategi peningkatan performa pelayanan terintegrasi adalah dengan penerapan *Lean Management*. *Lean Management* merupakan metode perbaikan berkelanjutan untuk mengorganisir kompleksitas proses produksi dengan menyokong aliran proses produksi (*flow*) dan menekan pemborosan (*waste*). Pada sektor kesehatan, *Lean Management* dititikberatkan pada perbaikan aliran pasien (*patient flow*) guna mengurangi waktu tunggu (Ben-Tovim *et al.*, 2007). *Lean management* juga berfokus pada penurunan biaya (*cost reduction*). Villet *et.al* (2010) menyatakan bahwa *Lean Management* mampu menurunkan 23% kunjungan ulang dan meningkatkan 42 % akses pasien ke klinik Rotterdam (Iswanto, 2019). Mc. Cullock, (2010) juga berpendapat bahwa *Lean Management* menurunkan 7% pasien rujukan dan meningkatkan jumlah kunjungan di rumah sakit pendidikan di United Kingdom (Iswanto, 2019).

Lean management memetakan setiap hal berdasarkan tingkat kebutuhannya dalam proses produksi. Terdapat 3 proses pelayanan berdasarkan kepentingannya dalam proses produksi pelayanan kesehatan yaitu *Value Added (VA)*, *Non-Value - Added (NVA)*, dan *Necessary Non-Value-Added (NNVA)*. Pada dasarnya, dalam proses pelayanan di rumah sakit, hanya 5% kegiatan yang bernilai tambah bagi

pasien (VA). Sebagian besar (60%) proses pelayanan kesehatan tidak bernilai tambah (NVA) dan sisanya (35%), merupakan proses yang penting, tetapi tidak bernilai tambah (NNVA). Pemborosan berupa proses yang ada pada kategori NVA, yang pada umumnya ditunjukkan oleh perbandingan antara waktu yang tidak dibutuhkan dengan waktu keseluruhan proses produksi (*cycle time*). Dengan diketahuinya persentase perbandingan ini, maka proses pemborosan dapat ditekan dan proses yang bernilai tambah bagi pasien dapat ditingkatkan (Iswanto, 2017). Pendekatan Lean management dinilai efektif untuk mengefisienkan proses layanan karena tidak memerlukan biaya yang banyak. Lean management berusaha mengeliminasi proses pemborosan sehingga tidak menggunakan input tambahan. Hal ini berbeda dengan metode peningkatan mutu lainnya yang memerlukan biaya tambahan pada sarana prasarana peralatan dan SDM.

Upaya peningkatan performa layanan rawat jalan di Indonesia ditempuh dengan Standar Pelayanan Minimum (SPM) antara lain dengan indikator waktu pelayanan dan kepuasan pasien (Kementerian Kesehatan, 2008). Performa layanan rawat jalan juga dinilai melalui akreditasi rumah sakit (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018). Namun, upaya pengontrolan terhadap proses pelayanan belum dilaksanakan secara komprehensif berdasarkan berbagai permasalahan yang mendasarinya. Belum ada mekanisme pemantauan dan perbaikan berkelanjutan secara sistematis terkait proses pelayanan sehingga performa pelayanan rawat jalan masih menjadi permasalahan, terutama pada rumah sakit pemerintah.

RSUD X merupakan satu-satunya rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang berlokasi di kawasan strategis. RSUD X berdiri pada tahun 1999, dan menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sejak tahun 2015. Terdapat peningkatan *trend* kunjungan rawat jalan dalam 5 tahun terakhir dari 37.188 (2015), 46.271 (2016), 62.944 (2017) 69.089 (2018) sampai dengan 72.105 (2019). Data dari hasil Survey standar pelayanan minimum tahun 2019 didapatkan bahwa 96% pasien yang berkunjung ke RSUD X adalah pasien BPJS dan 51% di antaranya merupakan pasien Penerima Bantuan Iuran (Astiena *et al.*, 2018). Tingkat efisiensi hunian tempat tidur (*Bed Occupancy Ratio*) selama 3 tahun berturut-turut juga masih belum sesuai standar (60%-85%) yaitu 24,31% (2016), 38,78% (2017) dan 41,23% (2018) (RSUD X, 2022)

Hasil wawancara dengan Direktur RSUD X, menunjukkan bahwa kendala pelayanan dikaitkan dengan keberadaan transportasi umum, di samping beberapa kendala lainnya. Penelitian tentang performa pelayanan rawat jalan pada tahun 2018 diperoleh waktu tunggu 239 menit yang membaik menjadi 122 menit pada tahun 2019, namun masih jauh dari standar, yaitu ≤ 60 menit (Astiena *et al.*, 2019). Tingkat kepuasan pasien pada tahun 2018 adalah 83% masih jauh dibandingkan standar, yakni $\geq 90\%$ (Astiena *et al.*, 2018). Variabel terkait dengan waktu pelayanan yang belum memuaskan pasien adalah “jadwal pelayanan”, “kecepatan pelayanan”, “prosedur penerimaan pasien” dan “prosedur pelayanan”. Semua variabel terkait ketanggapan belum memuaskan pasien, yaitu “kecepatan respons”, “kejelasan informasi”, dan “respon tindakan pada saat dibutuhkan” (Astiena *et al.*, 2018).

Performa pelayanan rawat jalan merupakan permasalahan serius dan telah menjadi perhatian utama hampir di setiap rumah sakit di Indonesia, khususnya di RSUD. RSUD dikelola dengan prinsip Badan Layanan Umum (BLUD), yang seharusnya mampu menutupi biaya operasional. Hingga saat ini RSUD X masih mendapatkan subsidi Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD). Seandainya pelayanan rawat jalan dapat dikemas dengan baik, maka akan menarik minat masyarakat untuk berkunjung. Hal itu akan berdampak pada peningkatan *income* rumah sakit, sehingga subsidi PEMDA dapat diarahkan untuk membiayai kebutuhan kesehatan lainnya. Kebutuhan untuk membenahi kinerja pelayanan rawat jalan di RSUD merupakan kewajiban semua pihak, baik pihak manajemen, pemerintah maupun masyarakat. Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk membangun Model Peningkatan Mutu Layanan Rawat Jalan berbasis *Lean Management* di Rumah Sakit Umum Daerah.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah *value proposition* serta *customer value* pasien rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah X serta determinan apa yang mempengaruhinya.

2. Bagaimana model peningkatan mutu layanan rawat jalan berbasis *Lean Management* di Rumah Sakit Umum Daerah X.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah:

1. Diketuainya mutu pelayanan rawat jalan khususnya berkaitan dengan *customer value* dan determinan yang mempengaruhinya.
2. Dibangunnya model peningkatan mutu layanan rawat jalan berbasis *Lean Management*.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Teridentifikasinya *Value* Proposisi Pelanggan Rawat Jalan
2. Dibangunnya konstruksi model *Framework* pemborosan (*waste*) pada layanan rawat jalan.
3. Didapatkannya rancangan model peningkatan mutu pelayanan rawat jalan berdasarkan dimensi *customer value* (QCDSM).
4. Didapatkannya model peningkatan mutu berdasarkan redesain alur pelayanan dan redesain pekerjaan petugas pelayanan rawat jalan.
5. Didapatkannya model peningkatan mutu layanan berdasarkan digitalisasi pada sistem *booking*, sistem *scheduling* serta *visual management tools* waktu tunggu dan kepuasan pelanggan.
6. Diperolehnya informasi mengenai efektivitas penggunaan model.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoretis

Penelitian ini diharapkan dapat menyempurnakan teori *customer value* terkait mutu layanan rawat jalan di rumah sakit pemerintah di Indonesia. Teori *value of the customer* pada layanan RSUD belum digali secara penuh sehingga sebagian besar masyarakat masih menganggap berobat di luar negeri lebih baik dibandingkan di dalam negeri. Perpaduan konsep *Lean Management* guna mengefisienkan layanan rumah sakit dikombinasikan dengan nilai pelanggan

(*customer value*) diharapkan dapat mendefinisikan produk layanan rawat jalan secara spesifik, sesuai dengan kemampuan spesifik dalam mengoptimalkan penggunaan sumber daya sebagai rumah sakit. Pada akhirnya, model yang dibuat mampu meningkatkan mutu layanan rawat jalan yang berorientasi pasien berbasis *evidence-based management* dengan cara menghindari pemborosan (*waste*) serta meningkatkan *value* pelayanan berbasis pasien (QCDSM) di rumah sakit.



1.4.2 Manfaat Praktis

Manfaat praktis penelitian ini terdiri atas manfaat bagi pengambil kebijakan, pihak manajemen, akademisi dan praktisi rumah sakit serta bagi masyarakat.

a. Bagi Pengambil Kebijakan

Model ini diharapkan dapat memberi masukan bagi para pembuat kebijakan di berbagai level, seperti Pemerintah Daerah (PEMDA), Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA), serta Dinas Kesehatan. Model ini diharapkan dapat menjadi percontohan (*pilot project*) dalam peningkatan mutu layanan rawat jalan di berbagai Rumah Sakit Pemerintah Daerah (RSUD) di Indonesia.

b. Bagi pihak Manajemen Rumah Sakit

Peningkatan efisiensi layanan rawat jalan dapat meningkatkan kepuasan pasien sehingga menimbulkan minat berkunjung ulang. Penerapan model ini dapat mengurangi biaya pelayanan dan memberikan tambahan *benefit* yang berdampak pada peningkatan *revenue* rumah sakit. Pihak manajemen rumah sakit dapat mengontrol layanan kesehatan yang diberikan oleh petugas rawat jalan. Hambatan pelayanan (*bottle neck*) dapat segera diidentifikasi untuk dicarikan solusi. Di sisi lain, petugas pelayanan dapat bekerja dengan baik melalui penataan alur kerja di poliklinik sesuai dengan *Lean Management*.

c. Bagi Akademisi dan Pemerhati Rumah Sakit.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang efisiensi pelayanan kesehatan. Upaya peningkatan pelayanan rawat jalan dengan *Lean management* dan *customer value* masyarakat daerah serta komitmen pelayanan RSUD dapat dijadikan sebagai salah satu model yang dapat diterapkan di rumah sakit lain.

d. Bagi Masyarakat

Pelayanan rawat jalan yang bermutu, terhindar dari pemborosan serta berorientasi nilai pasien (*customer value*) diharapkan dapat meningkatkan kepuasan pasien (*patient satisfaction*). Sistem penataan mutu rawat jalan berbasis *Lean Management* yang dibangun diharapkan dapat membantu pasien dalam memberikan kepastian layanan sehingga memudahkan aksesibilitas dalam mendapatkan pelayanan bermutu.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Lean Management yang diteliti pada penelitian ini dibatasi pada *Lean Tools Driven* yaitu tingkatan primer pada implementasi *Lean Management* yang menjadi dasar untuk mengimplementasikan *Lean Management* pada tingkatan yang lebih tinggi, yaitu *Lean Systematic Driven* dan *Lean Principle Driven*. Ruang lingkup penelitian ini dibatasi pada upaya 1) identifikasi dan penyebab permasalahan layanan rawat jalan 2) disain solusi, 3) pengembangan model, 4) implementasi model dan 5) evaluasi model serta mengukur dampaknya terhadap efektivitas pelayanan. Pengukuran efektivitas model dilakukan dengan menilai pengaruh model sebelum dan setelah implementasi pada proses dan waktu layanan. Studi ini tidak mengukur secara langsung dampak model terhadap efisiensi sisi biaya. Namun implemmentasi *Lean Management* pada proses produksi dinyatakan dalam hukum hukum “15-2-20” yang artinya, bahwa setiap penurunan waktu produksi selama 15 menit, akan meningkatkan produktivitas sebesar 2 kali lipat dan menurunkan biaya pelayanan sebesar 20% (Arthur, 2011). Penelitian ini dibatasi pada tahapan awal penerapan *Lean Management*, yaitu *lean tools driven* yang menjadi dasar bagi penerapan *Lean Management* pada tingkatan yang lebih tinggi.

1.6 Novelty

Rumah sakit pemerintah di Indonesia, khususnya Rumah Sakit Umum Dearah (RSUD) hampir selalu identik dengan mutu yang rendah dan waktu tunggu pelayanan yang lama. *Lean Management* pada awalnya diterapkan dalam bidang industri dan manufaktur seperti yang diaplikasikan pada *Toyota Management System* sehingga menghasilkan produk mobil yang efektif, efisien serta disenangi pelanggan. Penerapan *Lean Manufacturing* berbeda dengan *Lean Hospital* karena *Lean Manufacturing* lebih banyak berhubungan dengan mesin dan peralatan dalam proses kerjanya dan menghasilkan produk berupa barang. Dalam produksi layanan rumah sakit, proses produksi lebih banyak dikerjakan oleh manusia (tenaga kesehatan dan non-kesehatan) dengan menghasilkan produk berupa jasa layanan yang diperuntukkan bagi pasien. Hingga saat ini, belum ada Model Peningkatan Mutu Layanan Rawat Jalan berbasis *Lean Management* di rumah sakit Indonesia dengan menggali *patient value* penerima pelayanan kesehatan. Penerapan *Lean*

hospital di luar negeri berbeda dengan *Lean Hospital* di Indonesia yang mengarahkan *novelty* penelitian ini. *Novelty* pada penelitian ini adalah:

1. Model *value* proposisi pasien rawat jalan yang terdiri dari *patient need*, *patient gain* dan *patient pain*. Disamping 3 variabel yang sudah ada, pada penelitian ini ditemukan satu variabel baru tambahan *customer value* proposisi yaitu "*customer reason*" yang merupakan dalil atau pertimbangan pasien dalam memilih sarana pelayanan kesehatan yang pada penelitian ini terdiri dari sembilan dalil.
2. Model *customer value* layanan rawat jalan pada variabel "QCDSM" meliputi *Quality, Service, Delivery, Safety* dan *Moral* yang sebelum ini belum digali untuk layanan kesehatan.
3. Model identifikasi *waste* pada layanan rawat jalan yang dapat digunakan oleh peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian *lean management* pada layanan kesehatan di Indonesia. Model ini juga dapat digunakan oleh praktisi kesehatan sebagai upaya pencegahan *waste* pada layanan kesehatan.
4. Model digitalisasi *lean management* yang dapat digunakan oleh akademisi dan praktisi pelayanan kesehatan yang dapat diadopsi penerapannya untuk fasilitas kesehatan lainnya
5. Model disain alur dan redisain pekerjaan petugas layanan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan.

Penelitian ini menghasilkan *output* berupa:

1. Hak Kekayaan Intelektual (HKI).
2. *Prototype* penerapan *Lean Management* pada layanan kesehatan yang dapat didownload pada google play
3. Jurnal internasional bereputasi
4. Jurnal nasional terakreditasi
5. Opini dan berita pada media cetak nasional
6. *Manual book* penggunaan aplikasi rawat jalan