

Analisis Pelayanan Kemoterapi Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Rawat Singkat Anyelir Rumah Sakit Kanker “Dharmais” dengan Metode *Lean* Tahun 2015

Analysis of BPJS's Chemotherapy Patients in Anyelir(One Day Care) in Dharmais Cancer Hospitals with Lean Method, Year 2015

Agung Julipriohadi

¹Program Studi Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

*Email: agungjulipriohadi.aj@gmail.com

ABSTRAK

Rumah Sakit Kanker “Dharmais” (RSKD) sebagai pusat rujukan penanganan penyakit kanker nasional di Indonesia, mulai menerapkan *Lean Management* dalam rencana strategi 5 tahun periode 2015-2019. RSKD menyusun agenda perubahan proses bisnis internal, salah satunya dengan proyek mengatasi waktu tunggu pelayanan kemoterapi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) khususnya di ruang rawat singkat Anyelir (*One Day Care*). *Value Stream Mapping* digunakan untuk memperlihatkan situasi serta mengidentifikasi kegiatan yang *Value Added* dan yang *Non-Value Added* berdasarkan perspektif pasien. Dengan usulan perbaikan, *Projected Value Performance* memperlihatkan peningkatan efisiensi aktifitas pasien hingga 43,1%, memangkas waktu hingga 48%, dan jarak tempuh hingga 71,8% dalam sehari.

Kata kunci: Lean Management; Perbaikan berkelanjutan; Projected Value Performance; Non-value added; Value added; Value Stream Mapping.

ABSTRACT

Rumah Sakit Kanker “Dharmais” (RSKD) as a cancer referral centers nationwide in Indonesia, trying to implement a culture of continuous improvement. Lean methods provide analytical approach to the problem of organizing the queue chemotherapy participant of Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), particularly in Anyelir ward (*One Day Care*). Cross-functional Flowchart, Value Stream Mapping, Fishbone diagram, and 5 Why's were used to show the situation and identify activities that Value Added and Non-Value Added based on the patient's perspective. With the proposed improvements, Projected Value Performance showed increased activity efficiency up to 43,1%, save the time up to 48%, and cut the mileage up to 71.8% of one patient in a day.

Keywords: Continuous Improvement; Lean Management; Non-Value Added; Projected Value Performance; Value Added; Value Stream Mapping.

PENDAHULUAN

Dunia kesehatan tidak pernah berhenti berinovasi setiap saat untuk mempersembahkan kualitas pelayanan terbaik demi kepentingan para pelanggan yang membutuhkan pertolongan atas penyakit dan kenyamanan dalam merawat kesehatan.

“Rumah sakit dan sistem kesehatan akan berusaha untuk membuka wawasan terhadap proses-proses baru, kolaborasi, dan teknologi ketika mereka akan memasuki era baru pelayanan kesehatan; yang penuh dengan pergerakan radikal pembayaran dan penjaminan biaya, permintaan tata kelola keuangan yang lebih baik, dan pertumbuhan yang dibutuhkan untuk meningkatkan data demi memahami biaya dan

kualitas yang lebih baik dalam keberlangsungan pelayanan” kata Wolfskill dalam artikel *10 revenue cycle improvement ideas from HFMA’s MAP Award winners* (Anonim, 2013).

Perbaikan yang tiada henti juga bertujuan untuk mengembangkan siklus bisnis agar tetap eksis melayani masyarakat, meskipun pelayanan kesehatan adalah bisnis yang penuh dengan resiko (Fillingham, 2007). Industri pelayanan kesehatan telah mencoba untuk mengaplikasikan berbagai macam teknik dan metodologi dalam meningkatkan efisiensi, produksi, dan kepuasan pelanggan. Salah satu yang digunakan oleh banyak industri pelayanan beberapa dekade belakangan khususnya industri pelayanan kesehatan adalah metode *Lean*. *Lean* adalah sebuah metodologi yang menciptakan peningkatan efisiensi pelayanan dengan cara mengurangi pemborosan (*waste*) proses dan meningkatkan produktifitas melalui analisis *value* dan perbaikan berkesinambungan. Di Inggris pun sudah banyak yang sudah menaruh kepercayaan terhadap *Lean* (Burgees & Radnor, 2013).

Strategi *Lean Healthcare* mempengaruhi kompetensi dasar rumah sakit secara tidak langsung sebagai pusat pelayanan medis di Thailand dalam menghadapi ASEAN Economic Community melalui manajemen kualitas internal.

Kanker merupakan penyakit tidak menular yang menyebabkan kematian terbanyak kedua setelah penyakit jantung dan pembuluh darah di dunia. Data Riskesdas tahun 2013, menunjukkan angka prevalensi kanker di Indonesia adalah 1,4 per 1.000 penduduk. Angka ini tidak jauh berbeda dengan laporan Global Burden Cancer tahun 2012 yang menyatakan insiden kanker di Indonesia sebesar 134 per 100.000 penduduk (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Besarnya angka kejadian kanker di Indonesia sangatlah membutuhkan perhatian yang lebih baik lagi. Setiap tahunnya, 12 juta orang di dunia terdeteksi menderita kanker, dan 7,6 juta di antaranya meninggal dunia atau hampir setengahnya saja yang dapat tetap hidup. Angka tersebut diperkirakan akan terus meningkat hingga 2 kali lipat dalam 20 tahun ke depan (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Dengan diberlakukannya sistem jaminan sosial nasional per tanggal 1 Januari 2014 di seluruh Indonesia, semua pembiayaan pelayanan kesehatan

terutama di pelayanan kesehatan pemerintah mempergunakan sistem INACBGs yaitu sistem pembiayaan berbasis kelompok diagnosis, termasuk di Rumah Sakit Kanker “Dharmais”. Sesuai dengan mandat Menteri bahwa paket manfaat Jaminan Kesehatan Nasional harus juga mencakup diagnosis dan pengobatan kanker di rumah sakit (Kemenkes RI, 2013).

Laporan yang diberikan oleh Jamkesmas tahun 2012 menyatakan bahwa penyakit kanker telah menghabiskan dana sekitar Rp.144.700.000.000, yang membuat kanker menempati urutan ke-2 setelah hemodialisa (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Data Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) mengungkapkan bahwa dalam tahun perdana implementasi periode Januari-Juni 2014, pelayanan rawat jalan penyakit kanker menghabiskan dana sebesar Rp.124.700.000.000 untuk 88.106 kasus, dan membuat kanker rawat jalan menjadi urutan ke-2. Sedangkan untuk kasus penyakit kanker rawat inap, penyakit kanker telah menghabiskan dana sekitar Rp.313.100.000.000 untuk 56.033 kasus (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Sesuai keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Menkes RI, 2007) pelayanan rawat sehari (*One Day Care*) adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan atau upaya pelayanan kesehatan lain dan menempati tempat tidur kurang dari 24 (dua puluh empat) jam. Banyaknya pasien kanker yang dilayani dan keterbatasan jumlah fasilitas yang tersedia menjadikan antrian pelayanan semakin panjang sehingga waktu tunggu untuk pelaksanaan kemoterapi menjadi semakin lama. Menurut data antrian ruang rawat singkat, kapasitas pelaksanaan kemoterapi yang dapat dilaksanakan di ruang rawat singkat dalam sehari adalah sekitar 30 tempat tidur. Dengan sistem perjanjian, antrian pelaksanaan kemoterapi membutuhkan waktu antara 48 jam hingga 72 jam per pasien (data olahan Ruang Rawat Singkat Rumah Sakit Kanker “Dharmais”, 2015).

Keberhasilan penerapan *Lean* sebagai metode untuk perbaikan kualitas dan efisiensi di berbagai rumah sakit di dunia dalam beberapa dekade belakangan ini, diyakini juga cukup mampu mengurangi permasalahan dalam pelayanan kemoterapi di Rumah Sakit Kanker “Dharmais”. Dengan semangat *Kaizen* (*continuous improvement*), proses perubahan proses bisnis internal

akan dilakukan. Proses dimulai dengan *visual management*, membuat *Value Stream Mapping* (VSM), memetakan keadaan saat ini kemudian dicari akar masalahnya agar mampu menemukan solusi atas masalah inti dan mengidentifikasi pemborosan, kemudian memangkas dan menghilangkan berbagai *pemborosan* yang ditemukan, lalu membuat rencana-rencana perbaikan.

Atas potensi yang dimiliki oleh *Lean* dalam menghadapi tekanan kepada rumah sakit untuk memenuhi tuntutan kualitas, *safety*, pelayanan, dan standar yang sesuai, Rumah Sakit Kanker “Dharmais” mulai menerapkan *Lean Management* dan menuangkannya ke dalam rencana strategis bisnis rumah sakit tahun 2015-2019 dalam bentuk agenda-agenda perubahan baik proses bisnis dan manajemen rumah sakit.

TINJAUAN PUSTAKA

Rumah sakit merupakan tempat pelayanan kesehatan yang memiliki fungsi kemanusiaan dengan berupaya memberikan pelayanan paripurna berupa upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Sifat jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit berupa hal-hal berwujud (*tangible*) seperti obat-obatan serta pemeriksaan medis, dan hal-hal yang tidak berwujud (*intangible*) berupa rasa percaya terhadap pelayanan, hilangnya penderitaan, serta kesembuhan. Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan dengan baik menjadikan pasien sebagai unsur utama dalam upaya pengembangan. Segala aspek yang akan direncanakan untuk kemajuan rumah sakit haruslah berorientasi pada kebutuhan pasien/pelanggan. Filosofi dan budaya organisasi mempengaruhi para karyawan dalam melakukan pekerjaannya, melayani pasien, memperlakukan lingkungan, dan memperlakukan peralatan yang dipergunakan dalam melakukan pekerjaannya.

Lean adalah sebuah metodologi perubahan budaya organisasi yang menerapkan efisiensi dan produktifitas yang menghasilkan produk berkualitas dengan biaya yang hemat (Tsasis & Bruce-Barrett, 2008). Graban (2012) menyebutkan definisi singkat tentang *Lean* yang seringkali digunakan oleh para Instruktur di Lean Enterprise Institute, “*Lean* adalah sepaket antara konsep, prinsip, dan alat-alat yang digunakan untuk menciptakan dan mengantarkan nilai tertinggi

berdasarkan perspektif pelanggan sambil menggunakan sumber daya yang lebih sedikit dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan kemampuan sumber daya manusia sepenuhnya guna melakukan pekerjaan.”

Berpikir secara *Lean* berarti berusaha berfikir sistemik (Hlubocky, Brummond, & Clark, 2013) dengan cara sebaik mungkin memberikan pelanggan apa yang mereka inginkan dengan mengurangi penggunaan sumber daya manusia, mengurangi pemakaian alat yang tidak perlu, mengurangi waktu yang tidak penting, mengurangi jarak, serta mengurangi ruang yang memperlambat pekerjaan.

Lean adalah sebuah sistem terintegrasi antara pengembangan sumber daya manusia, alat-alat teknis, pendekatan manajemen, dan filosofi yang menciptakan budaya organisasi *Lean*. Ohno (1988) (disajikan pada gambar 1) menyebutkan arti *Lean* dalam dua pilar *Lean* (“*Two Pillars*”) yang tercantum dalam buku “*Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production*”, bahwa *Lean* adalah tentang pemusnahan “*waste*” (pemborosan) secara terus menerus yang diartikan sebagai upaya pengembangan berkesinambungan dan menunjukkan penghargaan (“*respect to people*”) yang mengubah pemikiran para pemimpin organisasi dari yang bersifat instruktif dan kontrol menjadi bersifat lebih mendengarkan dan memberikan dorongan serta tantangan untuk melakukan pekerjaan yang lebih baik (Ohno, 1988) (disajikan pada gambar 2). Oleh karena itu, penting sekali membangun organisasi pembelajar (Balle & Reigner, 2007).

Tujuan dan target *Lean* ini menjadi indikator sebuah pelayanan apakah sudah bermutu prima atau justru tidak berhasil mencapai harapan.

1. *Quality/Kualitas*

Mempersembahkan kualitas terbaik harus menjadi prioritas utama. Pelanggan tidak akan datang kembali jika kualitas yang kita berikan tidak baik (disajikan pada gambar 3).

2. *Cost/biaya*

Lean mengamankan profit dengan menggunakan prinsip Pengurangan Biaya (*Cost Reduction*). Untuk menjaga margin dan profit, kita harus terus menyingkirkan pemborosan dan mengurangi biaya.

3. *Lead Time/Produktifitas*

Lean mengurangi tahap-tahap yang tidak mengandung nilai dalam pekerjaan. Proses yang rumit dan banyak belum tentu memberikan hasil yang sesuai. Pengurangan aktifitas yang tidak perlu

akan mempersingkat waktu pekerjaan, sehingga akan lebih banyak yang dapat dihasilkan dalam rentang waktu bekerja.

4. **Safety/Keamanan**

Meningkatkan keamanan lingkungan kerja berdampak menurunkan kejadian cedera ketika seseorang melakukan sesuatu di luar kebiasaannya, ketika wilayah kerja tidak teratur, atau ketika pekerjaan sedang mengalami kesulitan. Keamanan tidak boleh dikorbankan demi produktivitas. Oleh karena itu diperlukan standar operasional dan membiasakan 5R (Ringkas, Rapi, Resik, Rawat, Rajin) setiap hari oleh semua orang (Delisle & Freiberg, 2014).

5. **Moral**

Seluruh karyawan diharapkan untuk memberikan kontribusi kreatif dan positif. Perbaikan yang berkesinambungan menghargai kreativitas dan kemampuan pemecahan masalah dari seluruh karyawan. Kepemimpinan dibutuhkan untuk memfasilitasi pengetahuan, pengalaman, dan kreativitas seluruh karyawan. Dengan begitu, para karyawan akan memperoleh harga diri dan penghargaan. Akan terjadi perubahan sosio-budaya pada seluruh perawat ketika mengimplementasikan *Lean* (White, Wells, & Butterworth, 2013).

Berdasarkan metodologi *Lean*, ada tiga aturan dasar yang harus dipenuhi agar sebuah aktivitas dikatakan memiliki nilai (*Value Added*), yaitu :

1. Pelanggan rela membayar untuk aktivitas yang diperolehnya.
2. Aktivitas tersebut harus mampu mengubah suatu produk atau jasa menjadi sesuatu yang lain.
3. Aktivitas yang dilakukan haruslah dilakukan secara benar sejak awal.

Terdapat 8 *waste* (pemborosan) yang wajib diingat untuk memulai memahami *Lean*, yaitu:

1. Transportasi
Pergerakan yang tidak perlu dari sebuah produk (pasien, specimen, material) di dalam system.
2. Menunggu
Menunggu untuk kejadian berikutnya datang.
3. Pergerakan
Pergerakan karyawan berjalan di dalam system atau alur.
4. Inventori

Tingginya biaya inventori menyebabkan pengeluaran tinggi. Biaya gudang dan pergerakan.

5. Over-Produksi

Melakukan tindakan berlebihan yang tidak dibutuhkan oleh pasien.

6. Over-Proses

Melakukan pekerjaan yang tidak memiliki nilai, akibat definisi kualitas yang tidak sejalan dengan kebutuhan pasien.

7. Defek/Cacat/Pengulangan

Menghabiskan waktu untuk melakukan pekerjaan secara salah, menginspeksi kesalahan, atau memperbaiki kesalahan.

8. Potensi Sumber Daya Alam

Kesalahan yang timbul akibat tidak mendengarkan karyawan, tidak mendengarkan ide-ide mereka, mendukung karir mereka.

Menurut Gaspersz dan Fontana dalam Graban (Graban, 2012), terdapat lima prinsip dasar *Lean* yaitu (Disajikan pada gambar 4):

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

PDSA memainkan peranan yang penting dalam implementasi *Lean* di fasilitas kesehatan (Miller, 2005). Dimana PDSA adalah:

- 1) *Plan*: mencoba menciptakan proses yang sempurna
- 2) *Do*: implementasi rencana perbaikan dalam skala kecil
- 3) *Study*: mengukur kinerja dan membandingkan hasil yang sekarang dengan hasil yang ideal
- 4) *Act* : memperbaiki proses untuk menjadi lebih stabil dan bertahan.

Setelah selesai implementasi proses yang baru, tugas berikutnya adalah terus mengawasi dan mengukur proses tersebut. Petakan proses kembali untuk memastikan proses tersebut masih efektif atau sudah tidak efektif, kemudian berikan dorongan kepada para petugas untuk melakukan pengembangan dan menguji desain pelayanan yang baru. Tujuan pekerjaan ini bukanlah mewujudkan kesempurnaan singkat, akan tetapi melakukan upaya menuju kesempurnaan secara terus menerus dalam jangka waktu yang tidak terbatas. Aspek kepemimpinan dibutuhkan dalam setiap langkah untuk dukungan agar program dapat berjalan dengan baik (Laureani, Brady, & Antony, 2013), karena ide yang sangat baik pun dalam pelaksanaannya akan menemui hambatan baik dari dalam proses pelayanan atau pun dalam proses persiapan (Punnakitikashem, 2014).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan studi kualitatif, observasi langsung (pengamatan) dan wawancara terhadap informan. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Kanker “Dharmais” khususnya pelayanan pasien rawat singkat Anyelir (*One Day Care*) yang menjalani penanganan kemoterapi pada bulan Mei 2015 sampai dengan Juli 2015. Sumber data yang digunakan berasal dari data primer (hasil wawancara dan pengamatan langsung) dan dokumen-dokumen prosedur yang telah ada. Informan diperoleh dengan cara *purposive*. Informan yang akan digunakan dibagi 2 kelompok (kelompok petugas rumah sakit dan kelompok pasien). Kelompok petugas rumah sakit terdiri dari Kepala Instalasi Rawat Jalan (1 orang); Kepala Instalasi Famasi (1 orang); Kepala Instalasi Admisi (1 orang); Kepala Rawat Singkat (1 orang); Petugas Gudang Famasi (1 orang); Petugas Admisi Rawat Singkat (1 orang); Kepala Komite Mutu Rumah Sakit (1 orang); Penanggung Jawab Penata Rekening (1 orang); Dokter (2 orang); Perawat Rawat Singkat (1 orang); sedangkan kelompok pasien berjumlah 10 orang. Penelitian ini menggunakan alat analisis berupa *visual management*, *value assessment*, dan 5R, yang mana telah menjadi standar analisis penerapan *Lean Hospital*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam alur pelayanan kemoterapi, pasien akan menjalani 3 tahapan, yaitu proses pre konsultasi/pemeriksaan diagnostik, konsultasi hasil diagnostik &

perjanjian kemoterapi registrasi, kemoterapi (disajikan pada gambar 5).

Penelitian ini menyoroti tahapan kemoterapi saja khususnya yang mendapatkan kamar di Anyelir 1, meskipun dalam prosesnya tidak lepas dari pengaruh tahapan-tahapan yang lain. Peneliti memulai dengan membuat pemetaan proses kemoterapi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) berdasarkan persepektif para pasien.

Terdapat 7 unit yang berperan dalam pelayanan kemoterapi, yaitu Instalasi Administrasi Pasien Jaminan, Unit Diagnostik Terpadu, Anyelir, Famasi lantai 2, gudang logistik kemoterapi, ruang produksi, apotek lantai 1, dan penata rekening.

Terjadi banyak variasi dalam persektif pasien, kemudian peneliti membuat pemetaan berdasarkan proses yang paling sering dilalui. Pertama, dibuatlah Diagram Spageti untuk melihat alur secara umum (disajikan pada gambar 6).

Untuk proses pelayanan, kemoterapi dimulai dari saat pasien BPJS datang mengantri mengambil nomor antrian AF (kode antrian untuk pasien Rawat Singkat) dari mesin pencetak nomor antrian di Instalasi Administrasi Pasien Jaminan (IAPJ) yang mulai pukul 7 pagi. Dari wawancara dengan pasien, beberapa dari mereka mengantri nomor sejak 6 jam sebelumnya, bahkan ada pula yang rela datang mengantri sejak 12 jam sebelumnya. Selesai mendapatkan antrian, pasien yang tiba gilirannya akan melakukan registrasi, dipanggil oleh petugas sambil menunjukkan berkas-berkas yang harus disiapkan. Selesai pemeriksaan berkas, petugas akan memasukkan data pasien ke dalam sistem komputer administrasi kemudian mencetak gelang pasien dan mencetak Surat Eligibilitas Peserta yang terbuat dari kertas 3 ply (*Putih, Merah, & Kuning*). Surat tersebut dibawa oleh pasien untuk pergi ke ruang selanjutnya.

Para pasien Anyelir 1 yang telah mendapat resep Alat kesehatan & barang habis pakai ketika kontrol terakhir dengan dokter spesialis onkologi segera menuju ke Famasi lantai 2 untuk menebus resep tersebut. Sehingga para pasien tersebut dapat segera masuk ke kamar Anyelir 1 setelah keluarga mereka datang membawa Alat kesehatan & barang habis pakai yang telah ditebus. Sedangkan bagi pasien yang tidak

membawa resep, baginya harus mengambil resep terlebih dahulu di ruang rawat singkat kemudian diisi oleh dokter umum di ruang poli Unit Diagnostik Terpadu (UDT), kemudian ke Farmasi di lantai 2 untuk mendapatkan alat kesehatan. Setelah mendapatkan alat kesehatan di farmasi lantai 2, pasien kembali ke ruang rawat singkat untuk dipasang infus dan menunggu obat kemoterapi datang. Ada pun beberapa barang habis pakai yang tidak termasuk paket kemoterapi, harus dibeli oleh pasien di apotek lantai 1 terlebih dahulu sebelum infus dipasang oleh perawat.

Setelah obat kemoterapi datang, obat diberikan kepada pasien melalui infus. Ketika selesai diberikan, pasien mengurus surat pulang rawat ke ruang penata rekening untuk meminta paraf dan stempel. Kemudian kembali ke ruang rawat singkat untuk mengembalikan surat ke admisi sebelum pulang.

Peneliti melakukan pencatatan aktifitas, jumlah waktu per aktifitas, dan jarak tempuh untuk melakukan aktifitas-aktifitas tersebut, kemudian membuatnya dalam bentuk tabel *value assessment*. Di samping itu, peneliti juga mendokumentasikan berkas-berkas dokumen dan layout serta penunjuk arah sebagai pemberi informasi (disajikan pada gambar 7).

Langkah selanjutnya membuat *Current State Value Stream Mapping* agar dapat memperlihatkan kerumitan proses yang terjadi. Dalam gambar 8, terlihat bahwa proses yang terjadi dalam pelayanan kemoterapi tidak hanya pasien saja yang bergerak, dan para petugas rumah sakit juga memiliki proses sendiri-sendiri.

Kondisi yang berjalan adalah pada saat pasien datang menebus resep di farmasi lantai 2, di saat itu adalah satu informasi bagi unit produksi untuk menyiapkan logistik obat. Kemudian, ketika pasien kembali ke ruang Anyelir membawa alat kesehatan untuk persiapan pasang infus, saat itulah merupakan informasi bahwa ruangan akan membuat lembar amprah untuk order pembuatan obat kemoterapi bagi unit produksi.

Peneliti menggunakan contoh kasus tindakan kemoterapi Vincristin sebagai data pelengkap berupa waktu ketika pasien menunggu obat kemoterapi telah diberikan hingga selesai tindakan.

Dengan pembuatan *Value Stream Mapping* (disajikan pada gambar 8), segala pemborosan diidentifikasi, kemudian dilakukan perampingan dengan cara eliminasi atau pun memperbaiki cara kerja. Perubahan yang dilakukan antara lain pengadaan *floor stock*, perubahan waktu penyiapan obat kemoterapi, penggunaan resep elektronik, perubahan layout, dan penggunaan sistem *e-scheduling*.

Dalam *Current State Value Stream Mapping* (CS-VSM) terlihat betapa rumit dan kompleksnya sebuah pelayanan kemoterapi dalam satu hari. Pasien harus menempuh jarak sekitar 1 kilometer dalam sehari untuk dapat pelayanan kemoterapi. Semua berjalan secara manual, yang menggunakan sistem informasi rumah sakit elektronik hanya billing saja.

Dalam *Practical Future State Value Stream Mapping* (*Practical FS-VSM*) (disajikan pada gambar 9), jarak dan waktu dipangkas dengan memindahkan waktu penyiapan obat, mengubah layout ruang penyiapan obat farmasi, dan membuat *floor stock* di ruang Anyelir tanpa mengubah sistem informasi rumah sakit elektronik. Diperkirakan akan mampu memangkas jarak tempuh pasien menjadi 473 meter.

Dalam *Ideal Future State Value Stream Mapping* (*Ideal FS-VSM*) (disajikan pada gambar 10), telah dilakukan perubahan layout Anyelir, penggunaan registrasi perjanjian dengan sistem informasi rumah sakit yang telah terintegrasi, dan pembuatan kasir tunai di Anyelir. Sehingga terwujudnya pelayanan kemoterapi yang terintegrasi dan dapat dijadikan pelayanan unggulan rumah sakit. Jarak tempuh menjadi 342 meter. Adapun tabel 1 menyajikan *value assesment* pasien kemoterapi peserta BPJS Anyelir 1.

KESIMPULAN DAN SARA

Kesimpulan

Proses penelitian alur proses pelayanan kemoterapi pasien BPJS di ruang rawat singkat Rumah Sakit Kanker “Dharmas” ini memberikan kesimpulan :

- 1) Dalam pembuatan *Current State Value Stream Mapping*, rangkuman *value assessment* menunjukkan bahwa pasien melalui waktu yang banyak, jarak yang jauh, dan melakukan aktifitas yang *non-value added*. Apabila Rumah Sakit Kanker “Dharmas” melakukan perbaikan dengan metode Lean, perampingan dan pembuangan pemborosan dari

proses pelayanan kemoterapi pasien BPJS, maka akan diharapkan memberikan hasil :

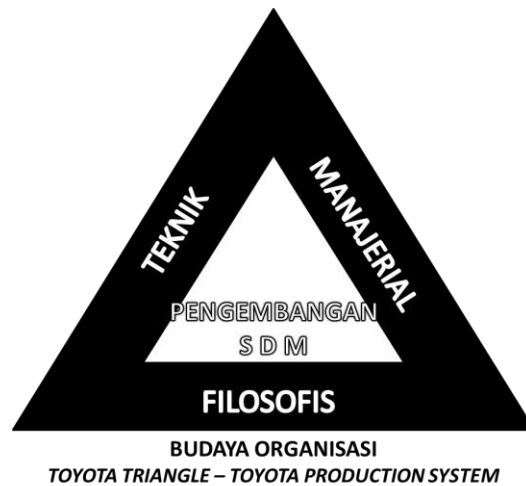
- a. Berkurangnya aktivitas yang dilakukan oleh pasien dan petugas.
 - b. Penghematan tenaga untuk pasien berjalan kaki di rumah sakit .
 - c. Penghematan waktu pasien per hari.
- 2) Banyaknya aktifitas yang dilakukan menyebabkan *cost* yang dikeluarkan menjadi begitu besar. Karena semakin lama pasien rawat singkat berada di rumah sakit, maka biaya operasional yang diperlukan menjadi semakin tinggi. Dengan penerapan *Lean*, kita dapat menghitung dengan *Activity Based Costing* dan membandingkan *cost* sebelum dan setelah implementasi *Lean Hospital* berjalan.
- 3) Penggunaan SIRS akan memperkecil eror di dalam sistem, sehingga akan menjaga keselamatan pasien dan petugas di rumah sakit, yang juga akan mengefisiensi pekerjaan sehingga timbul *value* bagi pasien.
- 4) Perubahan budaya produktif dan efisien *Lean Hospital* akan membuat para karyawan merasa lebih dihargai atas ide dan prestasinya.

Saran

Usulan yang agak radikal dalam menerapkan *Lean Management* kadang kala dibutuhkan jika hasilnya berdampak baik dalam menciptakan lebih banyak *value*. Dibutuhkan kajian analitik dalam menghitung dampak dan biaya sebagai penilaian perubahan yang telah dilakukan. Dibutuhkan diskusi lebih lanjut mengenai pembuatan standar prosedur pelayanan kemoterapi terkait ide jangka panjang yang terlihat dari FS-VSM. Dibutuhkan komitmen para pemimpin untuk dapat selalu memperkenalkan budaya perbaikan berkesinambungan, dan selalu mengenali pemborosan tanpa *blaming*.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim.(2013,Oktober).10revenuecycleimprovementideasfromHFMA'sMAPAward winners.*Healthcare Financial Management*,hal.70.
- Art of LeanInc. (nd). *Basic Handbook Toyota Production System*. Retrieved from www.artoflean.com
www.artoflean.com/files/Basic_TPS_Handbook_v1.pdf
- Balle,M.,&Reigner, A. (2007).Lean as a Learning System in a Hospital Ward. *Leadership in Health Services*,20(1),33-41.
- Burges, N., & Radnor, Z. (2013). Evaluating Lean in Healthcare. *International Journal of Health Care*,26(3),220-235.
- Delisle, D. R., & Freiberg, V. (2014). Everything is 5S : A Simple yet Powerful Lean Improvement Approach Applied in a Preadmission Testing Center. *The Quality Management Journal*,21(4),10-22.
- Fillingham, D. (2007). Can lean save lives ? *Leadership in Health Services*,20(4), 231-241. Diambil kembali dari Institute of Industrial Engineers: <http://www.iienet.org/uploadedFiles/SHS/Lean%20Sigma%20Deployment%20Columbia%20Regional%20Hospital%20Charles%20Johnson.pdf>
- Gaban, M. (2012). *LEAN HOSPITAL : Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement* (2 ed). Boca Raton: CRC Press.
- Hlubocky, J., Bummond, P., & Clark, J.S. (2013). Pharmacy practice model change: Lean thinking provides a place to start. *American Journal Health System Pharmacy*, 70,845-847.
- Kemendes RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. *Berita Negara Republik Indonesia tahun 2013*. Jakarta: Menteri Hukum dan Hak Azasi Manusia.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2015, Februari 4). *Menkes canangkan Komitmen Penanggulangan Kanker di Indonesia*. Retrieved from www.depkes.go.id
<http://www.depkes.go.id/article/view/15020400003menkes-canangkan-komitmen-penanggulangan-kanker-di-indonesia.html>
- Laureani, A., Brady, M., & Antony, J. (2013). Applications of Lean Six Sigma in an Irish Hospital. *Leadership in Health Services*,26(4),322-337.
- Miller, D. (2005). *Going Lean in Healthcare : Inovation Series 2005*. Dipetik Februari 11, 2015, dari www.wihl.org
- Ohno, T. (1988). *Toyota Production System : Beyond Large-Scale Production*. Portland: Productivity, Inc.
- Ponarake, P., Limnarat, S., Pithundarumlap, M., & Sungwanee, W. (2014). Creating Hospitals' Core Competencies with Lean Healthcare Strategies Entering the ASEAN Economic Community. *Journal of Economics and Behavioral Studies*,6(9),700-708.
- Punnakitikashem, P. (2014). The Impact of Lean Practices and Organizational Commitment on Operational Performance in Hospital. Atlanta: pomsmeeting.org
- Tsasis, P., & Bruce-Barrett, C. (2008). Organizational Change through Lean Thinking. *Health Services Management Research*,21,192-198.
- White, M., Wells, J., & Butterworth, T. (2013). Leadership, a Key Element of Quality Improvement in Healthcare. Results from a literature review of "Lean Healthcare" and the Productive Ward : Releasing Time to Care Initiative. *The International Journal of Leadership in Public Services*,9(3/4),90-108.



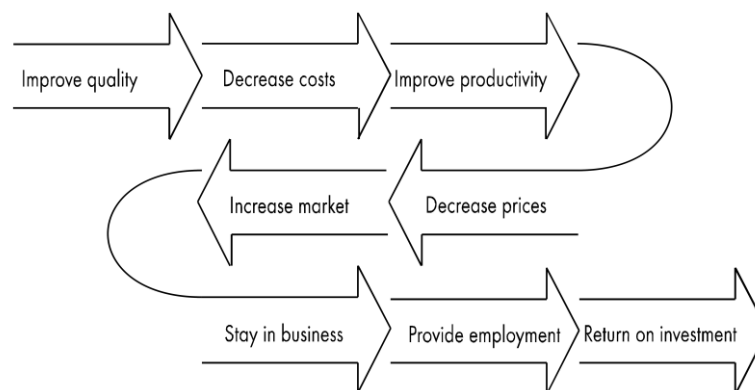
Gambar 1. Budaya Organisasi Lean – Toyota Triangle

Sumber : Ohno,Taiichi, Toyota Production System : Beyond Large Scale Production, 1988



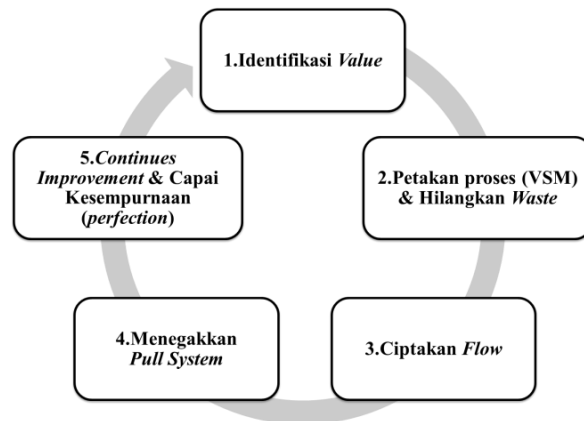
Gambar 2. Toyota Lean House

Sumber : Ohno,Taiichi, Toyota Production System : Beyond Large Scale Production, 1988



Gambar 3. Rantai Deming tentang Kualitas

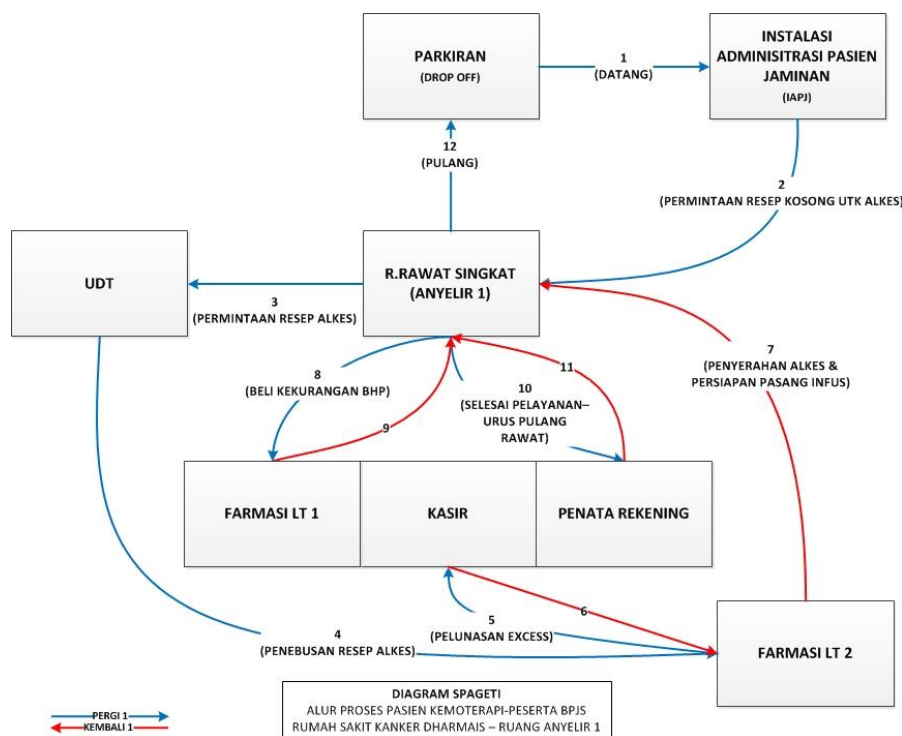
Sumber : TPS Handbook, (Art of Lean.Inc)



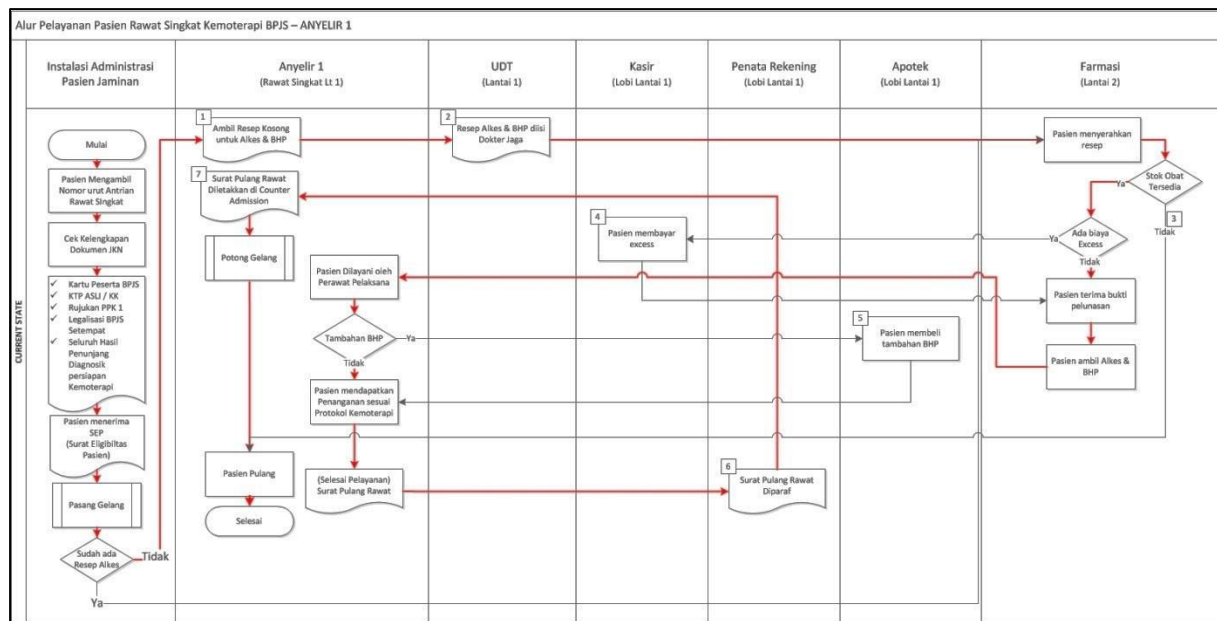
Gambar 4. Prinsip Implementasi Lean



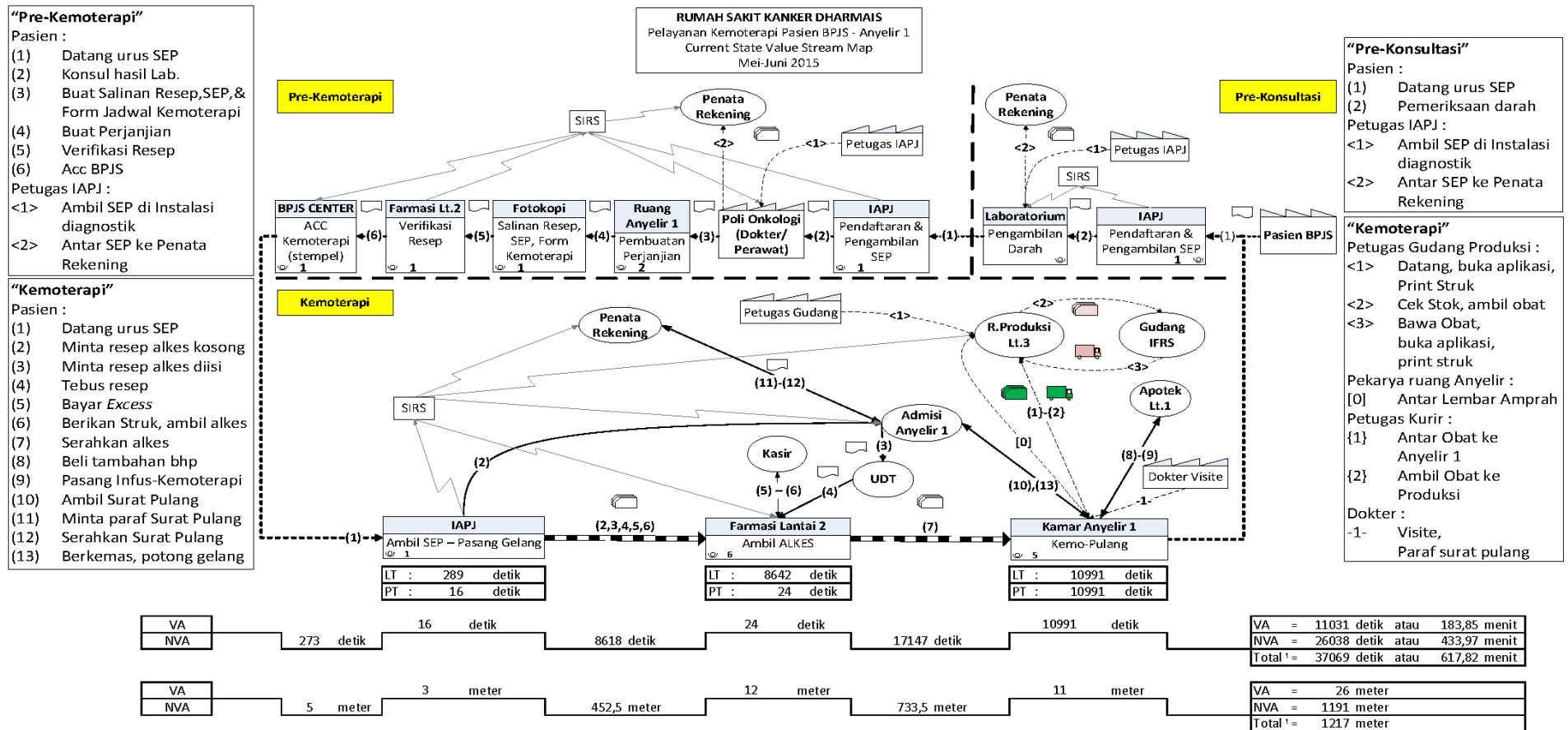
Gambar 5. Siklus Kemoterapi di Rumah Sakit Kanker “Dharmais”



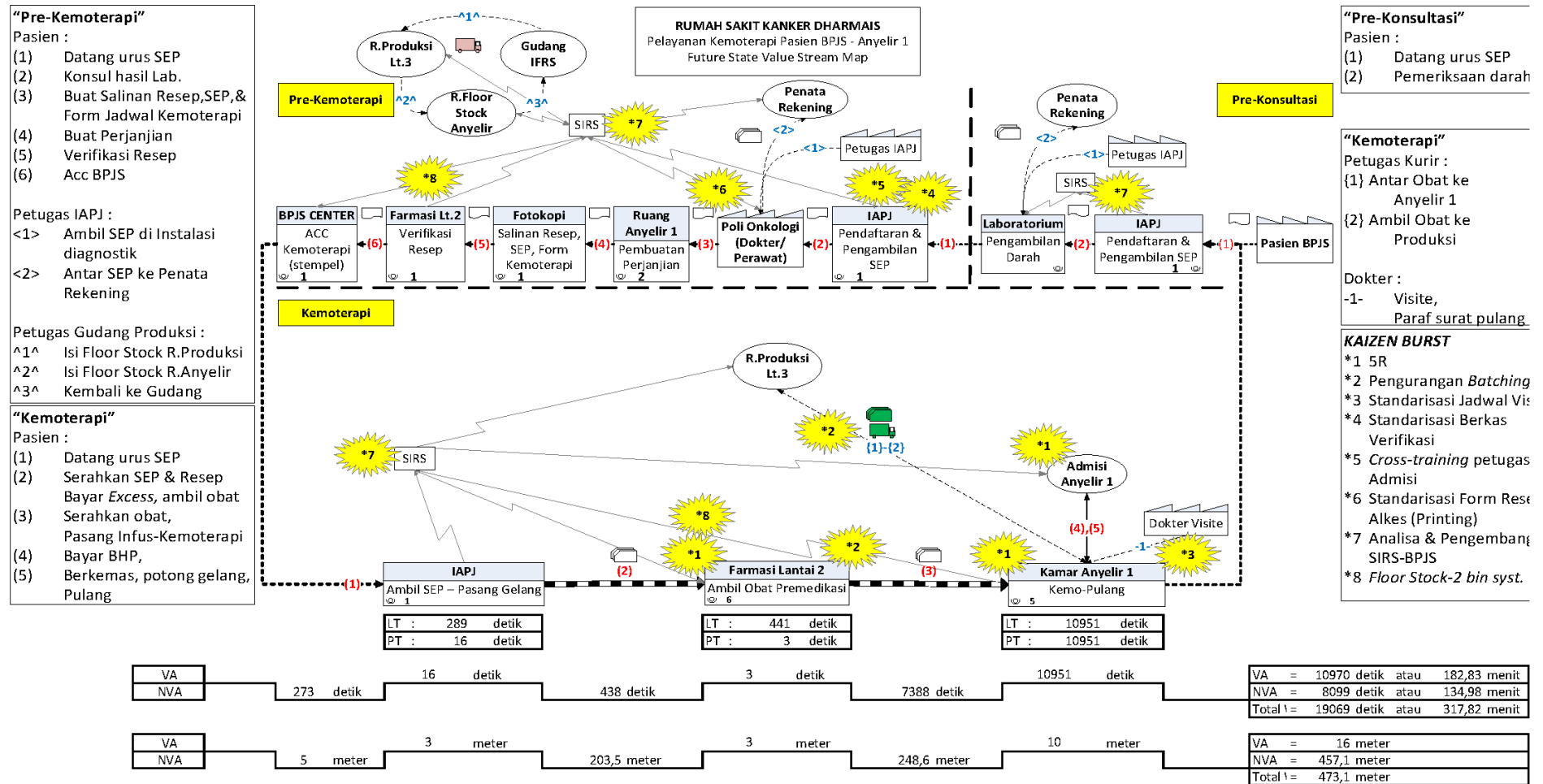
Gambar 6. Alur Perjalanan yang Dilakukan oleh Pasien – Kondisi Sekarang



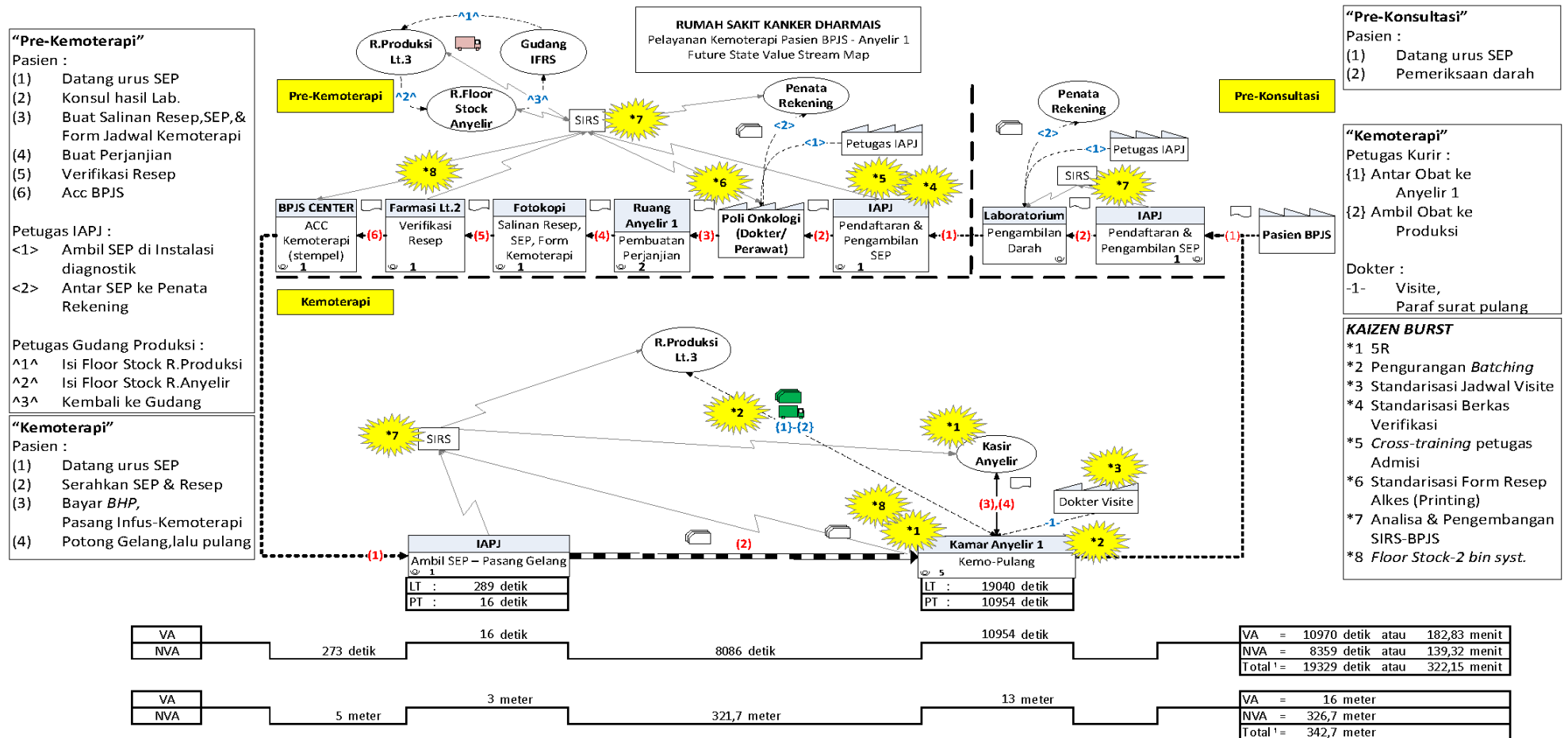
Gambar 7. Cross-Functional Flowchart Pelayanan Kemoterapi Anyelir 1 Peserta BPJS



Gambar 8. Current State Value Stream Mapping Pasien Kemoterapi Vincristin ruang Anyelir



Gambar 9. Practical Future State Value Stream Mapping Pasien Kemoterapi Vincristin Ruang Anyelir



Gambar 10. Ideal Future State Value Stream Mapping Pasien Kemoterapi Vincristine ruang Anyelir

Tabel 1. Value Assement Pasien Kemoterapi Peserta BPJS Anyelir 1

REKAPITULASI AKTIFITAS PASIEN	CS		Practical FS			Ideal FS		
	JUMLAH	%	JUMLAH		%	JUMLAH		%
VA	14	24%	9	9	26%	8	8	24%
NVA-UN	23		17			17		
NVA-N	21							
TOTAL NVA	44	76%	26	74%		25	76%	
TOTAL AKTIFITAS	58		35	100%		33	100%	

REKAPITULASI WAKTU PASIEN	CS		Practical FS			Ideal FS		
	JUMLAH (menit)	%	JUMLAH (menit)		%	JUMLAH (menit)		%
VA	184	57%	128	183	57%	128	183	57%
NVA-UN	397		10			11		
NVA-N	37							
TOTAL NVA	434	43%	138	43%		139	43%	
WAKTU TOTAL	618	100%	321	100%		322	100%	

REKAPITULASI JARAK TEMPUH PASIEN	CS		Practical FS			Ideal FS		
	JUMLAH (meter)	%	JUMLAH (meter)		%	JUMLAH (meter)		%
VA	26	2%	424	19	4%	237	16	5%
NVA-UN	897		37			90		
NVA-N	294,5							
TOTAL NVA	1191	98%	460	96%		327	95%	
JARAK TOTAL	1217		479	100%		343	100%	