

Dampak Tidak Patuh Terhadap Pelaksanaan SOP Alur Rawat Jalan di Rumah Sakit "X" Malang

Hendrik Stiyawan¹, Mansur², Viva Maiga Mahliafa Noor³

*^{1,2,3} Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran,
Universitas Brawijaya Malang
anggarstiya@gmail.com*

(Diterima: 05 Januari 2018, direvisi: 09 Januari 2018, dipublikasikan: 28 Februari 2018)

Abstrak

Upaya mewujudkan mutu pelayanan rawat jalan, manajemen RS "X" Malang memiliki standar operasional prosedur (SOP). Namun, SOP alur pelayanan rawat jalan tidak dilaksanakan di poliklinik spesialis maupun umum. Dampaknya terdapat terdapat 83 pasien tidak membayar biaya tindakan dan pemeriksaan tambahan selama 4 bulan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui akar masalah tidak dijalankan SOP alur pelayanan rawat jalan dan mencari solusinya. Jenis penelitian adalah deskriptif pendekatan kualitatif dilakukan dengan cara observasi, wawancara, dan Focus Group Discussion (FGD). Hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas tidak sepakat dengan SOP alur pelayanan rawat jalan, dokumen tidak lengkap, pe`tugas lupa urutan SOP, diagram alur pelayanan tidak ada, jarak poli dengan kasir jauh. Kesimpulan dari penelitian ini adalah belum ada kesepakatan antara petugas dan manajemen menjadi alasan utama tidak dijalankan SOP alur pelayanan rawat jalan. Petugas menghendaki adanya perubahan SOP alur pelayanan rawat jalan sesuai dengan kondisi lingkungan rumah sakit saat ini. Saran yang dapat diterapkan adalah penambahan petugas pengantar pasien ke kasir.

Kata Kunci : Pelayanan rawat jalan, SOP, evaluasi

Impact of Implementation Not Comply SOP Flow Outpatient Hospital "X" Malang

Abstract

Efforts to achieve the quality of outpatient services, hospital management "X" Malang have a standard operating procedure (SOP). However, SOP groove outpatient services not carried out in a specialist clinic or general poly. Impact There are 83 patients did not pay the costs of action and additional examinations for 4 months. The purpose of this study was to determine the root problem is not run SOP groove outpatient services and solutions. This type of research is descriptive qualitative approach by observation, interview and Focus Group Discussion (FGD). The results showed that the officer does not agree with the SOP groove outpatient services, the document is not complete, the clerk forgot sequence of SOP, no service flow diagram, poly with cashier far distance. The conclusion of this study is no agreement between personnel and management as the main reason not to run SOP outpatient service flow. The clerk calls for changes in the flow SOP outpatient services in accordance with the conditions of the current hospital environment. Suggestions that can be applied is the addition of patient introduction to the checkout clerk.

Keywords: Outpatient treatment, SOP, evaluation

PENDAHULUAN

Rumah sakit “X” Malang adalah Rumah Sakit Umum milik Persyarikatan yang penyelenggaranya adalah Universitas swasta di Malang. Rumah sakit ini mulai dibangun pada tahun 2009. Berdasarkan Permenkes RI No. 340 Tahun 2010 tentang klasifikasi rumah sakit Rumah, RS “X” Malang termasuk rumah sakit tipe C dengan kapasitas sebanyak 91 tempat tidur (RS “X”, 2015).

Fasilitas yang ada di RS “X” Malang terdiri dari layanan dokter spesialis, layanan dokter umum, layanan dokter gigi, IGD 24 jam dan ICU, *one day care* perawatan hemoroid, serta terdapat pemeriksaan penunjang berupa radiologi, laboratorium klinik, USG 4 dimensi dan CT Scan 64 slice, instalasi farmasi yang buka 24 jam serta ruang rawat inap dan kamar bersalin (RS “X”, 2015). Instalasi rawat jalan di RS “X” Malang termasuk instalasi unggulan karena jumlah kunjungan cenderung meningkat.

Tabel 1. Jumlah kunjungan pasien tahun 2015 dan 2016

Tahun	Januari-Juli 2015	Januari-Juli 2016
Jumlah pasien	25.686	44.436

Sumber data laporan tahunan RS “X” Malang

Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya harus mengutamakan mutu pelayanan. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (UU RS) Pasal 29 menjelaskan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit (Anonim, 2004). Upaya dalam mewujudkan mutu pelayanan yaitu, terukur dan dapat dievaluasi keberhasilannya, maka manajemen rumah sakit perlu memiliki dan menerapkan prosedur kerja yang standar (KARS, 2012). Standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan (Salmah, 2016). Standar internal yang bersifat prosedural inilah yang disebut dengan Prosedur Operasional Standar atau dalam istilah yang lebih populer Standar Operasional Prosedur (SOP). SOP adalah dokumen tertulis yang memuat prosedur kerja secara rinci, tahap demi tahap dan sistematis atau serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan (Fatimah, 2015). Salah satu upaya yang dilakukan rumah sakit dalam memberikan pelayanan rawat jalan yang bermutu harus memiliki SOP alur pelayanan rawat jalan yang baik (Trimurthy, 2008).

RS “X” Malang telah membuat beberapa SOP termasuk SOP alur pelayanan rawat jalan sejak awal tahun 2016. SOP alur pelayanan rawat jalan RS “X” Malang pada awalnya berjalan lancar. Namun, berdasarkan laporan dari bagian keuangan RS “X” Malang ternyata mulai bulan Mei ditemukan beberapa pasien rawat jalan yang telah dilakukan tindakan medis tetapi tidak ada laporan pembayaran (RS “X”, 2015). Alur pembayaran tindakan medis di rawat jalan yang mengacu pada SOP seharusnya pasien membayar terlebih dahulu sebelum dilakukan tindakan medis. Adanya pasien yang tidak membayar menunjukkan bahwa alur pembayaran pasien tidak dijalankan. Jumlah pasien yang tidak membayar jasa tindakan medis dan pemeriksaan tambahan selama 4 bulan yaitu, Mei sebanyak 11 (0,134%) dari 8201 pasien rawat jalan, Juni sebanyak 12 (0,172%) dari 6960 pasien rawat jalan, Juli sebanyak 24 (0,41%) dari 5857 pasien rawat jalan, dan Agustus sebanyak 36 (0,41%) dari 8814 pasien rawat jalan, sehingga total berjumlah 83 kasus. Dari data keuangan tersebut jumlah pasien yang tidak membayar tindakan medis ada kecenderungan bertambah, sehingga berdampak pada kerugian rumah sakit.

Kondisi ini tentunya mengundang pertanyaan tentang efektivitas dari pelaksanaan alur pelayanan rawat jalan yang sesuai dengan SOP. Padahal SOP pembayaran yang telah dijalankan dianggap ideal. Alur pelayanan rawat jalan dianggap ideal oleh manajemen RS “X” Malang karena menggunakan sistem pembayaran satu pintu, tidak seperti tahun sebelumnya pembayaran biaya tindakan medis dilakukan di poli yang bersangkutan. Penelitian yang dilakukan oleh Erna (2017), SOP yang disusun dengan baik dan dipatuhi sangat bermanfaat untuk mewujudkan pelayanan yang bermutu bagi pasien. Kepatuhan dalam menjalankan SOP juga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain, sosialisasi dan pelatihan, sikap, norma subyektif, persepsi dan niat (Lailatul, 2009; Sari, Suprapti & Solechan, 2014). Aspek yang penting sebagai tolok ukur dalam menilai kinerja organisasi adalah profesional, efektif dan efisien dalam melaksanakan program kerjanya bisa dengan menerapkan standar operasional prosedur sesuai dengan Permenpan dan menggunakan prinsip *lean management* (Islamiyah, 2014; Setyaningsih, 2013). Berdasarkan hal tersebut, penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui akar permasalahan penyebab terjadinya alur pelayanan rawat jalan yang tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP, meninjau penyusunan SOP alur pelayanan rawat jalan apakah sudah dibuat dengan baik, serta untuk memberikan solusi atau penyelesaian permasalahan tersebut sehingga SOP alur pelayanan rawat jalan bisa berjalan dengan baik dan tidak ada kasus pasien tidak membayar biaya tindakan medis ataupun pemeriksaan tambahan.

DASAR TEORI

Rawat Jalan Rumah Sakit

Pengertian

Rawat Jalan adalah salah satu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, dilakukan di unit fungsional poliklinik umum, poliklinik spesialis, dan unit gawat darurat. Jenis layanan yang diberikan untuk keperluan konsultasi, observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik, tindakan atau operasi kecil dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal diruang rawat inap (Anwar, 2010; Dirjen_Yanmed, 1999; Dwiyani, 2012).

Gambaran Unit Pelayanan Rawat Jalan

Proses singkat yang terjadi di rawat jalan dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Registrasi/ pendaftaran.
2. Bagian pemeriksaan
3. Pemeriksaan penunjang.
4. Bagian Apotik/ Farmasi.
5. Pembayaran/ Kasir (Dirjen_Yanmed, 1997; Siti, 2009).

Pelayanan rawat jalan pada umumnya terdiri dari pelayanan administrasi dan pelayanan medis. Proses pelayanan rawat jalan dimulai dari melakukan pendaftaran layanan poli yang dikehendaki, menunggu antrian di ruang tunggu, pemeriksaan dan pengobatan di ruang periksa, pemeriksaan penunjang laboratorium/ radiologi bila diperlukan, pemberian obat di apotek, pembayaran ke kasir lalu pasien pulang. Pelayanan yang baik bagi pasien berobat jalan tidak bergantung pada jumlah orang yang selesai dilayani setiap hari atau dalam jam kerja, melainkan efektivitas pelayanan itu sendiri (Silalahi dalam Gultom, 2008).

Lean Management Hospital

Lean service adalah sekumpulan peralatan dan metode yang dirancang untuk mengeliminasi *waste*, mengurangi waktu tunggu, memperbaiki *performance*, dan mengurangi biaya. *Lean* adalah suatu upaya terus-menerus untuk menghilangkan pemborosan (*waste*) dan meningkatkan nilai tambah (*value added*) produk (barang dan atau jasa) agar memberikan nilai kepada pelanggan (*customer value*). *Lean* manajemen rumah sakit merupakan seperangkat alat (*tool set*) berupa sistem manajemen rumah sakit yang mengatur, mengelola dan merubah dan bertujuan untuk meminimalkan kesalahan, mengurangi waktu tunggu, dan mengeliminasi hambatan, serta mendukung kerja baik dokter, perawat maupun karyawan dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan dan perawatan pasien (D'Andreamatteo *et al.*, 2015; Dwiyani, 2012; Setyaningsih, 2013; Womack *et al.*, 2005)

Ada lima prinsip dasar yang diterapkan dalam *Lean Service* rumah sakit yaitu :

1. Menetapkan nilai pelayanan yang diinginkan oleh pasien.
2. Identifikasi transformasi (*Value Stream*) dengan mengeliminasi setiap proses kegiatan yang tidak bernilai.
3. Eliminasi semua pemborosan yang terdapat dalam aliran pelayanan supaya pelayanan mengalir tanpa hambatan.
4. Menetapkan sistem anti kesalahan setiap alur pelayanan untuk menghindari pemborosan dan penundaan.
5. Mengejar keunggulan untuk mencapai kesempurnaan (*Zero Waste*) melalui peningkatan terus-menerus secara radikal (Dwiyani, 2012; Graban, 2016).

Konsep paling sederhana yang dapat diterapkan pada *lean service* rumah sakit yaitu *total elimination of waste* dan *respect of people*. *Waste* adalah aktifitas yang tidak berhubungan dengan proses kesembuhan pasien, misalnya waktu tunggu untuk diperiksa dokter, waktu tunggu untuk ke tahap selanjutnya, transportasi yang berlebihan, kegiatan yang tidak perlu, proses yang berlebihan/ berulang-ulang. *Respect of people* yaitu memotivasi pegawai supaya dalam melakukan pekerjaan menjadi lebih baik dan konstruktif. Manajemen dapat melibatkan pegawai dalam penyelesaian masalah atau membangun kerjasama manajemen dan pegawai pelaksana. Jadi prinsip pelaksanaan *elimination of waste* dan *respect of people* adalah menghargai pegawai, dokter, pasien, manajemen, sehingga segala tindakan yang diambil dapat diterima semua pihak (Dwiyani, 2012; Weiss *et al.*, 2017).

SOP

Standard Operating Procedures (SOP) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintahan, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. Departemen kesehatan Republik Indonesia telah memberlakukan adanya standar operasional prosedur (SOP) atau prosedur tetap yang meliputi SOP Profesi, SOP Pelayanan, dan SOP Administrasi. Apabila pelayanan rumah sakit sudah memberikan pelayanan sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan dalam standar, maka pelayanan kesehatan atau keperawatan sudah dapat dipertanggung jawabkan (Widhori, 2014).

Prinsip-prinsip SOP dalam PERMENPAN PER/21/M-PAN/11/2008 disebutkan bahwa penyusunan SOP harus memenuhi prinsip-prinsip antara lain: kemudahan dan kejelasan, prosedurnya harus mudah dimengerti dan mudah diterapkan. Efisiensi dan efektivitas, prosedurnya harus sederhana dan efektif dalam pelaksanaannya. Keselarasan, prosedurnya

harus selaras dengan standar yang lain. Keterukuran, prosedurnya bermutu dan dapat diukur. Dimanis, prosedurnya harus cepat disesuaikan dengan kebutuhan peningkatan kualitas pelayanan yang berkembang. Berorientasi pada pengguna, prosedurnya harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna supaya dapat memberikan kepuasan pengguna. Kepatuhan hukum, prosedurnya harus sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku. Kepastian hukum, merupakan produk hukum yang ditaati, dilaksanakan untuk melindungi pelaksana dari tuntutan hukum.

Prinsip-prinsip dalam pelaksanaan SOP antara lain : Konsisten, SOP harus dilaksanakan secara konsisten dari waktu ke waktu, oleh siapapun, dan dalam kondisi apapun oleh seluruh jajaran organisasi. Komitmen, SOP harus dilaksanakan dengan komitmen penuh dari seluruh jajaran organisasi, dari level yang paling rendah dan tertinggi. Perbaikan berkelanjutan, pelaksanaan SOP harus terbuka terhadap penyempurnaan-penyempurnaan untuk memperoleh prosedur yang benar-benar efisien dan efektif. Mengikat, SOP harus mengikat pelaksana dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan prosedur standar yang telah ditetapkan. Seluruh unsur memiliki peran penting, seluruh pegawai peran-peran tertentu dalam setiap prosedur yang distandarkan. Jika pegawai tertentu tidak melaksanakan perannya dengan baik, maka akan mengganggu keseluruhan proses, yang akhirnya juga berdampak pada proses penyelenggaraan pemerintahan. Terdokumentasi dengan baik, seluruh prosedur yang telah distandarkan harus didokumentasikan dengan baik, sehingga dapat selalu dijadikan referensi bagi setiap mereka yang memerlukan (Anonim, 2012; Fatimah, 2015).

Dalam penyusunan SOP, tidak dilakukan hanya satu kali jadi, tetapi merupakan suatu siklus. Siklus penyusunan SOP adalah sebagai berikut : persiapan, penilaian kebutuhan, pengembangan, monitoring dan evaluasi (Anonim, 2012).

Kepatuhan Menjalankan SOP

Kepatuhan dalam menjalankan SOP dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal antara lain, sikap, niat, pengetahuan, persepsi. Sedangkan faktor eksternal meliputi, lingkungan kerja, beban kerja. Sikap (*attitude toward behavioral*), perilaku seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain sikap, latar belakang individu, stimulus, status pribadi dan motivasi (Lailatul, 2009; Maria & Tantri, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Nazvia Loekqijana (2014) menunjukkan bahwa motivasi dan persepsi mempunyai pengaruh terhadap kepatuhan dalam menjalankan SOP. Persepsi terhadap Pengendalian (*Perceived Behavioral Control*), individu melakukan estimasi atau kemampuan dirinya apakah memiliki kemampuan atau tidak untuk melakukan perilaku tersebut. Faktor Niat (*Intention*), niat untuk melakukan perilaku tertentu merupakan kecenderungan seseorang untuk memilih melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan.

Lingkungan kerja mendukung maka keinginan untuk melaksanakan SOP juga akan kuat dan dengan sendirinya individu akan termotivasi juga melaksanakan SOP. Adanya pengalaman serta pengetahuan individu termasuk adanya sosialisasi turut memotivasi niat petugas melaksanakan SOP (Lailatul, 2009; Sari, Suprapti & Solechan, 2014). Faktor lingkungan mempengaruhi sikap dan perilaku begitupun sebaliknya sikap dan perilaku mempengaruhi lingkungan. Penelitian yang dilakukan oleh Muadzomah menunjukkan bahwa sikap sangat tidak setuju mengenai pelaksanaan SOP bisa karena adanya pengaruh sikap yang dibentuk oleh pengalaman dari petugas sebelumnya (Lailatul, 2009). Adanya ketidakseimbangan pembagian pekerjaan kepada petugas menyebabkan petugas yang memiliki beban kerja yang tinggi cenderung untuk mengabaikan dalam pelaksanaan SOP, sedangkan sebaliknya petugas dengan beban kerja yang rendah menyebabkan petugas tersebut melaksanakan SOP. (Lailatul, 2009). Norma Subjektif (*Subjective Norm*), norma subjektif dibentuk oleh dua komponen, yaitu keyakinan normatif melaksanakan SOP dan

motivasi melaksanakan SOP. Terdapat tiga aspek yang dinilai dalam hal ini, yaitu: keinginan diri sendiri, dukungan teman dan dukungan pimpinan. Hal ini berarti bahwa dalam memutuskan melaksanakan atau tidak melaksanakan SOP, seorang petugas bisa dipengaruhi oleh lingkungan sosialnya (*significant others*). Lingkungan sosial tersebut berupa dukungan dari teman atau seseorang yang menjadi preferensi. Tingginya dukungan teman sejawat dalam melaksanakan SOP menyebabkan disiplin menjalankan SOP, begitupun sebaliknya tidak adanya dukungan dari teman sejawat dalam melaksanakan SOP menyebabkan rendahnya keinginan petugas untuk melaksanakan SOP (Lailatul, 2009; Maria & Tantri, 2016).

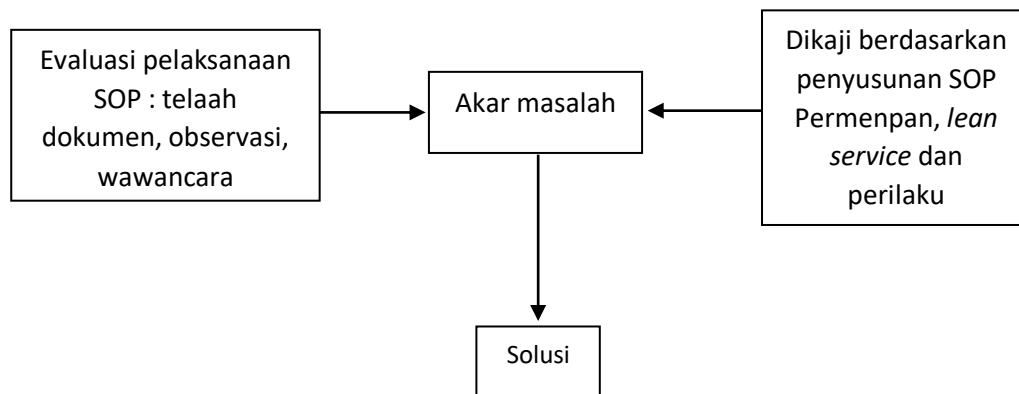
METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Menurut Hidayat (2010), penelitian deskriptif adalah metode penelitian yang digunakan untuk menemukan pengetahuan yang seluas-luasnya terhadap objek penelitian pada suatu masa tertentu. Penelitian yang dilaksanakan dengan tujuan untuk mengidentifikasi ketidakpatuhan pelaksanaan SOP alur pelayanan rawat jalan di RS “X” Malang. Menjelaskan faktor-faktor penyebab ketidakpatuhan berdasarkan data-data faktual. Temuan yang didapatkan dari penelitian deskriptif diharapkan dapat digunakan untuk memahami jawaban atas permasalahan yang diteliti secara mendalam dan luas.

Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep dari penelitian ini adalah melakukan evaluasi pelaksanaan SOP alur pelayanan rawat jalan, menemukan akar masalah kemudian dikaji berdasarkan prinsip penyusunan SOP Permenpan PER/21/M-PAN/11/2008, prinsip *lean service*, perilaku kepatuhan. Alternatif solusi yang diusulkan berdasarkan *focus group discussion* (FGD) dari akar permasalahan.



Gambar 1. Kerangka konsep penelitian

Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di bagian rawat jalan RS “X” Malang. Pengambilan data dilakukan pada kurun waktu antara 1 September 2016 sampai 31 Oktober 2016.

Obyek penelitian

Dokumen SOP alur pelayanan rawat jalan RS “X” Malang.

Responden

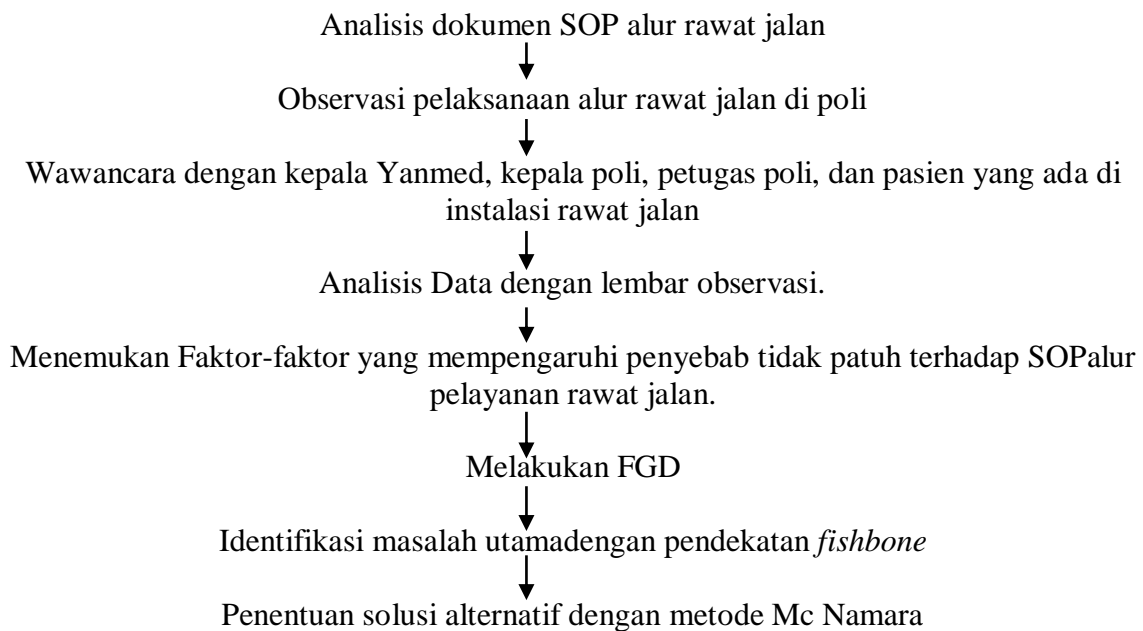
Responden pada penelitian ini adalah petugas poli, kepala Yanmed, kepala poli, dan pasien poli di RS “X” Malang.

Teknik pengumpulan data

Data diperoleh dari dokumen SOP alur pelayanan rawat jalan, observasi di lapangan, wawancara dengan responden kemudian dicatat dalam lembar observasi.

Langkah-langkah Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:



Analisa dokumen SOP alur rawat jalan dilakukan untuk menilai format SOP dan alur pelayanan rawat jalan dan kelengkapan dokumen. Kemudian melakukan observasi pelaksanaan SOP alur rawat jalan di instalasi rawat jalan. Wawancara tidak terstruktur terhadap kapala Yanmed, kepala poli, petugas poli dan pasien yang bertujuan untuk menilai pelaksanaan SOP alur pelayanan rawat jalan kemudian dilakukan analisa faktor-faktor penyebab tidak dipatuhi SOP alur pelayanan rawat jalan dengan FGD menggunakan metode diagram *fishbone*. Selanjutnya merumuskan alternatif solusi dengan metode Mc Namara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Berdasarkan analisis dokumen SOP alur pelayanan rawat jalan, observasi alur rawat jalan di poli, serta wawancara, kuesioner, dikumpulkan dengan lembar observasi, ditemukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Dokumen, format SOPRS “X” Malang terdiri dari : Pengertian yang menjelaskan definisi, tujuan pelaksanaan SOP secara spesifik, kebijakan kebijakan direktur/ pimpinan RS yang menjadi dasar dan garis besar dibuatnya SOP tersebut, prosedur langkah-lagkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja. Diagram sesuai dengan deskripsi pada uraian prosedur dan terletak pada bagian penutup bukan di batang tubuh SOP, unit terkait dalam proses kerja tersebut (KARS, 2012; RS“X”, 2015).

Alur rawat jalan SOP RS “X” Malang :

- a. Pasien datang.
 - b. Menuju *Front Office* untuk mendapat informasi yang dibutuhkan.
 - c. Petugas *Front Office* mengarahkan pasien menuju tempat pendaftaran pasien/TPP.
 - d. Pasien mendaftarkan diri untuk berobat/periksa kepada petugas TPP.
 - e. Petugas TPP mengarahkan pasien menuju kasir untuk pembayaran pelayanan yang diinginkan.
 - f. Pasien membayar jasa pemeriksaan dan pendaftaran kekasir.
 - g. Petugas kasir menerima uang pembayaran dan mengarahkan pasien menuju poliklinik yang diinginkan.
 - h. Petugas perawat poli memeriksa tekanan darah dan mengisi keluhan pasien pada lembar rekam medik.
 - i. Dokter melakukan pemeriksaan dan memberikan penjelasan kepada pasien tentang penyakit yang diderita.
 - j. Bila membutuhkan laboratorium/radiologi maka dokter akan memberi surat pengantar kepada pasien.
 - k. Pasien menuju kasir terlebih dahulu baru melakukan pemeriksaan dan pengambilan hasil pemeriksaan di laboratorium/radiologi yang dibutuhkan
 - l. Pasien membawa hasil pemeriksaan kepada dokter
 - m. Bila selesai dokter akan melakukan tindakan yang dibutuhkan kepada pasien atau meresepkan obat yang dibutuhkan baru kembali kepada dokter untuk melakukan tindakan medis yang dibutuhkan
 - n. Bila dalam pelaksanaan tindakan terdapat tambahan tindakan maka pasien cukup membayar kekurangan tindakan kepada perawat poli (gigi) dan menerima nota bukti pembayaran (poliklinik lainnya pembayaran dilakukan di kasir terlebih dahulu).
 - o. Bila pasien mendapat resep maka pasien menuju instalasi farmasi dan menerima nota pembayaran lalu menuju kasir untuk melakukan pembayaran sesuai resep.
 - p. Setelah membayar resep pasien tinggal menunggu obat jadi dan mengambil obat yang dibutuhkan ke instalasi farmasi lalu selesai dan bisa pulang.
- 2) Terdapat 11 poli (61 %) tidak melakukan alur pelayanan rawat jalan yang sesuai dengan SOP yaitu tindakan medis dilakukan setelah melakukan pemeriksaan terhadap pasien padahal seharusnya pasien harus membayar terlebih dahulu di kasir, tidak ditemukan dokumen SOP alur pelayanan rawat jalan di semua poli, denah alur rawat jalan tidak ada di depan ataupun di dalam poli, kasir untuk semua pembayaran terletak di lantai 1, sebagian poli terletak di lantai 1 dan sebagian poli yang sering melakukan tindakan medis terletak di lantai 2.
- 3) Wawancara dengan kepala Yanmed, bahwa setelah menetapkan SOP alur pelayanan rawat jalan kemudian dilakukan sosialisasi kepada kepala poli mengenai SOP alur pelayanan rawat jalan.
- 4) Wawancara dengan kepala poli, bahwa sudah melakukan sosialisasi dan pemberian dokumen kepada petugas poli rawat jalan.
- 5) Wawancara dengan petugas poli rawat jalan, bahwa sudah pernah dilakukan sosialisasi SOP alur pelayanan rawat jalan. Sebagian petugas tidak menjalankan SOP alur pelayanan rawat jalan karena tidak tahu SOP yang benar. Sebagian petugas tidak menjalankan SOP alur rawat jalan karena dinilai tidak efisien. Sebagian mereka mengatakan bahwa tidak

menjalankan SOP alur pelayanan rawat jalan karena terpengaruh oleh komplain dari pasien dan dari dokter.

- 6) Wawancara dengan 10 pasien rawat jalan diketahui bahwa ada 6 pasien keberatan apabila harus membayar dahulu sebelum dilakukan tindakan medis dan sebanyak 4 pasien setuju/tidak keberatan apabila melakukan pembayaran terlebih dahulu sebelum dilakukan tindakan medis. Mereka keberatan karena poli tindakan berada di lantai 2 sedangkan pembayaran biaya tindakan harus dilakukan di kasir yang berada di lantai 1, kemudian pasien balik lagi ke lantai 2. Pasien akan membayar ke kasir sebanyak 3-4x dalam 1x periksa apabila pembayaran dilakukan sebelum tindakan medis dan pemeriksaan tambahan. Pembayaran pertama pasien dilakukan saat mendaftar ke poli tertentu, pembayaran kedua dilakukan saat akan dilakukan pemeriksaan laboratorium atau radiologi, pembayaran ketiga dilakukan sebelum tindakan medis/ pemeriksaan tambahan, pembayaran keempat dilakukan saat akan mengambil obat di apotik.

Berbagai permasalahan di atas selanjutnya di analisis untuk menentukan permasalahan utama adalah dengan menentukan prioritas masalah menggunakan metode USG (*Urgency*, *Severity* dan *Growth*). Tahap berikutnya adalah *brainstorming* dengan unit terkait dan manajemen RS “X” MALANG.

Tabel 2. Hasil penentuan prioritas masalah dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

No	PERMASALAHAN	URGENCY	SEVERITY	GROWTH	TOTAL	PRIORITAS
1	Petugas dan pasien menghendaki perubahan urutan pembayaran	5	5	4	14	1
2	Petugas lupa urutan SOP	5	4	4	13	2
3	Dokumen SOP tidak ada di poli	5	3	3	11	3
4	Denah alur pelayanan tidak ada	4	3	3	10	4
5	jarak poli tindakan dari lantai 2 ke lantai 1	2	3	3	8	5

Setelah proses penentuan prioritas masalah menggunakan metode USG maka terpilihlah permasalahan yang menjadi masalah utama yaitu petugas poli dan pasien menghendaki perubahan urutan pembayaran atau perubahan SOP alur pelayanan rawat jalan.

Selanjutnya dilakukan identifikasi terhadap akar permasalahan dari perubahan urutan pembayaran (perubahan SOP alur pelayanan rawat jalan) melalui proses *brainstorming* dengan kepala ruangan dan bagian manajemen. Hasil dari *brainstorming* berupa ide, gagasan, dituangkan dalam diagram *Fishbone* agar terlihat jelas akar permasalahan serta faktor-faktor penyebab yang akan dianalisa dan dicari alternatif solusinya.

Tabel 3. Identifikasi Masalah (berdasarkan diagram *Fishbone*)
 merubah urutan SOP alur pelayanan rawat jalan

No	Dari segi	Identifikasi masalah
1	Manusia	Tidak ada petugas yang mengantar pasien ke kasir
2	Metode	Ada resiko pasien tidak membayar
3	Material	Tidak ada kamera pengawas (CCTV)
4	Lingkungan	Banyak akses keluar masuk RS

Berdasarkan analisis menggunakan Diagram *Fishbone*, didapatkan beberapa akar permasalahan sebagai berikut:

Tabel 4. Daftar Akar Permasalahan berdasarkan hasil Diagram *Fishbone*

No	Akar permasalahan
1	Tidak adanya petugas pengantar pasien ke kasir
2	Tidak ada CCTV
3	Resiko pasien tidak membayar biaya tindakan
4	Akses keluar masuk rumah sakit mudah

Berdasarkan 4 akar permasalahan yang diperoleh dari analisis diagram *Fishbone* di atas, selanjutnya dilakukan identifikasi alternatif solusi dipilih untuk menyelesaikan masalah perubahan urutan pembayaran pada alur pelayanan rawat jalan RS “X” Malang adalah metode tapisan Mc Namara. Beberapa alternatif solusi yang muncul kemudian dilakukan proses FGD untuk menentukan satu diantara alternatif solusi yang muncul. Kemudian dilakukan musyawarah terhadap manajemen RS “X” Malang guna menentukan solusi terbaik apa yang bisa di terapkan di RS “X” Malang. Hasil identifikasi alternatif solusi dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5. Hasil kesepakatan alternatif solusi McNamara

No	Alternatif solusi	Efektifitas	Efisiensi (biaya)	Kemudahan	Total
1	Penambahan tenaga perawat sirkuler	5	3	4	12
2	Akses keluar-masuk satu pintu (<i>One gate system</i>)	3	5	3	11
3	Pemasangan CCTV	2	4	4	10

Berdasarkan hasil proses FGD pemilihan alternatif solusi menggunakan Mc Namara didapatkan tiga solusi yaitu, pemasangan kamera CCTV, dengan menggunakan kamera CCTV diharapkan dapat mengurangi resiko tindak kejahatan(Widyarini, 2012). Membuat akses keluar-masuk menjadi satu pintu sehingga mempermudah sistem pengawasan. Melakukan penambahan pegawai yaitu dengan mengangkat pegawai petugas/ perawat sirkuler untuk mengantar pasien membayar ke kasir(KARS, 2012). Hasil kesepakatan alternatif solusi menggunakan metode Mc Namara didapatkan bahwa yang paling tepat untuk dilaksanakan adalah dengan penambahan perawat sirkuler.

Pembahasan

SOP yang dimiliki oleh RS “X” Malang secara format sudah memuat prosedur kerja secara rinci, tahap demi tahap dan sistematis atau serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. SOP alur pelayanan RS “X” Malang juga sudah dilengkapi dengan referensi, lampiran, diagram atau alur kerja (*flow chart*) (Rahman, 2003). Mengacu pada prinsip-prinsip penyusunan dan pelaksanaan SOP dalam PERMENPAN PER/21/M-PAN/11/2008, masih ditemukan prinsip yang belum sejalan dengan peraturan tersebut. Prinsip yang dimaksud yaitu berorientasi pada pengguna, efisiensi, efektivitas, komitmen dan konsisten. Pada awalnya alur pelayanan rawat jalan diterapkan sesuai dengan SOP, namun pada perjalanannya mengalami hambatan. Setelah beberapa bulan SOP alur pelayanan rawat jalan tidak diterapkan oleh sebagian besar poli. Alur pembayaran dalam SOP pelayanan rawat jalan tidak berorientasi pada pengguna. Hal tersebut ditunjukkan dengan adanya petugas pelaksana di poli sebagian besar tidak menghendaki pembayaran biaya dan pemeriksaan tambahan dilakukan terlebih dahulu. Pembayaran biaya tindakan medis dan pemeriksaan tambahan yang dilakukan setelahnya dinilai tidak efektif dan efisien. Kepatuhan dalam menjalankan SOP bisa dipengaruhi oleh faktor sikap dari pengalaman sebelumnya, norma subyektif yang dipengaruhi oleh teman dalam hal ini dokter, dan tidak ada niat dari pelaksana itu sendiri yang bisa dipengaruhi oleh faktor internal ataupun eksternal (Lailatul, 2009). Pembayaran yg dilakukan setelah tindakan medis dan pemeriksaan tambahan menyebabkan pasien harus membayar ke kasir sampai 3-4x dalam satu pemeriksaan dan dibutuhkan waktu yang lebih lama. Ditinjau dari prinsip konsep *lean service* bahwa tindakan membayar sampai 4x termasuk pemborosan, kegiatan yang tidak bernilai/ yang tidak diinginkan oleh pasien, *respect of people* dan *elimination of waste* belum sepenuhnya diterapkan (Grabau, 2016; Setyaningsih, 2013).

SOP alur rawat jalan RS “X” Malang dalam perjalanannya sudah dilakukan monitoring, tetapi belum ada tindakan lebih lanjut. Tidak adanya evaluasi membuat masalah semakin bertambah yaitu adanya pasien tidak membayar yang terus meningkat. Himbauan untuk menjalankan alur rawat jalan sesuai dengan SOP sudah dilakukan tetapi tidak efektif. Oleh karena itu evaluasi terhadap SOP alur pelayanan rawat jalan harus dilakukan. Sesuai dengan prinsip perbaikan berkelanjutan, maka pelaksanaan SOP harus terbuka terhadap penyempurnaan-penyempurnaan untuk memperoleh prosedur yang benar-benar efisien dan efektif. Hal ini berarti membuat atau merevisi SOP alur pelayanan rawat jalan. Pembayaran sebaiknya dilakukan setelah tindakan medis dan pemeriksaan tambahan karena lebih efisien. Hal ini juga sesuai dengan keinginan dari pasien dan petugas poli karena pelayanan kesehatan yang baik selalu berorientasi terhadap kepentingan pasien (Baron, 2009; Dwiyani, 2012). Upaya ini dilakukan untuk mengeliminasi *waste* yaitu tindakan yang berulang-ulang membayar di kasir, mengurangi waktu tunggu. Mengeliminasi *waste* dan mengurangi waktu tunggu akan menciptakan *customer value* yang selanjutnya berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien (Herjunianto & Dewanto, 2014; Laeliah & Subekti; Setyaningsih, 2013). Menurut Whicher dan Mager dalam penelitian fitri, desain layanan yang dilaksanakan melalui kolaborasi di antar pelanggan dan juga penyedia layanan akan mewujudkan pelayanan yang *usable*, *efficient* dan *desirable* (Majid, 2016).

Revisi alur pembayaran yang dilakukan setelah melakukan tindakan medis dan pemeriksaan tambahan akan berdampak pada resiko pasien tidak membayar. Hal tersebut dapat terjadi karena kurangnya pengawasan, akses keluar masuk RS “X” Malang cukup banyak. Akses keluar masuk rumah sakit RS “X” Malang bisa melalui pintu depan, belakang dan dari samping. Oleh karena itu dibutuhkan perawat sirkuler yang bertugas untuk

mengantar pasien ke kasir setelah dilakukan tindakan medis dan pemeriksaan tambahan(KARS, 2012).

- a. Rekomendasi SOP alur rawat jalan RS “X” Malang :
- b. Pasien datang menuju *Front Office* untuk mendapat informasi yang dibutuhkan.
- c. Pasien mendaftarkan diri untuk berobat/ periksa kepada petugas TPP.
- d. Petugas TPP mengarahkan pasien menuju kasir untuk pembayaran pelayanan yang diinginkan.
- e. Petugas kasir menerima uang pembayaran dan mengarahkan pasien menuju poliklinik yang diinginkan.
- f. Petugas perawat poli memeriksa tekanan darah dan mengisi keluhan pasien pada lembar rekam medik.
- g. Dokter melakukan pemeriksaan dan memberikan penjelasan kepada pasien tentang penyakit yang diderita.
- h. Bila membutuhkan laboratorium/ radiologi maka dokter akan memberi surat pengantar kepada pasien.
- i. Pasien menuju kasir terlebih dahulu baru melakukan pemeriksaan dan pengambilan hasil pemeriksaan di laboratorium/radiologi yang dibutuhkan
- j. Pasien membawa hasil pemeriksaan kepada dokter
- k. Bila selesai dokter akan melakukan tindakan yang dibutuhkan kepada pasien atau meresepkan obat yang dibutuhkan baru kembali kepada dokter untuk melakukan tindakan medis yang dibutuhkan.
- l. Bila pasien mendapat resep maka pasien menuju instalasi farmasi dan menerima nota pembayaran lalu menuju kasir untuk melakukan pembayaran sesuai resep dan bisa pulang.

Setelah menyusun revisi SOP sebaiknya dilakukan sosialisasi dan pelatihan terhadap seluruh unit terkait baik secara lisan maupun dengan pemberian dokumen SOP. Sosialisasi dan pelatihan yang baik dapat meningkatkan kepatuhan dalam menjalankan SOP(Sari, Suprpti & Solechan, 2014). Sosialisasi berkala penting dilakukan, karena apabila ada petugas baru yang dimutasi sedangkan mereka tidak mengetahui SOP tersebut. Sosialisasi bisa dilakukan dalam bentuk lisan dan pemberian dokumen SOP yang berisi uraian danbagan (*flowchart*). Adanya bagan akan memudahkan petugas memahami SOP dan menjaga konsistensi dalam menjalankan suatu prosedur kerja. Ekotama dalam Handoko (2013) mengatakan bahwa bagan atau gambar akan sangat membantu kita saat melakukan *training*. Kelengkapan dokumen juga sangat penting terkait proses akreditasi rumah sakit (KARS, 2012).

SOP sebaiknya baru ditetapkan setelah melakukan uji coba selama 3 bulan, kemudiandilakukan monitoring dan evaluasi. Tujuan dari monitoring ini adalah untuk memelihara dan mengaudit pelaksanaan dan penerapan SOP dalam jangka waktu tertentu. Monitoring dapat dilakukan oleh pimpinan atau tim penyusun SOP. Ada beberapa tahapan yang dapat dilakukan dalam kegiatan monitoring SOP, yaitu:

1. Merencanakan kegiatan monitoring secara berkala.
2. Mempersiapkan tim monitoring.
3. Melaksanakan monitoring.
4. Membuat laporan terkait kegiatan monitoring yang dilakukan.
5. Membuat kesimpulan sementara sebagai bahan evaluasi.

6. Membuat usulan atau *draft* perbaikan SOP jika diperlukan (Fatimah, 2015; KARS, 2012).

Evaluasi SOP dilakukan secara terus-menerus agar prosedur dalam organisasi tersebut merujuk pada akuntabilitas dan kinerja yang baik. Evaluasi dimaksudkan untuk melihat kembali ketepatan dan keakuratan SOP yang sudah dijalankan. Evaluasi sebaiknya dilakukan oleh sebuah tim yang beranggotakan sebaiknya penyusun SOP tersebut sehingga memahami detail-detilnya, mana yang perlu disempurnakan atau dibuat baru.

Tabel 6. Sebelum dan sesudah dilakukan evaluasi

No	Keterangan	Saat ini	Setelah dilakukan evaluasi
1	Dokumen	Tidak lengkap	Melengkapi dokumen SOP di poli
2	Alur pembayaran	Dilakukan sebelum tindakan medis	Dilakukan setelah melakukan tindakan medis
3	Perawat pengantar (sirkuler)	Tidak ada	Mengangkat perawat tambahan yang berfungsi sebagai perawat sirkuler untuk mengantar pasien membayar di kasir
4	Jumlah pembayaran di kasir	3-4x	2-3x

KESIMPULAN

Sebagian besar poliklinik tidak melaksanakan SOP alur rawat jalan di RS "X" Malang. Pasien tidak membayar bisa disebabkan karena faktor dari pasien sendiri (tidak diteliti) dan bisa karena sistem yang kurang baik. Salah satu sistem yang kurang baik menyebabkan tidak adanya kesepakatan dalam menjalankan prosedur (SOP). SOP yang berlaku di pelayanan rawat jalan RS "X" Malang masih belum sesuai dengan prinsip penyusunan dan pelaksanaan PERMENPAN PER/21/M-PAN/11/2008, yaitu belum ada komitmen dari pelaksana, tidak konsisten, belum efektif dan efisien. Proses pembuatan dan pelaksanaan SOP juga belum mencerminkan *lean service*. Oleh karena itu SOP alur rawat jalan perlu dilakukan evaluasi. Perbaikan berkelanjutan, pelaksanaan SOP harus terbuka terhadap penyempurnaan-penyempurnaan untuk memperoleh prosedur yang benar-benar efisien dan efektif (Anonim, 2012; Fatimah, 2015). SOP yang disusun dengan baik dan dipatuhi sangat bermanfaat untuk mewujudkan pelayanan yang bermutu bagi pasien (Erna, 2017).

Sebuah SOP tidak selamanya berlaku secara permanen, karena perubahan lingkungan organisasi bisa membawa pengaruh pada SOP yang telah ada. Oleh karena itu SOP perlu secara terus menerus dievaluasi agar prosedur-prosedur dalam organisasi selalu merujuk pada kinerja yang baik. Evaluasi bukanlah mencari kesalahan tetapi merupakan proses mencari fakta sistem kerja. Perombakan, perbaikan SOP harus dilakukan dan disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit (Dwiyani, 2012; Fatimah, 2015).

SARAN

Rumah sakit “X” Malang segera melakukan evaluasi berupa perombakan/pengembangan SOP alur pelayanan rawat jalan. Perombakan SOP alur pelayanan disesuaikan dengan situasi, kondisi rumah sakit, berorientasi pada pengguna dan sesuai aturan pembuatan dan pelaksanaan SOP serta menjalankan prinsip *lean service*. Revisi SOP yang dilakukan yaitu pembayaran dilakukan setelah tindakan medis dan pemeriksaan tambahan. Menyediakan tenaga perawat sirkuler poli yang bertugas untuk mengantarkan pasien membayar biaya tindakan dan pemeriksaan tambahan ke kasir supaya tidak terjadi insiden pasien tidak membayar.

REFERENSI

- Anonim 2004, 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun : Praktek Kedokteran', ed. SN RI, Jakarta.
- Anonim 2012, 'Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan', ed. KPANDRBR Indonesia, Jakarta.
- Anwar, A 2010, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Baron 2009, 'Evaluating The Patient Journey Approach to Ensure Health Care is Centred on Patients', *Nursing Times*, vol. 105, pp. 20-23.
- D'Andreamatteo, A, Ianni, L, Lega, F & Sargiacomo, M 2015, 'Lean in healthcare: a comprehensive review', *Health Policy*, vol. 119, no. 9, pp. 1197-1209.
- Dirjen_Yanmed 1997, *Alur Pasien Rawat Jalan*, Depkes RI, Jakarta.
- Dirjen_Yanmed 1999, *Standard Pelayanan Rumah Sakit*, Depkes RI, Jakarta.
- Dwiyani, W 2012, *Alur Proses Pelayanan Unit Rawat Jalan dengan Mengaplikasikan Lean Hospital di RS Marinir Cilandak Tahun 2012*, Tesis Thesis, Universitas Indonesia.
- Erna, S 2017, *Pengembangan Alternatif Standard Operating Procedure (Sop) Serta Studi Hubungannya Dengan Mutu Pelayanan Rawat Jalan Di Klinik Pratama Dian Nuswantoro*, Dian Nuswantoro.
- Fatimah, EN 2015, *Strategi Pintar Menyusun SOP*, Pustaka Baru Press, Yogyakarta.
- Graban, M 2016, *Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee engagement*, CRC press, New York.
- Handoko, LM 2013, 'Penyusunan Standar Operasional Prosedur Pada Operasional Toko Di Supermarket Ufo (United Fashion Outlet) Surabaya', *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Manajemen*, vol. 1, no. 2.

- Herjunianto & Dewanto, A 2014, 'Pengaruh Waktu Tunggu terhadap Wait Satisfaction Pasien di Instalasi Rawat Jalan RSAL dr. Ramelan', *Jurnal Aplikasi Manajemen-Journal of Applied Management*, vol. 12, no. 2, pp. 248-257.
- Hidayat, s 2010, *Pengantar Umum Metodologi Penelitian Pendidikan Pendekatan Verivikatif*, Suska Pres, Pekanbaru.
- Islamiyah, Z 2014, *Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan (Sop-Ap) Di Lembaga Pemerintah: Studi Di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur*, UIN Sunan Ampel Surabaya.
- KARS 2012, *Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi*, KARS, Jakarta.
- Laeliyah, N & Subekti, H, 'Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan di Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu', *Jurnal Kesehatan Vokasional*, vol. 1, no. 2.
- Lailatul, M 2009, 'Kepatuhan Petugas dalam Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional', *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*, vol. 9, pp. 77-81.
- Majid, FAN 2016, 'Analisis Gambaran Peta Perjalanan Pasien di Pelayanan Rawat Jalan RS Kanker "Dharmais" Tahun 2014', *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, vol. 1, no. 1.
- Maria, U & Tantri, S 2016, 'Pengaruh Faktor Internal dan Eksternal Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kateter', *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, vol. 1, no. 5, pp. 49-55.
- Nazvia Loekqijana, AK, Janik 2014, 'Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri', *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, vol. 28, no. 1, pp. 21-25.
- Rahman, AS 2003, *"Manual Prosedur Operasional Standar"*, Perpustakaan Universitas Indonesia, Depok.
- RS"X" 2015, *Laporan Tahunan Rumah Sakit Universitas "X" Malang*, RS X Malang, Malang.
- Salmah, S 2016, 'Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Madis pada Pembuatan Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis di RSIA 'AISYIYAH Klaten', *Jurnal Medicoeticoilegal dan Manajemen Rumah Sakit*, vol. 5, no. 1.
- Sari, RY, Suprpti, E & Solechan, A 2014, 'Pengaruh Sosialisasi SOP APD dengan Perilaku Perawat dalam Penggunaan APD (Handscoon, masker, gown) di RSUD Dr. H. Soewondo', *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan STIK Telogorejo*
- Setyaningsih, I 2013, 'Analisis Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Terhadap Pasien Menggunakan Pendekatan Lean Servyperf (Lean Service dan Service Performance)(Studi Kasus Rumah Sakit X)', *Spektrum Industri*, vol. 11, no. 2.

- Siti, J 2009, 'Sistem Manajemen Rawat Jalan Rumah Sakit Indonesia', 22-9-2016.
- Trimurthy, I 2008, *Analisis hubungan persepsi pasien tentang mutu pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Pandanaran Kota Semarang*, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.
- Weiss, EN, Jackson, S, English, A & Stevenson, D 2017, 'Lean Tools for Service Business Model Innovation in Healthcare', dalam *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management*, Springer, pp. 233-247.
- Widhori 2014, *Analisa Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Protap Pemasangan Infus di Ruang Inap RSUD Padang Panjang*.
- Widyarini, A 2012, 'Analisis Determinan Pengamanan Fisik Dalam Mengurangi Resiko Pencurian Di Toko Waralaba', *Jurnal Kriminologi Indonesia*, vol. 7, no. 3.
- Womack, JP, Byrne, AP, Fiume, OJ, Kaplan, GS & Toussaint, J 2005, 'Going lean in health care', *Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement*.