

# Analisis Gambaran Peta Perjalanan Pasien di Pelayanan Rawat Jalan RS Kanker “Dharmais” Tahun 2014

## *Analysis Description of Outpatient Journey at RS Kanker “Dharmais” in 2014*

Fitri Amalia Nur Majid

Program Studi Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan FKM UI  
Jl Lenteng Agung Raya no 20 Srengseng Sawah Jakarta Selatan

\*Email: fitri.amaliamaajid@gmail.com

---

### ABSTRAK

Penelitian ini membahas tentang peta perjalanan pasien di pelayanan rawat jalan RS Kanker “Dharmais” pada tahun 2014. Dalam penelitian ini peneliti berusaha menemukan unit dengan variasi perjalanan pasien tertinggi dan mengidentifikasi faktor-faktor penyebabnya. Penelitian ini adalah penelitian dengan pendekatan kualitatif dan metode *cross-sectional*. Hasil penelitian ini menemukan bahwa variasi perjalanan pasien tertinggi berada di Instalasi Administrasi Pasien Jaminan (APJ) dengan faktor penyebab antara lain faktor program komputer penunjang, sumber daya manusia, infrastruktur hingga prosedur pelayanan. Penelitian ini juga menemukan bahwa variasi perjalanan pasien dapat mengurangi mutu pelayanan yang diberikan.

**Kata kunci:** variasi, perjalanan pasien, kualitas, pelayanan, desain pelayanan.

### ABSTRACT

*The focus of this study is about outpatient journey of “Dharmais” Cancer Hospital in 2014 with purposes to find the unit with highest variation of patient journey and to analyze the cause of the variation. This research is cross-sectional qualitative. The results of this research show that APJ Instalation is the unit with the highest variation of patient journey, and the causing factors are softtware of the computer supporting the service, human resource, infrastructure, and service procedures. The researcher found out that high variation of patient journey will reduce the quality of the service.*

**Keywords:** variation, patient journey, quality, service, service design.

---

### PENDAHULUAN

Per 1 Januari 2014 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) resmi dilaksanakan di Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diatur dalam Undang-undang No 40 tahun 2004<sup>1</sup>. Sebagai pelaksana jaminan kesehatan tersebut adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang bertugas antara lain untuk mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan.

Sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam uraian tersebut adalah perubahan sistem pembayaran *fee for service* menjadi *fee for performance* atau sistem pembayaran paket yang berdasarkan INA *Case Based Group* (CBG) sebagai dasar dari pembayaran tersebut. Sedangkan sistem kendali mutu dituangkan dalam Peraturan Presiden No 12 tahun 2013 pasal 42 yang menyebutkan salah satu syarat yang harus dipenuhi RS rujukan tingkat lanjut yang akan menjadi mitra BPJS adalah syarat akreditasi. Selain itu juga terdapat target yang tercantum dalam Peta Jalan SJSN 2012-2019 bahwa pada tahun 2019

kelak ditargetkan 85% peserta JKN menyatakan puas, baik dalam layanan BPJS maupun layanan di fasilitas kesehatan yang menjadi mitra BPJS.

Berdasarkan uraian di atas, Rumah Sakit Kanker “Dharmais” sebagai salah satu rumah sakit rujukan tingkat lanjut pada pelaksanaan JKN harus mewujudkan pelayanan yang tidak hanya bermutu namun juga efisien secara sumber daya. Sejak resmi diberlakukannya JKN di Indonesia, pasien jaminan RS Kanker Dharmais mengalami peningkatan yang signifikan yang berdasarkan pada data yang disampaikan direktur utama RS Kanker “Dharmais” pada April 2014 lalu di FKM UI. Hal ini semakin diperkuat dengan faktor psikologis pasien kanker yang berbeda dengan pasien pada umumnya. Menurut hasil penelitian Lailatul Khusna (2008)<sup>2</sup>, pasien kanker mulut rahim memiliki kecenderungan psikologis untuk cemas, *shock*, tidak tenteram, bingung, gelisah, kacau dan putus asa. Aspek psikologis ini juga harus menjadi acuan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Salah satu pelayanan yang tersedia di RS Kanker “Dharmais” adalah pelayanan rawat jalan. Berdasarkan standar yang terdapat di Indikator Kinerja RS Badan Layanan Umum (BLU), waktu

tunggu pasien sejak mendaftar hingga dilayani dokter spesialis maksimal maksimal ialah 30 menit. Namun pada kenyataannya, berdasarkan hasil observasi di lapangan, waktu tunggu pasien di pelayanan rawat jalan RS Kanker "Dharmais" masih lebih dari 2 jam. Berdasarkan data-data dan uraian tersebut maka RS Kanker "Dharmais" memerlukan sebuah metode untuk mewujudkan pelayanan yang bermutu dan efisien.

Terdapat banyak metode untuk mengidentifikasi inefisiensi yang terjadi dan mengupayakan pelayanan yang bermutu. Salah satu metode tersebut adalah desain layanan (*service design*). Desain layanan adalah proses kreatif yang berfokus pada pelanggan dan provider pelayanan. Desain layanan yang dilaksanakan melalui kolaborasi di antar pelanggan dan juga penyedia layanan akan mewujudkan pelayanan yang *usable*, *efficient* dan *desirable* (Whicher, Anna et al, 2003; Mager, 2013)<sup>3.1</sup>.

Salah satu tahap awal dalam menyusun desain layanan adalah membuat peta perjalanan pasien dalam menerima pelayanan kesehatan. Peta perjalanan ini tidak hanya menjadi rujukan bagi pasien namun juga bagi pihak rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dalam peta perjalanan tersebut akan terlihat proses yang dialami pasien dan dapat menjadi peluang untuk inovasi dan perbaikan (Oxford, 2014)<sup>4.1</sup>.

Peta perjalanan inilah yang menjadi inti dari penelitian ini. Penelitian ini pun bertujuan untuk mengetahui gambaran peta perjalanan pasien di pelayanan rawat jalan Rumah Sakit Kanker "Dharmais" dan mengetahui pola variasi perjalanan pasien di pelayanan rawat jalan, serta penyebab dari variasi perjalanan pasien tersebut. Dengan terjawabnya tujuan tersebut berdasarkan hasil penelitian ini, diharapkan RS Kanker Dharmais mendapat manfaat antara lain untuk mengetahui inefisiensi yang terjadi di pelayanan rawat jalan dan sebagai dasar pengambilan kebijakan untuk mengatasi inefisiensi tersebut sebagai langkah perwujudan peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.

## TINJAUAN TEORITIS

Saat ini, mutu menjadi aspek yang diperhatikan dalam proses menghasilkan sebuah produk atau dalam memberikan jasa pelayanan kepada konsumen termasuk dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien. Beberapa indikator mutu di pelayanan kesehatan antara lain berdasarkan pada peta jalan JKN 2012-2019 dan indikator kinerja setiap rumah sakit BLU di Indonesia adalah mendukung tercapainya indikator efisiensi dan kepuasan pasien, yakni paling sedikit 85% peserta BPJS puas dengan layanan dari fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan dimana salah satu fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah rumah sakit dan tercapainya waktu tunggu pasien di pelayanan rawat jalan kurang dari 30 menit (Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat RI, et al., 2012; Kementerian Kesehatan RI, 2013)<sup>5</sup>.

Mutu merupakan hal yang sangat penting, menurut DR Joseph Juran, karena mutu berperan sebagai keistimewaan produk atau jasa. Di mata pelanggan, semakin baik keistimewaan produk maka semakin tinggi mutunya. Mutu juga diartikan bebas dari

kekurangan yakni semakin sedikit kekurangan di mata pelanggan, maka semakin baik mutu produk atau jasa tersebut (Wijono, 1999)<sup>6.1</sup>.

Manajemen mutu yang baik akan menjadi penggerak bagi aspek produktivitas dan efisiensi serta meningkatkan hasil guna aset yang berdampak pada meningkatnya kemampuan memperbesar pasar. Hasilnya, adalah perolehan keuntungan baik dalam bentuk materi atau *profit*, juga dalam bentuk kepuasan atau *satisfaction* (Djuhaeni, 1999)<sup>7.1</sup>.

Menurut Donabedian, terdapat tiga pendekatan evaluasi atau penilaian mutu yaitu dari aspek struktur, proses dan *outcome*. Aspek struktur meliputi sarana fisik seperti perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya di fasilitas kesehatan. Hal ini berarti yang dimaksud dengan aspek struktur adalah faktor-faktor masukan (*input*). Penilaian terhadap struktur termasuk penilaian terhadap perlengkapan yang tersedia dan dipergunakan sebagai alat untuk pelayanan. Walaupun termasuk aspek fisik dari fasilitas dan peralatan, penilaian struktur secara lebih dalam mencakup karakteristik dari administrasi organisasi dan kualifikasi dari profesi kesehatan (Wijono, 1999)<sup>6.2</sup>.

Faktor SDM adalah salah satu aspek penilaian di aspek struktur (*input*). Berdasarkan penjelasan yang telah diuraikan oleh *Management Sciences for Health Inc.* manajemen SDM yang kuat memiliki manfaat tidak hanya bagi pekerja namun juga bagi perusahaan. Manfaat bagi perusahaan antara lain meningkatkan kapasitas organisasi untuk mencapai tujuan, meningkatkan performa setiap pekerja, memanfaatkan ketrampilan SDM, menghemat biaya melalui peningkatan produktivitas pekerja, serta meningkatkan kemampuan organisasi untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi (O'neil dan Steven, 2009)<sup>8</sup>.

Mutu yang baik tentu mutu yang dapat memenuhi aspek evaluasi atau parameter evaluasi yang telah diuraikan di atas. Dalam upaya memenuhi aspek evaluasi tersebut, beberapa dimensi mutu dapat menjadi acuan atau pedoman bagi perusahaan atau organisasi untuk memperoleh hasil maksimal dalam evaluasi mutu yang dilaksanakan. Salah satu dimensi mutu adalah aspek efisiensi. Efisiensi merupakan dimensi yang penting dari mutu karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan, apalagi untuk jenis pelayanan yang sumber daya manusianya terbatas. Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal daripada memaksimalkan pelayanan kepada pelanggan. Petugas akan memberikan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki. Pelayanan yang kurang baik karena pelayanan yang salah atau tidak efektif harus dikurangi atau dihilangkan. Dengan cara ini kualitas dapat ditingkatkan sambil menekankan biaya. Pelayanan yang kurang baik, di samping menyebabkan resiko yang tidak perlu terjadi dan kurang nyamannya pelanggan sering kali menghabiskan biaya yang tidak sedikit dan memakan waktu lama untuk memperbaikinya. Peningkatan kualitas memerlukan tambahan sumber daya dari yang telah ada. Akan tetapi, dengan menganalisis efisiensi, produsen dapat memilih opsi yang paling *cost-effective* (Wijono, 1999)<sup>6.3</sup>.

Definisi istilah efisiensi menurut beberapa ahli ialah mencegah

pemborosan, termasuk pemborosan peralatan, pasokan, ide dan energi (IOM, 2001)<sup>9</sup>. Efisiensi menurut Palmer dan Torero adalah sumber daya kesehatan yang digunakan guna mendapat hasil terbaik secara finansial. Efisiensi menurut GAO adalah menyediakan dan menawarkan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, namun tidak berlebihan. Efisiensi menurut MedPAC adalah menggunakan input yang lebih sedikit untuk mendapatkan hasil yang sama atau lebih baik. Pada dasarnya, efisiensi berhubungan dengan konsep sumber daya dan juga kualitas. Sedangkan berdasarkan definisi yang diuraikan oleh Unit Penelitian dan Kualitas Pelayanan Kesehatan US, efisiensi adalah mengukur jumlah input yang berbeda yang digunakan untuk memproduksi output dengan lebih cepat, lebih sedikit SDM yang digunakan, lebih sedikit waktu yang diperlukan dari orang-orang yang terlibat, atau lebih sedikit pasokan sumber daya yang digunakan (AHRQ, 2008)<sup>10</sup>.

Desain layanan merupakan sebuah proses yang diawali dengan perubahan kebutuhan bisnis dan diakhiri dengan penyusunan desain pelayanan yang mempertemukan kebutuhan dari bisnis tersebut. Terdapat empat faktor yang berhubungan dengan desain layanan yakni orang (*people*), proses (*process*), produk (*products*), dan rekan (*partners*) (Ucisa, 2014). Desain layanan tidak bisa lepas dari konsep *design thinking*. *Design thinking* adalah sebuah subjek yang menggunakan sensitifitas dari perancang dan metode untuk menyesuaikan kebutuhan manusia dengan teknologi yang dapat digunakan dan strategi bisnis yang layak hingga memenuhi nilai-nilai pelanggan dan menjadi peluang pasar (Evenson, 2008)<sup>11</sup>.

Desain layanan merupakan bagian dari metode inovatif yang sebelumnya sudah ada seperti metode lean, *co-production*, *system thinking* dan *nudge*. Semua metode tersebut merupakan pendekatan yang bertujuan untuk melakukan inovasi dengan sebuah pendekatan unik dan filosofis dengan karakteristik yang hampir sama. Perbedaannya yakni tujuan desain layanan adalah untuk menciptakan layanan yang baru dimana semua hal yang berhubungan sudah didesain. Desain layanan ini menitikberatkan pada pengalaman *customer* dan kualitas. Desain layanan adalah tentang proses kreatif yang meletakkan pengguna layanan dan juga *provider* sebagai inti dari penyusunannya. Penyusunan desain layanan akan terdiri dari beberapa proses yakni observasi, tes *brainstorming*, dan evaluasi (Whicher, Anna et al, 2013)<sup>3,2</sup>.

Implementasi dari metode *Service Design* ini akan membawa beberapa keuntungan bagi perusahaan atau organisasi yakni meningkatkan keuntungan hingga 20%, memperbesar hasil produksi dengan operasional yang sama, menarik pelanggan baru dalam jumlah yang signifikan dalam waktu satu tahun, dan membawa *branding* baru bagi perusahaan atau organisasi (Lee, Joyce, et al., 2013)<sup>12</sup>.

Berikut merupakan salah satu metode penyusunan desain layanan yang berorientasi pada pelanggan (Leinonkoski, 2012)<sup>13</sup>:

#### 1. Pemetaan

Pemetaan atau *mapping* adalah sebuah visualisasi terstruktur

yang memetakan berbagai hal yang terkait pelayanan seperti sumber daya manusia dan koordinasi antar unit berdasarkan pengalaman langsung dari pelanggan dalam memperoleh layanan atau produk atau disebut juga perjalanan pelanggan (*customer journey*). Pemetaan perjalanan *customer* tidak hanya menjelaskan tentang apa yang dialami oleh *customer* namun juga respon mereka terhadap perjalanan tersebut. Kegunaan pemetaan perjalanan pelanggan antara lain untuk memahami kenyataan tentang kehidupan setiap pelanggan; mendesain dan merombak sistem dan proses; memfasilitasi pekerjaan antar departemen; dan juga membuat keputusan (Oxford, 2014)<sup>42</sup>.

#### 2. Perjalanan Pasien dalam Sehari

Metode ini digunakan guna mendapatkan gambaran tentang aktivitas pelanggan selama satu hari penuh dan mengetahui kebutuhan pelanggan selama aktivitas tersebut.

#### 3. Persona

Persona adalah profil fiktif yang seringkali dibuat sebagai cara merepresentasikan sebagian kelompok berdasarkan ketertarikan mereka. Persona dijadikan poin referensi dalam menyusun desain pelayanan. Persona membantu produsen untuk fokus pada cara berpikir, kebiasaan, perilaku, dan persepsi dari pelanggan ketika mendapatkan pelayanan yang diberikan. Persona sangat baik digunakan untuk tipe layanan yang memiliki pelanggan yang heterogen.

#### 4. *Desktop Walkthrough*

*Desktop Walkthrough* adalah sebuah model dengan skala tiga dimensi dari lingkungan fisik sarana pelayanan. Metode ini adalah metode yang ideal ketika ingin mengetahui seberapa besar pengaruh desain lingkungan fisik dari sudut pandang pelanggan.

Aspek penting dalam proses pemetaan perjalanan pasien adalah melibatkan semua faktor penting baik faktor komunal ataupun personal yang memiliki hubungan erat dengan proses perbaikan pelayanan klinis. Salah satu yang penting untuk dilibatkan adalah staf rumah sakit. Selanjutnya adalah melibatkan pasien. Pasien yang mengalami dan menjalani peta perjalanan tentu yang mengetahui masalah yang sedang mereka alami dengan sudut pandang pasien. Pengalaman yang dialami pasien dan keluarga dalam mendapatkan pelayanan kesehatan harus bisa terekam dalam proses pemetaan dan menjadi salah satu pertimbangan dalam mendesain layanan yang akan diberikan (Ben-Tovim, I David, et al., 2008)<sup>14</sup>.

Perjalanan pasien adalah proses yang dinamis merujuk pada pengalaman dan proses yang dialami pasien selama perawatan penyakit dan juga proses penyembuhannya. Alur perjalanan (*pathway*) ditentukan oleh tim yang berasal dari multidisiplin ilmu yang melibatkan pasien dan juga keluarganya dengan menggunakan data-data sebagai panduannya. Proses pemetaan memungkinkan untuk menggambarkan perjalanan pasien di lihat dari sudut pandang pasien dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan dan penggunaan sumber daya (Baron, 2009;

SIMIT, 2013)<sup>15</sup>.

**METODOLOGI PENELITIAN**

Penelitian ini bertujuan untuk mencari gambaran peta perjalanan pasien rawat jalan di RS Kanker “Dharmais” dan variasi perjalanan yang terjadi. Penelitian ini dilaksanakan dengan desain penelitian *cross-sectional* dan pendekatan kualitatif. Penelitian dilaksanakan di RS Kanker “Dharmais” yang berlokasi di Jl Letjen S Parman, Kav 84-86 Jakarta Barat, Indonesia. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret 2014 hingga Mei 2014. Informan penelitian ini adalah individu-individu yang berkaitan dengan proses pelayanan rawat jalan di RS Kanker “Dharmais” dan dipilih berdasarkan

kesesuaian dan kecukupan.

Informan dalam penelitian akan diambil dari pasien rawat jalan, staf rumah sakit yang bertanggungjawab di pelayanan rawat jalan atau unit tertentu. Pasien rumah sakit yang akan menjadi informan dari penelitian ini akan dipilih dengan metode *purposive sampling*. Informan yang menjadi objek penelitian pada observasi pertama untuk mencari gambaran peta perjalanan pasien di pelayanan rawat jalan adalah 10 pasien meliputi pasien jaminan, pasien umum dan pasien poli cendana. Sedangkan objek penelitian pada observasi kedua untuk mencari variasi perjalanan di Instalasi APJ (Administrasi Pasien Jaminan) adalah 20 orang pasien. Sedangkan, dalam wawancara mendalam, peneliti mewawancarai 2 orang informan staf rumah sakit yang dipilih dengan menentukan *key informan* terlebih dahulu untuk selanjutnya digunakan dalam memilih informan selanjutnya atau disebut juga metode *snow balling*.

**Tabel 1. Metode Pengumpulan Data**

No.	Variabel	Metode	Sumber/Informan
1	Peta Perjalanan	Observasi	Pasien, staf RS
2	Variasi Perjalanan	Observasi	Pasien
3	SDM	wawancara	Staf RS
4	SOP dan Kebijakan	Telaah dokumen	1. Struktur Organisasi RS “Dharmais” 2. Tupoksi setiap unit di pelayanan rawat jalan RS Kanker “Dharmais” 3. Data inventarisasi sarana prasarana dan SDM di rawat jalan RS “Dharmais” 4. Data jumlah kunjungan per hari di pelayanan rawat jalan RS “Dharmais” 5. Flowchart pasien rawat jalan di RS “Dharmais” 6. Kebijakan internal RS terkait pelayanan rawat jalan di RS “Dharmais”
5	Sarana dan Prasarana	Observasi, wawancara	Pasien, staf RS
6	Bahan-bahan	Observasi, wawancara	Pasien, staf RS

**Tabel 2. Instrumen Penelitian**

No.	Metode	Instrumen	Alat
1	Wawancara	Pedoman wawancara mendalam	Alat rekam, laptop
2	Observasi	Isian observasi	Alat tulis
4	Telaah dokumen	Isian telaah dokumen	Alat tulis

Untuk menjaga validitas data, digunakan metode triangulasi, yaitu melakukan validasi dari berbagai metode dan sumber data.

1. Triangulasi Sumber  
Membandingkan informasi yang didapatkan dari beberapa informan.
2. Triangulasi Metode  
Membandingkan hasil yang didapatkan dari metode observasi langsung terhadap alur perjalanan pasien dengan hasil yang didapatkan dari wawancara terhadap informan.

**Penyusunan Data**

Pada tahap ini, semua data yang diperoleh akan disusun dan direkap untuk memastikan bahwa tidak ada data yang terlewat. Untuk metode wawancara, semua hasil wawancara akan disusun dalam transkrip wawancara.

**Klasifikasi Data**

Pada tahap ini data yang diperoleh akan di golongkan berdasarkan tema atau konten data yang telah ditentukan oleh peneliti. Untuk metode wawancara, transkrip wawancara akan disusun dalam bentuk matriks wawancara

**Analisis Data**

Analisa dilakukan berdasarkan konten atau isi dari data-data yang diperoleh. Analisa data dari kegiatan observasi, wawancara dan telaah dokumen dikumpulkan dan diolah sesuai konten untuk memperoleh informasi terkait gambaran Peta Perjalanan Pasien di pelayanan rawat jalan. Peta perjalanan ini kemudian dianalisa lebih lanjut dan dibandingkan dengan *flowchart* perjalanan pasien dari rumah sakit untuk melihat variasi perjalanan pasien dan penyebab terjadinya variasi tersebut serta menemukan titik-titik terjadinya

inefisiensi dalam pelayanan rawat jalan.

Penyajian data

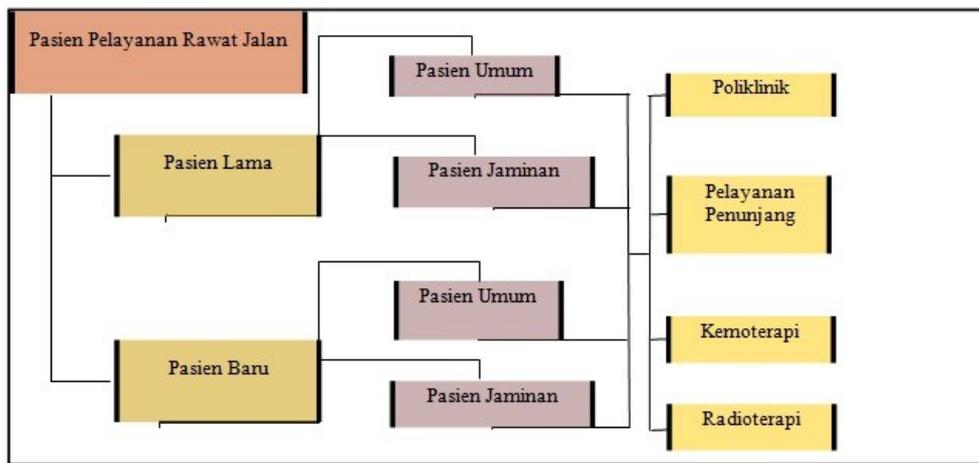
Data yang sudah diolah akan disajikan dalam bentuk narasi dan skema visual mengenai peta perjalanan pasien di rawat jalan RS Kanker “Dharmais”.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran peta perjalanan pasien di pelayanan rawat jalan RS Kanker “Dharmais” didapatkan dengan mengobservasi 10 pasien rawat jalan dan menggambarkan peta tersebut dalam bentuk peta visual. Dari 10 peta perjalanan tersebut, dapat digambarkan bahwa

pasien rawat jalan RS Kanker “Dharmais” diklasifikasikan sesuai gambar 1.

Bagan pada gambar 1, dapat kita lihat bahwa di pelayanan rawat jalan terdapat pasien lama dan pasien baru dan masing-masing terklasifikasi berdasarkan cara pembayaran menjadi para pasien jaminan dan pasien umum. Beberapa pelayanan di rawat jalan antara lain poliklinik yang terdiri dari poliklinik UDT, poliklinik Onkologi, poliklinik Cendana, unit Paliatif, dan unit Kedokteran Komplementer. Dari 10 peta perjalanan yang telah diobservasi dan digambarkan, selanjutnya peneliti mengidentifikasi unit dengan variasi perjalanan pasien tertinggi. Adapun identifikasi tersebut menghasilkan bahwa Instalasi Administrasi Pasien Jaminan (APJ) memiliki variasi perjalanan cukup tinggi.



Gambar 1. Klasifikasi Pasien di Pelayanan Rawat Jalan

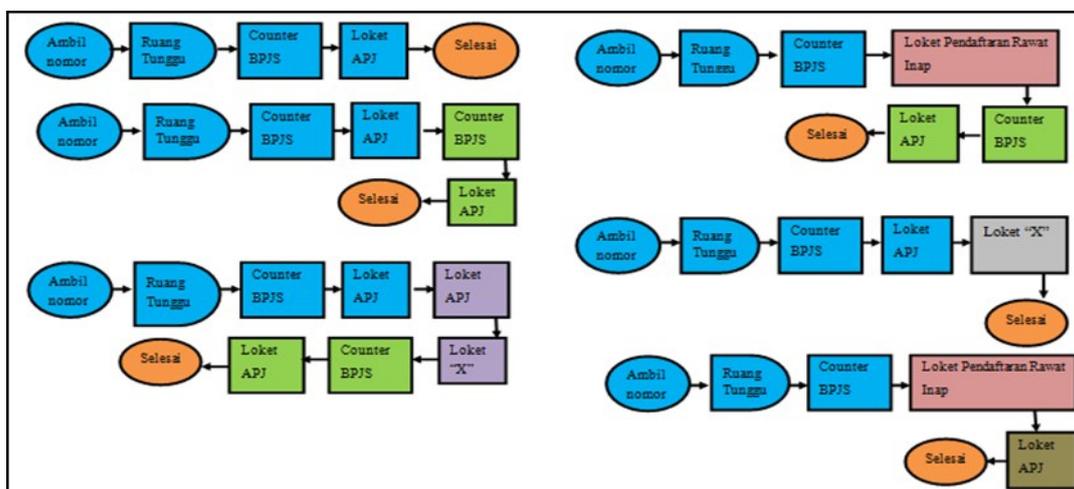


Gambar 2. Perbedaan Peta Perjalanan Pasien Jaminan

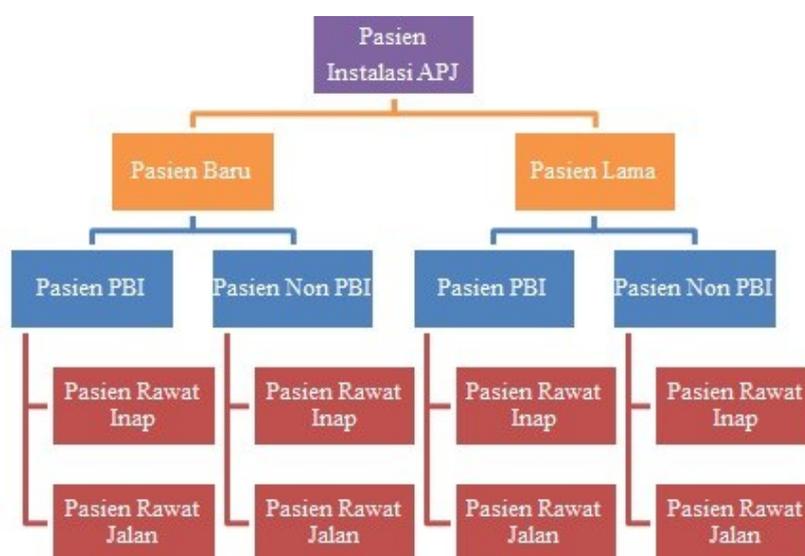
Selanjutnya peneliti melakukan observasi lanjutan di Instalasi APJ dengan mengikuti 20 pasien dan menggambarkan variasi peta perjalanan pasien yang didapatkan. Dari 20 pasien di Instalasi APJ, terdapat 6 variasi perjalanan pasien yang ditemukan.

Variasi perjalanan di Instalasi APJ merupakan variasi tertinggi berdasarkan observasi yang dilaksanakan. Selanjutnya, peneliti

melakukan observasi lanjutan dengan melakukan telaah dokumen dan wawancara mendalam terhadap dua informan di Instalasi APJ untuk mengetahui penyebab dari tingginya variasi perjalanan pasien. Dari hasil wawancara mendalam dan telaah data sekunder diketahui bahwa pasien dengan jaminan yang harus menyelesaikan administrasi di Instalasi APJ diklasifikasikan menjadi beberapa macam pasien sebagaimana ditunjukkan melalui gambar 4.



Gambar 3. Variasi Peta Perjalanan Pasien di Instalasi APJ



Gambar 4. Klasifikasi Pasien Jaminan di Instalasi APJ

Pengklasifikasian pasien tersebut mengakibatkan tingginya variasi perjalanan pasien karena setiap pasien akan memiliki peta perjalanan yang berbeda dan loket pelayanan yang dituju pun berbeda pula. Instalasi APJ harus membedakan pasien dengan klasifikasi tersebut dikarenakan beberapa penyebab. Penyebab yang cukup mendasar adalah perbedaan *software* komputer yang terdapat di masing-masing loket pelayanan. Loket pelayanan yang melayani pasien rawat jalan, tidak dapat mengakomodir pasien rawat inap karena *software* yang tersedia di loket pasien rawat jalan tidak memadai. Loket pelayanan pasien rawat jalan lama tidak dapat melayani pasien rawat jalan baru karena *software* yang tersedia pada loket

pelayanan pasien rawat jalan lama tidak memadai. Keterbatasan *software* yang digunakan di setiap loket mengakibatkan tidak ada loket yang dapat melayani semua pasien sehingga pasien harus dibedakan dan memiliki alur pelayanan yang berbeda-beda.

Selain itu, faktor prosedural juga turut andil dalam menyebabkan tingginya variasi perjalanan pasien di Instalasi APJ. Hal ini terjadi pada pelayanan pasien baru dan pasien lama di Instalasi APJ. Pasien baru dan juga pasien lama dibedakan karena pasien baru memiliki prosedur yang lebih banyak dan terdapat informasi serta langkah verifikasi kepesertaan yang harus dilaksanakan kepada

pasien baru dan tidak perlu dilaksanakan pada pasien lama.

Sedangkan, walaupun tidak menyebabkan secara langsung bagi pada tingginya variasi perjalanan pasien, faktor Sumber Daya Manusia (SDM) dan faktor infrastruktur turut berpengaruh dalam meningkatkan dampak yang dirasakan pasien akibat variasi yang terjadi. Tingginya variasi yang terdapat di Instalasi APJ tidak didukung dengan kualitas dan kuantitas SDM dan infrastruktur yang memadai. Keterbatasan SDM yang dimiliki dari segi jumlah mengakibatkan minimnya distribusi SDM di setiap loket sehingga loket yang bisa dibuka untuk melayani pasien juga terbatas. Hal tersebut yang juga terjadi dengan infrastruktur di Instalasi APJ yang terbatas. Infrastruktur yang tidak memadai menyebabkan jumlah loket yang dapat dibuka untuk melayani pasien menjadi sangat terbatas. Dengan tingginya jumlah pasien, tingginya variasi perjalanan pasien, serta minimnya SDM dan juga infrastruktur menyebabkan penumpukan pasien hingga terhambatnya proses pemberian pelayanan kepada pasien.

Penumpukan pasien di Instalasi APJ akan menyebabkan lamanya waktu tunggu pasien untuk menyelesaikan administrasi pelayanan dan hal ini akan berdampak pada turunnya kualitas pelayanan. Menurut teori Lean, waktu termasuk sebagai salah satu dimensi pemborosan (*waste* atau *non-value added*). Adapun delapan hal yang termasuk pemborosan adalah transportasi, inventaris, gerakan yang berlebihan, waktu tunggu, proses yang berlebihan, produksi yang berlebihan, produk yang tidak sesuai, desain yang tidak sesuai, dan gagasan karyawan yang tidak dimanfaatkan (Gasperz, 2007)<sup>16</sup>.

Ketika terjadi inefisiensi dalam pelayanan, maka penilaian mutu juga akan berpengaruh. Pascoe (dalam Krowinsky dan Steiber) mendefinisikan kepuasan pasien dari dua sisi yang berbeda (*contrast model*). Setiap pasien memasuki RS dengan serangkaian harapan dan keinginan. Apabila kenyataan pengalaman selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit lebih baik daripada yang diharapkan, maka mereka akan merasa puas. Sebaliknya, bila pengalaman selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit lebih rendah daripada yang mereka harapkan maka mereka akan merasa tidak puas (Suryawati, 2004)<sup>17.1</sup>.

Sedangkan Zeithalm dan Parasuraman menyebutkan bahwa 5 dimensi yang dapat digunakan untuk mengukur pengalaman para konsumen dalam mendapatkan pelayanan adalah kualitas layanan yaitu *reliability* (kehandalan) yakni kemampuan menampilkan pelayanan dengan segera dan juga akurat; *responsiveness* yakni kemampuan untuk membantu konsumen dan juga meningkatkan kecepatan pelayanan; *assurance* atau jaminan kepastian yakni kompetensi yang dimiliki sehingga memberikan rasa aman, bebas dari bahaya, risiko atau keraguan dan kepastian yang mencakup pengetahuan, perilaku dan sifat yang dapat dipercaya; empati atau perhatian yakni sifat dan kemampuan untuk memberikan perhatian penuh kepada pasien, kemudahan melakukan kontak dan juga komunikasi yang baik; serta *tangibles* yakni penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, sarana informasi atau komunikasi dan petugas atau pegawai (Suryawati, 2004)<sup>17.2</sup>.

Waktu dalam memberikan pelayanan termasuk dalam dimensi

efisiensi dan sesuai dengan dimensi *responsiveness* dalam proses penilaian mutu. Waktu yang panjang dalam menerima pelayanan di Instalasi APJ akan menurunkan kepuasan pasien dan juga menurunkan mutu pelayanan karena kepuasan pasien merupakan salah satu penilaian mutu sebagaimana disebutkan bahwasanya kepuasan pasien dihubungkan dengan ketetapan pasien terhadap mutu atau kualitas pelayanan. Kepuasan pasien adalah pengukuran penting yang mendasar bagi kualitas pelayanan. Kepuasan pasien juga menjadi salah satu dari empat prinsip yang utama di dalam Manajemen Mutu terpadu (MMT) (Wijono, 1999; Djuhaeni, 1999)<sup>8.3, 7.2</sup>.

Desain pelayanan merupakan sebuah proses yang diawali dengan perubahan kebutuhan bisnis hingga diakhiri dengan penyusunan desain pelayanan yang mempertemukan kebutuhan dari bisnis tersebut. Terdapat empat faktor yang berhubungan dengan desain layanan yakni orang (*people*), proses (*process*), produk (*products*), dan rekan (*partners*) (Ucisa, 2014)<sup>18</sup>.

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa pasien BPJS telah menjadi pasien mayoritas di RS Kanker “Dharmais”. Oleh sebab itu, kebijakan rumah sakit juga harus lebih memperhatikan pasien BPJS. Instalasi APJ sebagai instalasi yang berhubungan erat dengan pasien BPJS menjadi salah satu kunci. Dalam mendesain layanan di Instalasi APJ, perlu diperhatikan faktor SDM, proses, produk dan rekan. Faktor SDM adalah petugas di Instalasi APJ meliputi kompetensi dan pengetahuan yang dimiliki, faktor proses adalah penyampaian pelayanan kepada pasien meliputi hal-hal penunjang dalam proses di Instalasi APJ seperti di antaranya infrastruktur, program penunjang, dan sebagainya. Faktor produk adalah jasa yang dihasilkan dan penilaian pasien terhadapnya. Serta faktor rekan atau kebutuhan akan kolaborasi dengan pihak-pihak lain yang menunjang terwujudnya pelayanan yang bermutu.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan pada hasil penelitian yang berjudul “Gambaran Peta Perjalanan di Pelayanan Rawat Jalan RS Kanker “Dharmais” 2014” ini yang meliputi observasi lapangan, telaah dokumen dan wawancara mendalam, maka dapat disimpulkan:

1. Peta perjalanan pasien di pelayanan rawat jalan RS Kanker “Dharmais” dapat dibedakan menjadi peta perjalanan pasien *out of pocket* yang melalui admisi umum, peta perjalanan pasien di poli Cendana, dan peta perjalanan pasien jaminan di Instalasi APJ (Administrasi Pasien Jaminan).
2. Dari peta perjalanan pasien di pelayanan rawat jalan yang telah dikumpulkan, didapatkan bahwa unit yang paling tinggi variasi peta perjalanan pasiennya adalah instalasi APJ.
3. Faktor utama yang menyebabkan sistem pengklasifikasian pasien yang cukup tinggi di instalasi APJ merupakan sistem komputer (*software*) yang belum bisa mengakomodir semua jenis pasien. Setiap pasien baru di Instalasi APJ memerlukan proses verifikasi kepesertaan BPJS, sehingga idealnya *software* yang dibutuhkan adalah *software* database pusat. Sedangkan pasien rawat jalan memerlukan *software* yang hingga kini belum tersedia.
4. Selain faktor *software* di Instalasi APJ, faktor prosedur, SDM,

hingga infrastruktur juga mempengaruhi tingkatan variasi perjalanan pasien. Prosedur untuk pasien baru dan pasien lama berbeda karena pasien baru memerlukan pemberian informasi yang lebih lengkap dan memerlukan waktu yang lebih lama. Kompetensi SDM yang belum juga memadai menyebabkan pasien harus diklasifikasikan. Di sisi lain, kuantitas juga tidak mencukupi untuk melayani jumlah pasien Instalasi APJ yang meningkat. Hal ini menyebabkan poli pelayanan yang dapat dibuka menjadi terbatas. Faktor infrastruktur sangatlah mempengaruhi karena infrastruktur yang digunakan saat ini adalah yang dulu digunakan untuk melayani pasien sebelum BPJS diberlakukan dengan jumlah sekitar 200 pasien, sedangkan saat ini pasien dapat mencapai hingga 3-4 kali lipat.

5. Tingginya variasi peta perjalanan pasien di instalasi APJ yang tidak didukung dengan faktor-faktor yang menunjang berpengaruh dengan waktu tunggu dan waktu yang harus dihabiskan pasien di Instalasi APJ. Waktu yang lama akan menyebabkan inefisiensi dan membuat pasien merasa tidak puas dengan pelayanan rumah sakit. Ketidakpuasan pasien inilah yang akan menurunkan mutu pelayanan di rumah sakit mengingat kepuasan pasien adalah salah satu parameter yang utama dalam pengukuran mutu.

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan penulis di RS Kanker "Dharmais" selama menjalani aktivitas penelitian, berikut adalah rekomendasi yang dapat diberikan:

1. Manajemen menerapkan alur pelayanan pasien satu loket di Instalasi APJ. Hal ini berarti di Instalasi APJ tidak ada lagi klasifikasi pasien karena semua loket pelayanan yang dibuka dapat melayani semua pasien.
2. Dilaksanakannya *bridging* sistem secara berkala sehingga sistem pelayanan satu loket dapat terwujud. Adapun proses *bridging* ini menjadi penting karena sistem komputer atau software yang menunjang menjadi kunci dapat dibukanya loket pelayanan yang bisa melayani semua pasien jaminan.
3. Penambahan loket pelayanan yang dibuka sesuai dengan jumlah pasien yang dilayani di Instalasi APJ.
4. Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM di Instalasi APJ. Peningkatan kualitas dapat dilaksanakan dengan pemberian pelatihan (*training*). Sedangkan, kuantitas juga perlu untuk ditambah karena berdasarkan pada saran sebelumnya, untuk membuka loket pelayanan yang lebih banyak maka diperlukan SDM yang juga lebih banyak.
5. Pengurangan batas waktu operasional yang tadinya pukul 12.00 WIB menjadi maksimal pukul 11.00 WIB. Hal ini disebabkan untuk beberapa pelayanan rumah sakit, seperti poli onkologi atau UDT, batas pendaftaran pasien maksimal pukul 12.00 WIB.
6. Sosialisasi kepada pasien terkait sistem yang diberlakukan dan alur pelayanan. Sehingga pasien dapat mengetahui alur

pelayanan yang harus ditempuh dan persyaratan apa saja yang harus dipenuhi.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Republik Indonesia.
2. Khusnah, Lailatul. (2008). *Kondisi Psikologis Penderita Kanker Leher Rahim Stadium Akhir*. Malang: UMM.
3. Whicher, Anna, Piotr S., & Gavin Cawood. (2013). *An Overview of Service Design for the Private and Public Sector*. UK: SEE Policy Innovation Design
4. Oxford Strategic Marketing. *Customer Journey Mapping: Guide for Practitioners* dalam <<http://www.webarchive.nationalarchives.gov.uk>> (diakses pada 8 Maret 2014)
5. Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat RI, et all. (2012). 4. Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Jakarta.
6. Kementerian Kesehatan RI. (2013). Indikator Kinerja Rumah Sakit Badan Layanan Umum (BLU). Jakarta: Bagian Program dan Informasi Setdijten Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
7. Wijono, Djoko. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan* (Vol. 1). Surabaya: Airlangga University Press.
8. Djuhaeni, Henni. (1999, July). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Paper Presented at Medical Technic and Service Management Training RSB, RB and BPS, Priangan Tasikmalaya, Indonesia.
9. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. The National Academies Press.
10. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2008). *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures*. USA: AHRQ Publication.
11. Evenson, Shelley. (2008). *Design Thinking for Innovative Healthcare Service*. Pittsburgh: Carnegie Mellon University.
12. Lee, Joyce, et al. (2013, 11 February). *What Can Service Design Do for Your Company?* [Video]. UK: University of Dundee.
13. Leinonkoski, Heli. (2011). *Service Design- An Approach to Better Public Services? A civil Servant's View*. UK: Finnish Institute.
14. Ben-Tovim, I David, Melissa L. Dougherty, Tony J. O'Connell, & Katherine M. McGrath. (2008). *Patient Journeys: The Process of Clinical Redesign*. Adelaide: Flinders University.
15. Baron (2009). *Evaluating The Patient Journey Approach to Ensure Health Care is Centred on Patients*. Nursing Times, 105, 20-23.
16. Gaspersz, Vincent. (2007). *Lean Six Sigma for Manufacturing and Service Industries*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
17. Suryawati, C. (2004). *Kepuasan Pasien rumah Sakit (Tinjauan Teoritis dan Penerapannya Pada Penelitian)*. Semarang: FKM UNDIP (Universitas Diponegoro).
18. Nur Majid, Fitri A. 2010). *Analisis Gambaran Peta Perjalanan Pasien di Pelayanan Rawat Jalan RS Kanker "Dharmais" Tahun 2014*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.