E-ISSN: 3031-8629
P-ISSN: 3032-3258
Halaman 3019-3038
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026

# Analisa Patient Journey Time untuk Meningkatkan Kualitas Layanan Rawat Jalan Case Study Di RS ABC

**Veronica Landy Davida[1*], Orpha Jane[2], Albertus Iwan Hendarta[3]**

[1,2,3]Magister Administrasi Bisnis, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Katolik Parahyangan, Bandung, Indonesia

**Abstrak**

Waktu tunggu yang panjang pada layanan rawat jalan menurunkan mutu layanan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis *patient journey time* sebagai dasar perbaikan kualitas layanan rawat jalan di RS ABC, rumah sakit swasta kelas B di Jakarta Timur. Penelitian menggunakan desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Data waktu layanan periode Agustus–Oktober 2024 diperoleh dari sistem informasi rumah sakit, kemudian dilengkapi observasi langsung dan wawancara semi-terstruktur pada lima titik layanan, yaitu pendaftaran, konsultasi, kasir, farmasi, dan fasilitas pendukung. Data dianalisis secara deskriptif dengan membandingkan waktu aktual terhadap standar *service level agreement* rumah sakit. Hasil menunjukkan bahwa waktu perjalanan pasien rata-rata mencapai 6,68 jam dan hanya 35% pasien menyelesaikan layanan dalam waktu dua jam atau kurang. Waktu rata-rata pasien BPJS Kesehatan sebesar 12,23 jam, pasien asuransi non-BPJS Kesehatan 5,84 jam, dan pasien *self-payment* 4,63 jam. Di kasir, hanya 44,82% pasien dilayani sesuai standar 20 menit dengan rata-rata penyelesaian 24 menit. Hambatan utama meliputi verifikasi penjamin yang lambat, integrasi sistem informasi yang terbatas, kepadatan ruang tunggu, dan koordinasi antarunit yang belum terpadu. Dengan demikian, perbaikan mutu layanan rawat jalan memerlukan integrasi sistem informasi, penataan alur verifikasi, dan pemantauan waktu layanan secara berkala.

**Kata kunci:** *patient journey time, layanan rawat jalan, mutu layanan kesehatan, service excellence, rumah sakit swasta*

**Abstract**

Long waiting times in outpatient services reduce the service quality of hospitals. This study aimed to analyze patient journey time as a basis for improving outpatient service quality at RS ABC, a class B private hospital in East Jakarta. The study used a descriptive case study design with a quantitative approach. Service time data from August to October 2024 were obtained

from the hospital information system and complemented by direct observation and semi-structured interviews at five service points: registration, consultation, cashier, pharmacy, and supporting facilities. The data were analyzed descriptively by comparing actual times with the hospital service level agreement standards. The results showed that the average patient journey time reached 6.68 hours and only 35% of patients completed the service within two hours or less. The average time was 12.23 hours for BPJS Kesehatan patients, 5.84 hours for non-BPJS Kesehatan insured patients, and 4.63 hours for self-payment patients. At the cashier, only 44.82% of patients were served within the 20-minute standard, with an average completion time of 24 minutes. The main obstacles included slow guarantor verification, limited integration of information systems, crowded waiting rooms, and poorly coordinated inter-unit work. Therefore, improving outpatient service quality requires integrating information systems, restructuring the verification flow, and monitoring service time regularly.

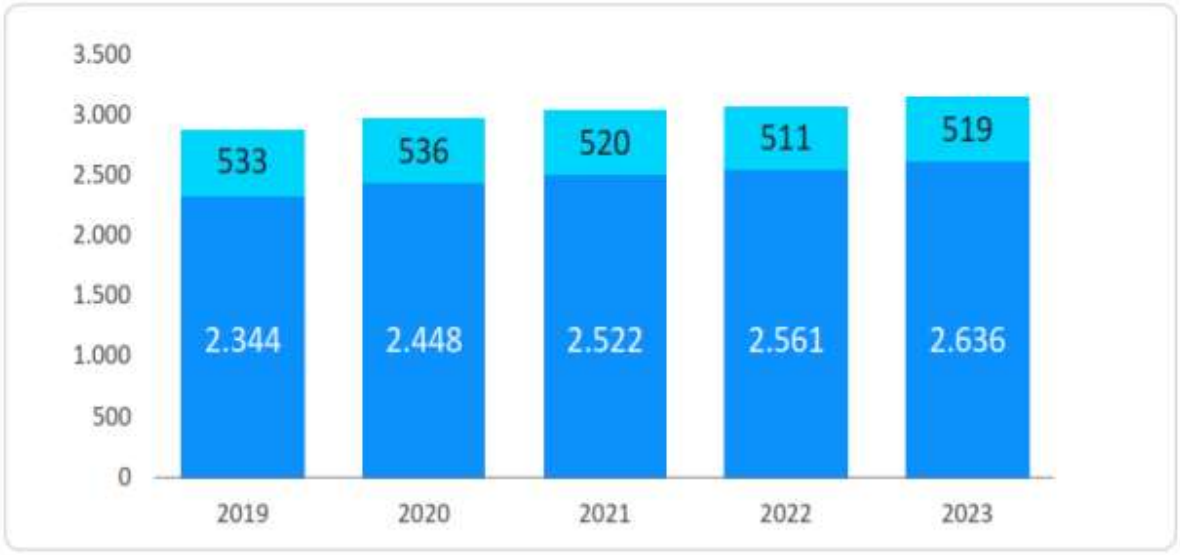
**Keywords:** *patient journey time, outpatient service, healthcare service quality, service excellence, private hospital*

## PENDAHULUAN

Industri kesehatan berkembang pesat seiring perubahan teknologi, demografi, dan kebijakan publik. Dalam lingkungan yang semakin kompetitif, rumah sakit dituntut meningkatkan kualitas layanan sekaligus menekan biaya operasional, sehingga transformasi organisasi menjadi keharusan agar layanan dapat dikelola sesuai kebutuhan dan harapan pasien (Speziale, 2015). Perkembangan tersebut tercermin dari pengeluaran global untuk kesehatan yang mencapai USD 7,2 triliun pada tahun 2013 dan diproyeksikan naik menjadi USD 9,3 triliun pada tahun 2018 (Danaher & Gallan, 2016). Digitalisasi, antara lain melalui *Electronic Medical Record* (EMR) dan sistem diagnostik digital, dipandang sebagai kunci efisiensi dan perluasan akses layanan karena mempercepat diagnosis, pengambilan keputusan medis, dan proses administratif rumah sakit (Mitchell & Kan, 2019; Popov et al., 2022).

Rumah sakit berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan kuratif, preventif, dan rehabilitatif melalui layanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Presiden Republik Indonesia, 2023). Dalam fungsi tersebut, kualitas layanan tidak hanya dinilai dari keberhasilan klinis, tetapi juga dari kenyamanan, kecepatan, dan efektivitas proses pelayanan. Jumlah rumah sakit di Indonesia meningkat dari 2.877 unit pada tahun 2019 menjadi 3.155 unit pada tahun 2023, dengan pertumbuhan rumah sakit umum sebesar 12,46% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024), sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 1.

E-ISSN: 3031-8629
P-ISSN: 3032-3258
Halaman 3019-3038
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026



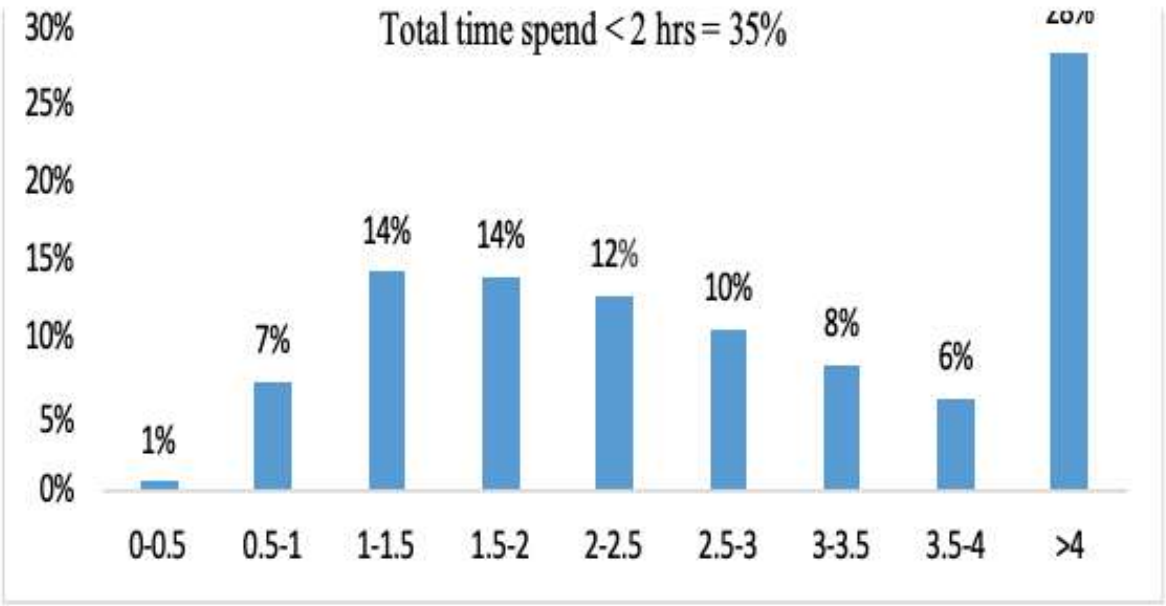

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2024

**Gambar 1. Perkembangan jumlah rumah sakit umum dan khusus di Indonesia tahun 2019–2023**

Peningkatan jumlah rumah sakit memperkuat kompetisi antarpenyedia layanan. Pada saat yang sama, keterbatasan anggaran negara dan penerapan jaminan kesehatan nasional menuntut rumah sakit menyelaraskan efisiensi biaya dengan kualitas layanan prima (Setiawan et al., 2021).

RS ABC, rumah sakit swasta kelas B yang telah terakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan *Joint Commission International* (JCI) serta bersertifikat ISO 9001:2015, menghadapi tantangan pada layanan rawat jalan. Sejak Maret 2024, keluhan pasien tentang lamanya waktu tunggu di unit pendaftaran, kasir, dan farmasi meningkat. Standar waktu yang ditetapkan, yaitu 20 menit di pendaftaran dan kasir serta 20–60 menit untuk penyiapan obat, tidak selalu tercapai. Data *patient journey time* periode Agustus–Oktober 2024 menunjukkan bahwa hanya 35% pasien menyelesaikan seluruh proses rawat jalan dalam waktu kurang dari dua jam, sedangkan 28% pasien menghabiskan lebih dari empat jam (Gambar 2). Masalah ini diperkuat oleh keterbatasan ruang tunggu dan area parkir serta tingginya kunjungan pasien yang datang lebih awal dari jadwal. Walaupun indeks kepuasan pasien masih di atas target, peningkatan keluhan menjadi sinyal perlunya evaluasi menyeluruh terhadap efisiensi pelayanan.

E-ISSN: 3031-8629
P-ISSN: 3032-3258
Halaman 3019-3038
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026




**Gambar 2. Waktu tunggu pasien periode Agustus–Oktober 2024**

Pelayanan kesehatan merupakan bagian dari industri jasa yang bersifat tidak berwujud, tidak terpisahkan antara produksi dan konsumsi, heterogen, dan tidak dapat disimpan (Wirtz, 2021). Karena layanan diberikan oleh manusia, pengalaman pasien dalam berinteraksi dengan petugas menjadi dimensi penting. Kualitas layanan dapat dievaluasi melalui lima dimensi, yaitu wujud fisik (*tangibles*), keandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), dan empati (*empathy*) (Parasuraman et al., 1988). Kualitas layanan berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan (Afthanorhan et al., 2019; Tjiptono & Chandra, 2011) dan kepuasan tersebut memengaruhi loyalitas serta rekomendasi positif yang memperkuat daya saing (Arisinta & Ulum, 2023; Kotler & Keller, 2016). Prinsip *service excellence*, yaitu pelayanan yang cepat, akurat, ramah, dan terintegrasi, berkaitan dengan kepuasan pasien (Priyantini et al., 2023; Snekalatha & Kavitha, 2024).

Pengelolaan waktu pelayanan menjadi komponen penting kualitas layanan rawat jalan karena waktu tunggu yang lama sering menjadi sumber ketidakpuasan, terutama di pendaftaran, konsultasi dokter, dan pengambilan obat. Manajemen alur pasien (*patient flow management*) karenanya penting dalam merancang sistem layanan yang efisien (Bulto et al., 2024). Pemetaan perjalanan pasien (*patient journey mapping*) merupakan pendekatan untuk memahami pengalaman pasien dan mengidentifikasi titik masalah (*pain points*) pada setiap tahap layanan, seperti antrean panjang, keterlambatan dokter, dan kurangnya informasi alur layanan (Stickdorn et al., 2018).

Kajian terdahulu lebih banyak membahas hubungan kualitas layanan dengan kepuasan dan loyalitas serta metode pemetaan perjalanan pasien, sedangkan pemetaan waktu

perjalanan pasien rawat jalan pada setiap tahap layanan yang dibandingkan dengan standar waktu rumah sakit swasta di Indonesia masih terbatas. Penelitian ini bertujuan menganalisis *patient journey time* pada layanan rawat jalan RS ABC, mengidentifikasi titik kritis yang memengaruhi durasi pelayanan, dan merumuskan rekomendasi untuk peningkatan mutu layanan. Kontribusi penelitian ini adalah pemetaan alur pelayanan aktual berbasis data yang dapat menjadi acuan rumah sakit lain dalam meningkatkan efisiensi layanan dan kepuasan pasien.

## METODE

### Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan kuantitatif yang dilengkapi data kualitatif dari observasi dan wawancara (Kim et al., 2017). Fokus penelitian adalah mengukur dan menganalisis *patient journey time* pasien rawat jalan serta mengidentifikasi titik kritis proses pelayanan yang memengaruhi kualitas layanan.

### Lokasi, Waktu, Populasi, dan Sampel

Penelitian dilakukan di RS ABC, rumah sakit swasta kelas B di Jakarta Timur. Populasi penelitian adalah seluruh pasien rawat jalan yang menjalani proses pelayanan dari pendaftaran hingga pengambilan obat. Sampel adalah data *patient journey time* periode Agustus–Oktober 2024 dari sistem informasi rumah sakit. Sampel ditentukan secara *purposive sampling*, yaitu pasien yang tercatat menyelesaikan seluruh rangkaian layanan secara lengkap pada periode tersebut.

### Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data

Data primer diperoleh melalui observasi langsung pada alur pelayanan di pendaftaran, konsultasi dokter, kasir, dan farmasi serta wawancara dengan petugas pendaftaran, keperawatan, kasir, dan farmasi serta pasien. Peneliti juga melakukan observasi partisipatif dengan berperan sebagai pasien pada poliklinik Penyakit Dalam. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi untuk mencatat waktu kedatangan dan penyelesaian layanan pada setiap unit serta panduan wawancara semi-terstruktur untuk menggali kendala teknis dan nonteknis yang dihadapi petugas dan pasien. Data sekunder berupa log waktu EMR, rekapitulasi laporan kunjungan pasien, dan prosedur operasional standar layanan.

Waktu layanan didefinisikan menurut tahapnya. Waktu total dihitung sejak pasien dilayani petugas pendaftaran hingga obat diterima pasien. Waktu pendaftaran dihitung sejak pasien dilayani petugas pendaftaran hingga selesai pengkajian oleh perawat. Waktu konsultasi dihitung sejak awal pertemuan dengan dokter hingga seluruh proses selesai, termasuk

penulisan SOAP dan pemesanan obat melalui EMR. Waktu kasir dihitung sejak konsultasi selesai hingga pembayaran setelah review obat oleh instalasi farmasi. Waktu farmasi dihitung sejak pembayaran hingga obat diterima pasien.

**Teknik Analisis Data dan Kriteria Interpretasi**

Data diklasifikasikan menurut tahapan alur layanan dan jenis penjamin, kemudian dihitung rata-rata waktu pelayanan pada setiap unit. Selanjutnya dilakukan analisis distribusi waktu pelayanan, identifikasi deviasi waktu terhadap standar *service level agreement* (SLA) rumah sakit, dan visualisasi data dalam diagram alir dan grafik untuk menunjukkan titik hambatan (*bottleneck*). Analisis dibantu perangkat lunak *spreadsheet* tanpa perangkat lunak statistik khusus.

Standar waktu yang digunakan sebagai pembanding adalah 20 menit untuk pendaftaran dan kasir, 20 menit untuk obat nonracikan dan 60 menit untuk obat racikan, serta interval konsultasi 15 menit per pasien sesuai pengaturan EMR. Waktu total dua jam digunakan sebagai batas pembanding penyelesaian layanan. Temuan observasi dan wawancara diklasifikasikan menurut paket layanan, yaitu fasilitas pendukung (*supporting facility*), barang pendukung (*facilitating goods*), informasi, layanan eksplisit, dan layanan implisit (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2001).

Validitas data ditingkatkan melalui triangulasi metode (wawancara, observasi, dan studi dokumen), triangulasi teori (pembandingan hasil dengan teori yang relevan), dan triangulasi sumber data (lebih dari satu narasumber atau jenis dokumen). Data diverifikasi oleh tim teknologi informasi dan manajer unit terkait. Data dianalisis secara induktif melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan serta verifikasi yang berlangsung simultan sejak pengumpulan data hingga penelitian selesai.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

**Waktu Total Patient Journey**

Waktu total *patient journey* dihitung sejak pasien dilayani petugas pendaftaran rawat jalan hingga obat diterima pasien. Distribusi waktu untuk semua penjamin disajikan pada Gambar 3.

E-ISSN: 3031-8629
P-ISSN: 3032-3258
Halaman 3019-3038
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026

| Row Labels | Count of Total time spend(hr) | Sum of Total time spend(hr) | |
|---|---|---|---|
| 0,5 | 114 | 40 | 1% |
| 1 | 1.417 | 1.151 | 7% |
| 1,5 | 2.840 | 3.570 | 14% |
| 2 | 2.772 | 4.837 | 14% |
| 2,5 | 2.523 | 5.656 | 12% |
| 3 | 2.100 | 5.759 | 10% |
| 3,5 | 1.632 | 5.281 | 8% |
| 4 | 1.197 | 4.477 | 6% |
| 4,5 | 5.699 | 104.757 | 28% |
| #N/A | 13 | 103 | |
| **Grand Total** | **20.307** | **135.424** | |

**Gambar 3. Waktu yang diperlukan pasien berobat di RS ABC untuk semua penjamin**

Rata-rata waktu berobat seluruh pasien adalah 6,68 jam (135.424 / 20.307), dan 35% pasien menyelesaikan layanan dalam waktu dua jam atau kurang. Berdasarkan penjamin, pasien BPJS Kesehatan memerlukan rata-rata 12,23 jam (44.163 / 3.612) dengan 13% pasien selesai dalam dua jam (Gambar 4). Pasien asuransi non-BPJS Kesehatan memerlukan rata-rata 5,84 jam (67.933 / 11.652) dengan 36% pasien selesai dalam dua jam (Gambar 5). Pasien *self-payment* memerlukan rata-rata 4,63 jam (23.324 / 5.040) dengan 47% pasien selesai dalam dua jam (Gambar 6).

| Row Labels | Count of Total time spend(hr) | Sum of Total time spend(hr) | |
|---|---|---|---|
| 0,5 | 2 | 1 | 0% |
| 1 | 51 | 43 | 1% |
| 1,5 | 188 | 244 | 5% |
| 2 | 264 | 465 | 7% |
| 2,5 | 321 | 724 | 9% |
| 3 | 372 | 1.028 | 10% |
| 3,5 | 343 | 1.110 | 9% |
| 4 | 275 | 1.029 | 8% |
| 4,5 | 1.796 | 39.520 | 50% |
| **Grand Total** | **3.612** | **44.163** | |

**Gambar 4. Distribusi waktu berobat pasien dengan penjamin BPJS Kesehatan**

E-ISSN: 3031-8629
P-ISSN: 3032-3258
Halaman 3019-3038
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026

| Row Labels | Count of Total time spend(hr) | Sum of Total time spend(hr) | |
|---|---|---|---|
| 0,5 | 65 | 21 | 1% |
| 1 | 805 | 656 | 7% |
| 1,5 | 1.673 | 2.101 | 14% |
| 2 | 1.685 | 2.939 | 14% |
| 2,5 | 1.528 | 3.422 | 13% |
| 3 | 1.251 | 3.429 | 11% |
| 3,5 | 959 | 3.106 | 8% |
| 4 | 667 | 2.497 | 6% |
| 4,5 | 3.010 | 49.863 | 26% |
| **Grand Total** | **11.652** | **67.933** | |

**Gambar 5. Distribusi waktu berobat pasien dengan penjamin asuransi non-BPJS Kesehatan**

| Row Labels | Count of Total time spend(hr) | Sum of Total time spend(hr) | |
|---|---|---|---|
| 0,5 | 47 | 18 | 1% |
| 1 | 560 | 451 | 11% |
| 1,5 | 978 | 1.224 | 19% |
| 2 | 823 | 1.433 | 16% |
| 2,5 | 674 | 1.510 | 13% |
| 3 | 476 | 1.300 | 9% |
| 3,5 | 330 | 1.065 | 7% |
| 4 | 255 | 951 | 5% |
| 4,5 | 893 | 15.374 | 18% |
| **Grand Total** | **5.040** | **23.324** | |

**Gambar 6. Distribusi waktu berobat pasien *self-payment***

### Waktu Layanan Pendaftaran Rawat Jalan

Waktu pendaftaran dihitung sejak pasien dilayani petugas pendaftaran hingga selesai pengkajian oleh perawat, dengan standar 20 menit untuk semua penjamin. Alur pelayanan pendaftaran dan proses verifikasi disajikan pada Gambar 7 dan Gambar 8.




**Gambar 7. Alur pelayanan pendaftaran**

E-ISSN: 3031-8629
P-ISSN: 3032-3258
Halaman 3019-3038
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026

| Row Labels | Count of Admission Time | Sum of Admission Time2 | |
|---|---|---|---|
| 20 | 14003 | 105.363,3 | 71,28% |
| 40 | 2619 | 72.559,3 | 13,33% |
| 60 | 963 | 47.022,9 | 4,90% |
| 80 | 516 | 35.464,1 | 2,63% |
| 100 | 304 | 27.062,3 | 71,28% |
| 120 | 192 | 20.961,2 | 0,98% |
| 140 | 1047 | 287.417,6 | 5,33% |
| #N/A | 663 - | 43.490.509.895,0 | |
| **Grand Total** | **20307 -** | **43.489.914.044,2** | |

**Gambar 8. Proses verifikasi**

Proses verifikasi data pasien yang selesai dalam 20 menit mencapai 71,28%. Rata-rata waktu pendaftaran untuk semua penjamin adalah 30 menit (Gambar 9), untuk pasien BPJS Kesehatan 34 menit (Gambar 10), untuk pasien asuransi non-BPJS Kesehatan 35 menit (Gambar 11), dan untuk pasien *self-payment* 17 menit (Gambar 12).

| Payor | (All) | |
|---|---|---|
| | | |
| Row Labels | Count of Admission Time | Sum of Admission Time2 |
| 20 | 14003 | 105.363,3 |
| 40 | 2619 | 72.559,3 |
| 60 | 963 | 47.022,9 |
| 80 | 516 | 35.464,1 |
| 100 | 304 | 27.062,3 |
| 120 | 192 | 20.961,2 |
| 140 | 1047 | 287.417,6 |
| #N/A | 663 - | 43.490.509.895,0 |
| **Grand Total** | **20307 -** | **43.489.914.044,2** |
| | | |
| | 19644 | 595850,8 |
| Average | | 30 |

**Gambar 9. Rata-rata waktu pendaftaran semua penjamin: 30 menit**

E-ISSN: 3031-8629
P-ISSN: 3032-3258
Halaman 3019-3038
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026

| Payor | BPJS | |
|---|---|---|
| Row Labels | Count of Admission Time | Sum of Admission Time2 |
| 20 | 2031 | 21.535,1 |
| 40 | 749 | 20.782,5 |
| 60 | 306 | 14.871,7 |
| 80 | 156 | 10.876,8 |
| 100 | 74 | 6.529,1 |
| 120 | 50 | 5.491,2 |
| 140 | 201 | 41.808,5 |
| #N/A | 45 - | 2.951.774.489,5 |
| **Grand Total** | **3612 -** | **2.951.652.594,5** |
| | 3567 | 121894,9833 |
| Average | | 34 |

**Gambar 10. Rata-rata waktu pendaftaran pasien BPJS Kesehatan: 34 menit**

| Payor | (Multiple Items) | |
|---|---|---|
| Row Labels | Count of Admission Time | Sum of Admission Time2 |
| 20 | 7839 | 67.720,5 |
| 40 | 1525 | 42.280,7 |
| 60 | 533 | 26.087,2 |
| 80 | 302 | 20.656,0 |
| 100 | 184 | 16.419,5 |
| 120 | 120 | 13.097,8 |
| 140 | 707 | 205.830,1 |
| #N/A | 445 - | 29.189.518.863,5 |
| **Grand Total** | **11655 -** | **29.189.126.771,8** |

**Gambar 11. Rata-rata waktu pendaftaran pasien asuransi non-BPJS Kesehatan: 35 menit**

E-ISSN: 3031-8629
P-ISSN: 3032-3258
Halaman 3019-3038
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026

| Payor | Self Payment | |
|---|---|---|
| | | |
| Row Labels | Count of Admission Time | Sum of Admission Time2 |
| 20 | 4133 | 16.107,7 |
| 40 | 345 | 9.496,1 |
| 60 | 124 | 6.064,1 |
| 80 | 58 | 3.931,3 |
| 100 | 46 | 4.113,7 |
| 120 | 22 | 2.372,2 |
| 140 | 139 | 39.779,0 |
| #N/A | 173 - | 11.349.216.541,9 |
| **Grand Total** | **5040 -** | **11.349.134.677,8** |
| | | |
| | 4867 | 81864,1 |
| Average | | 17 |

**Gambar 12. Rata-rata waktu pendaftaran pasien *self-payment*: 17 menit**

Hasil observasi dan wawancara dengan petugas pendaftaran adalah sebagai berikut.

1. Sekitar 90% pasien menggunakan sistem perjanjian (*appointment*) digital melalui *chatbot*, situs web, *live chat* dalam telepon, atau Mobile JKN.
2. *Chatbot* mempercepat pendaftaran sekitar 5–10 menit, tetapi sering terkendala pencarian data akibat perbedaan penulisan nama.
3. Fitur untuk memanggil petugas langsung dari *chatbot* tidak tersedia sehingga pasien kesulitan saat menghadapi kendala.
4. Pendaftaran melalui telepon cenderung lambat karena melibatkan layanan pihak ketiga.
5. Jadwal dokter pada situs web tidak selalu akurat karena diperbarui setiap empat bulan.
6. Sistem unggah dokumen verifikasi bagi pasien asuransi non-BPJS belum diterapkan secara konsisten.
7. Verifikasi pasien BPJS memakan waktu lama karena pemeriksaan manual atas dokumen rujukan dan kontrol.
8. Sebagian penjamin asuransi swasta menggunakan aplikasi verifikasi mandiri, tetapi masih terjadi kendala teknis eksternal.
9. Petugas pendaftaran umumnya ramah, tetapi kurang informatif dalam menjelaskan kendala teknis kepada pasien sehingga dapat memicu ketegangan.

**Waktu Layanan Konsultasi Dokter**

Sistem EMR mengatur interval konsultasi 15 menit per pasien, kecuali pada subspesialisasi tertentu. Sebagian kecil dokter senior masih mencatat SOAP secara manual,

tetapi pemesanan obat tetap dilakukan secara digital. Sebanyak 58,11% pasien menjalani konsultasi sesuai durasi tersebut, 23,58% memerlukan 30 menit, dan 2,90% melebihi 90 menit. Distribusi durasi konsultasi menurut penjamin dan poliklinik disajikan pada Tabel 1.

**Tabel 1. Distribusi durasi konsultasi menurut penjamin dan poliklinik**

| Jangka Waktu (menit) | BPJS Kesehatan | Asuransi Non BPJS Kesehatan | Self Payment | Kasus |
|---|---|---|---|---|
| ≤ 15 | 21,38% | 57,68% | 19,25% | Penyakit Dalam (20,94%), Jantung (10,92%), Anak (9,92%) |
| 30–90 | 11,33% | 56,66% | 32,01% | Penyakit Dalam (23,98%), Anak (11,85%), Dermatovenerologi (9,18%) |
| > 90 | 13,92% | 61,29% | 24,79% | Penyakit Dalam (20,88%), Paru-paru (18,17%), Jantung (12,39%) |

Pasien asuransi non-BPJS Kesehatan mendominasi seluruh kelompok durasi (56,66%–61,29%), dan poliklinik Penyakit Dalam merupakan kasus terbanyak pada setiap kelompok durasi (20,88%–23,98%).

Observasi partisipatif pada poliklinik Penyakit Dalam menunjukkan hal berikut.

1. Banyak pasien datang lebih awal dari jadwal konsultasi dengan harapan dilayani lebih cepat, meskipun sistem antrean bersifat digital dan berbasis nomor urut.
2. Jumlah perawat pada setiap lantai terbatas (maksimal dua orang) dengan tugas mencatat tanda vital dan pengkajian rawat jalan ke dalam EMR.
3. Ketidaksesuaian kedatangan pasien dengan jadwal membuat ruang tunggu padat dan kurang nyaman sehingga banyak pasien berdiri dan gelisah.
4. Kebisingan dan kepadatan ruang tunggu membuat suara pemanggilan nomor antrean tidak terdengar jelas, dan tampilan nomor antrean pada televisi kurang intuitif.
5. Keterlambatan dokter menjadi isu sensitif, dan ketidaknyamanan ruang tunggu memperburuk persepsi waktu tunggu pasien.
6. Sistem absensi dokter secara digital masih dalam tahap pengembangan, sedangkan metode pencatatan manual sebelumnya dianggap tidak akurat.
7. Pasien poliklinik Penyakit Dalam didominasi kelompok lanjut usia dengan kebutuhan komunikasi khusus dan waktu konsultasi yang lebih lama.

8. Kendala pengisian resep di EMR terjadi akibat keterbatasan stok obat, belum adanya sistem notifikasi otomatis, dan kurangnya integrasi antara EMR, farmasi, dan gudang obat.

**Waktu Layanan Kasir Rawat Jalan**

Waktu kasir dihitung sejak konsultasi dokter selesai hingga pembayaran setelah review obat oleh instalasi farmasi. Standar waktu transaksi di kasir adalah 20 menit, tetapi hanya 44,82% pasien yang dilayani sesuai standar dengan rata-rata waktu penyelesaian 24 menit. Distribusi waktu transaksi disajikan pada Tabel 2.

**Tabel 2. Waktu yang diperlukan pasien untuk menyelesaikan transaksi di kasir**

| Jangka Waktu (menit) | BPJS Kesehatan | Asuransi Non BPJS Kesehatan | Self Payment | Kasus |
|---|---|---|---|---|
| ≤ 20 | 17,72% | 50,39% | 31,89% | Penyakit Dalam (19,38%), THT (10,71%), Saraf (10,43%) |
| > 20–120 | 18,93% | 63,85% | 17,21% | Penyakit Dalam (22,59%), Anak (13,90%), Jantung (12,50%) |
| > 120 | 16,91% | 64,53% | 18,56% | Penyakit Dalam (60,50%), Gigi (9,42%) |

Pasien asuransi non-BPJS Kesehatan paling banyak berada pada kelompok waktu lebih dari 20 menit (63,85% dan 64,53%), dengan kasus terbanyak berasal dari poliklinik Penyakit Dalam. Kendala yang ditemukan pada observasi dan wawancara dengan petugas kasir adalah sebagai berikut.

1. Kasir tidak dapat memproses pembayaran sebelum seluruh resep pasien selesai direview oleh instalasi farmasi.
2. Pasien BPJS tetap mengantre di kasir untuk menerima cetakan transaksi, surat pengantar pemeriksaan penunjang, dan surat keterangan tindak lanjut sesuai prosedur rumah sakit.
3. Pasien *self-payment* sering memerlukan waktu tambahan untuk berdiskusi dengan keluarga tentang total biaya, khususnya untuk tindakan radiologi atau pemeriksaan laboratorium kompleks.
4. Sebagian pasien mengurangi jumlah obat yang diambil atau meminta resep sebagian sehingga kasir perlu merevisi dan memproses ulang transaksi.
5. Permintaan obat pengganti yang lebih ekonomis memerlukan koordinasi antara kasir, farmasi, dan dokter sehingga menambah waktu konfirmasi dan review ulang.

6. Pada pasien asuransi non-BPJS, keterlambatan transaksi sering disebabkan oleh konfirmasi ke penjamin yang tidak dapat diselesaikan dalam satu kali komunikasi.
7. Apabila nilai transaksi melebihi batas penjamin, atau terdapat perbedaan jumlah atau jenis obat, kasir harus mengulang konfirmasi, merevisi transaksi, dan meminta justifikasi dokter.
8. Ketidaksesuaian antara resep dokter dan formularium penjamin menyebabkan review tambahan dan koordinasi antarunit yang memperpanjang waktu layanan.

**Waktu Layanan Farmasi**

Waktu farmasi dihitung sejak pembayaran dilakukan hingga obat diterima pasien. Pencapaian standar waktu penyiapan obat menurut penjamin disajikan pada Gambar 13.

| Penjamin | Non Racikan | | | Racikan | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Presentase Pencapaian | >20 menit (kasus terbanyak) | >140 menit (obat diambil >1x24 jam) | Presentase Pencapaian | >60 menit (kasus terbanyak) | >140 menit (obat diambil >1x24 jam) |
| BPJS Kesehatan | 20,07% | Poli Penyakit Dalam (26.64%) | 28,02% | 20,70% | Penyakit Dalam (43.90%) | 25,00% |
| Asuransi Non BPJS Kesehatan | 39,60% | Poli Penyakit Dalam (27,88%) | 20,17% | 18,73% | Poli Anak (46,30%) | 7,91% |
| Self Payment | 41,07% | Poli Penyakit Dalam (25,18%) | 17,23% | 18,83% | Poli Anak (33,89%) | 2,96% |

**Gambar 13. Waktu dari pembayaran hingga obat diterima pasien**

Pada obat nonracikan, pencapaian standar 20 menit sebesar 20,07% pada pasien BPJS Kesehatan, 39,60% pada pasien asuransi non-BPJS Kesehatan, dan 41,07% pada pasien *self-payment*, dengan kasus terbanyak yang melebihi standar berasal dari poliklinik Penyakit Dalam. Pada obat racikan, pencapaian standar 60 menit sebesar 20,70%, 18,73%, dan 18,83% untuk ketiga kelompok penjamin secara berurutan. Obat yang diambil pasien lebih dari 1×24 jam mencapai 28,02%, 20,17%, dan 17,23% pada obat nonracikan serta 25,00%, 7,91%, dan 2,96% pada obat racikan untuk ketiga kelompok penjamin secara berurutan. Observasi pada instalasi farmasi menunjukkan hal berikut.

1. Penyimpanan obat tertata rapi, tetapi memenuhi hampir seluruh ruang farmasi sehingga suasana padat.
2. Ruang yang terbatas membuat area kerja terasa penuh, baik bagi petugas maupun bagi pergerakan operasional.
3. Resep pasien tidak otomatis masuk antrean review jika barcode pada cetakan tidak dipindai pada mesin Kios-K.
4. Resep yang masuk ke sistem dicetak otomatis dan direview apoteker berdasarkan diagnosis, dosis, jumlah, dan formularium penjamin.
5. Ketidaksesuaian resep memerlukan konfirmasi ke dokter yang sering memakan waktu karena respons tidak selalu diterima langsung.
6. Obat kronis pasien BPJS memerlukan penginputan tambahan pada aplikasi khusus sehingga memperpanjang waktu review.
7. Farmasi harus berkoordinasi dengan kasir apabila terdapat revisi obat akibat ketidaksesuaian dengan penjamin atau permintaan pasien.
8. Obat melewati empat tahap pengecekan sebelum diserahkan, yaitu review resep, pengambilan, pengepakan, dan verifikasi identitas pasien.
9. Ditemukan obat yang sudah dikemas tetapi tidak diambil pasien lebih dari 2×24 jam, terutama pada pasien dengan penjamin non-BPJS.
10. Layanan pengantaran obat bekerja sama dengan platform daring tersedia, tetapi masih jarang dimanfaatkan pasien.

**Fasilitas Pendukung (*Supporting Facility*)**

Dari sisi lokasi, tersedia akses masuk dan keluar kendaraan dari jalan utama dan jalan biasa, tetapi kurang terlihat jelas. Banyak pasien salah belok atau melewatkan akses karena penanda (*signage*) rumah sakit kalah mencolok dibandingkan bangunan komersial di sekitarnya, dan akses jalan biasa tertutup pedagang kaki lima. Penanda internal menuju area layanan kurang jelas, tidak ada informasi arah dari gedung parkir ke gedung layanan pada setiap lantai, area lift gedung parkir minim pencahayaan dan kurang nyaman, serta dibutuhkan petugas tambahan untuk membantu pengunjung menavigasi area rumah sakit.

Dari sisi interior, suasana umum belum mencerminkan kesan rumah sakit modern. Furnitur terlihat usang, dan warna, bahan, serta desainnya belum menunjang estetika modern. Peralatan pendukung juga memiliki keterbatasan, yaitu alat pemeriksa tanda vital sudah digital tetapi belum terintegrasi dengan EMR, sebagian tempat tidur di poliklinik masih berbahan kayu dan tidak ergonomis, dan penulisan EMR selama layanan menyebabkan jeda yang mengganggu alur kerja.

Dari sisi arsitektur dan tata letak, sumber daya fisik cukup memadai, tetapi pembagian zona publik, semi-privat, dan privat tumpang tindih. Desain interior dan tata ruang perlu disesuaikan agar lebih fungsional dan modern, sedangkan furnitur lama dan suasana yang kurang nyaman memengaruhi persepsi pengunjung. Arus kendaraan dan pasien belum tertata optimal sehingga banyak pasien tersesat. Ruang tunggu pada setiap lantai cenderung padat, lampu redup, dan kursi tidak mendukung privasi, sedangkan sofa di beberapa lantai tidak ergonomis dan cepat kempis.

**Barang Pendukung (*Facilitating Goods*)**

Pada aspek konsistensi, seluruh resep dokter direview terlebih dahulu oleh farmasi, baik untuk pasien *self-payment* maupun pasien dengan jaminan asuransi, meliputi kesesuaian obat dengan diagnosis, dosis, jumlah, dan ketersediaan. Permasalahannya, konfirmasi kepada dokter spesialis sering memakan waktu karena tidak langsung terhubung, dan koordinasi tambahan dengan kasir diperlukan sebelum pembayaran.

Pada aspek kuantitas, jumlah obat diberikan sesuai hasil review farmasi. Jumlah tersebut dapat berbeda karena keterbatasan formularium penjamin atau permintaan pasien. Kekosongan obat sering dikeluhkan dokter, kemungkinan akibat pembaruan stok pada EMR yang tidak tepat atau sistem pemesanan yang kurang akurat.

Pada aspek seleksi, Komite Farmasi dan Terapi (KFT) bertanggung jawab atas seleksi dan review obat di rumah sakit, dan satu jenis obat tersedia dalam tiga sediaan, yaitu paten, generik, dan nongenerik murah. Pengadaan obat baru memerlukan waktu sekitar satu bulan karena proses berlapis dari KFT ke pengadaan korporat.

**Informasi**

Informasi layanan tersedia melalui situs web, media sosial, *flyer*, poster, dan televisi promosi serta dapat diakses kapan saja melalui media daring rumah sakit. Informasi umum dinilai cukup berguna bagi pengunjung. Namun, jadwal praktik dokter hanya diperbarui setiap empat bulan sehingga tidak fleksibel terhadap perubahan mendadak, situs web belum menyediakan fitur *chat* langsung dengan petugas, dan respons terhadap pertanyaan melalui media sosial tidak berlangsung secara *real-time*. Materi edukasi kesehatan belum tersedia, *flyer* sering diabaikan pengunjung dan dinilai tidak efektif serta memboroskan anggaran, penempatan televisi promosi kurang strategis dengan konten yang kalah oleh kebisingan area tunggu, dan layar televisi di lobi rawat inap sudah usang serta mulai bermasalah secara teknis.

**Layanan Eksplisit (*Explicit Services*)**

Tenaga medis dan nonmedis ditempatkan sesuai kewenangan, dan tersedia pelatihan tahunan serta sistem pengingat izin praktik. Layanan yang tersedia cukup lengkap, dan rumah

sakit bekerja sama dengan rumah sakit lain untuk pemeriksaan penunjang yang belum tersedia. Rumah sakit menyediakan situs web dan *hotline* yang dapat diakses kapan saja. Meskipun demikian, pelatihan *service excellence* dan penanganan keluhan belum optimal bagi petugas yang berinteraksi langsung dengan pasien, penambahan layanan baru terhambat oleh keterbatasan ruang dan alat kesehatan, tampilan situs web kurang menarik dan belum ramah pengguna, serta tidak tersedia nomor bebas pulsa untuk *hotline*.

Pada aspek keandalan, verifikasi dokumen asuransi lambat karena dilakukan pada hari kunjungan dan memerlukan konfirmasi penjamin. Dokter spesialis terkadang terlambat atau tidak hadir di luar jadwal praktik, antrean kasir menumpuk karena konfirmasi tindakan dan obat ke penjamin, dan waktu penyediaan obat sering melebihi standar 20 menit untuk obat nonracikan dan 60 menit untuk obat racikan.

**Layanan Implisit (*Implicit Services*)**

Pada sikap pelayanan, sebagian petugas tampak menahan emosi saat menghadapi situasi yang tidak kondusif, nada bicara sebagian petugas dengan latar budaya tertentu dipersepsikan kasar oleh pasien, dan petugas junior dinilai kurang sopan dalam berkomunikasi. Pada aspek suasana, zona publik, semi-privat, dan privat tidak tertata sehingga menimbulkan kesan padat, dan tidak tersedia musik latar untuk menciptakan suasana tenang.

Pada aspek menunggu, tidak ada musik latar untuk mengurangi ketegangan, televisi promosi sering digunakan untuk acara hiburan yang tidak terkait layanan, kantin pascapandemi hanya menyediakan makanan ringan dan instan, dan hanya terdapat satu mesin minuman otomatis di lobi rawat jalan. Sebagian besar pasien merasa puas dengan layanan konsultasi dan pengobatan serta merasa aman melakukan transaksi di rumah sakit, tetapi sebagian merasa kurang nyaman akibat suasana yang padat, terutama di rawat jalan. Sistem pendaftaran berbasis perjanjian telah diterapkan untuk seluruh pasien rawat jalan.

**Pembahasan**

Waktu perjalanan pasien rata-rata 6,68 jam dengan hanya 35% pasien selesai dalam dua jam menunjukkan bahwa waktu layanan aktual jauh dari standar yang ditetapkan rumah sakit. Pasien BPJS Kesehatan memerlukan waktu terlama (12,23 jam) dan pasien *self-payment* tersingkat (4,63 jam). Perbedaan ini sejalan dengan temuan hambatan verifikasi, yaitu pemeriksaan manual dokumen rujukan dan kontrol pada pasien BPJS serta konfirmasi berulang kepada penjamin pada pasien asuransi, yang tidak dialami pasien *self-payment*. Temuan ini menunjukkan pentingnya manajemen alur pasien yang memperhatikan perbedaan proses antarpenjamin (Bulto et al., 2024) dan pemetaan perjalanan pasien untuk menemukan titik masalah pada setiap tahap (Stickdorn et al., 2018).

Pada tahap pendaftaran, sekitar 90% pasien menggunakan perjanjian digital, tetapi rata-rata waktu pendaftaran tetap melebihi standar 20 menit untuk pasien BPJS Kesehatan (34 menit) dan asuransi non-BPJS Kesehatan (35 menit). Digitalisasi diharapkan meningkatkan efisiensi proses administratif (Mitchell & Kan, 2019; Popov et al., 2022), tetapi pada RS ABC manfaat tersebut belum optimal karena kendala pencarian data akibat perbedaan penulisan nama, jadwal dokter yang tidak diperbarui, dan verifikasi yang masih manual. Hal ini mengindikasikan bahwa tingginya penggunaan sistem digital belum disertai integrasi dan penyesuaian proses yang memadai.

Pada tahap konsultasi, 58,11% pasien dilayani sesuai interval 15 menit, sedangkan sisanya memerlukan waktu lebih lama dan 2,90% melebihi 90 menit. Kedatangan pasien yang lebih awal dari jadwal, keterbatasan perawat, serta kebisingan dan kepadatan ruang tunggu memengaruhi kenyamanan dan persepsi waktu tunggu. Kondisi ini berkaitan dengan dimensi wujud fisik, daya tanggap, dan empati dalam kualitas layanan (Parasuraman et al., 1988), dan berpotensi memengaruhi kepuasan pasien (Afthanorhan et al., 2019).

Pada tahap kasir dan farmasi, hanya 44,82% pasien dilayani sesuai standar kasir, dan pencapaian standar waktu penyiapan obat berkisar 18,73%–41,07%. Ketergantungan antartahap menjadi penyebab utama, karena kasir tidak dapat memproses pembayaran sebelum review obat selesai, sedangkan perubahan obat akibat formularium penjamin atau permintaan pasien memerlukan koordinasi berulang antara kasir, farmasi, dan dokter. Empat tahap pengecekan obat sebelum diserahkan kemungkinan berkontribusi pada ketelitian layanan, tetapi tanpa integrasi sistem informasi antara EMR, farmasi, dan gudang obat, tahapan tersebut dapat memperpanjang waktu layanan.

Temuan pada paket layanan menunjukkan bahwa hambatan waktu tidak hanya bersumber dari proses, tetapi juga dari fasilitas pendukung, informasi, dan layanan implisit, seperti penanda yang kurang jelas, ruang tunggu padat, informasi jadwal yang tidak mutakhir, dan sikap petugas yang dipersepsikan kurang ramah. Prinsip *service excellence* mencakup kecepatan, ketepatan, keramahan, dan kenyamanan (Priyantini et al., 2023), sedangkan kualitas layanan yang memenuhi harapan pengguna berkaitan dengan loyalitas dan rekomendasi positif (Arisinta & Ulum, 2023; Kotler & Keller, 2016). Dengan demikian, perbaikan waktu layanan perlu disertai penataan fasilitas, komunikasi, dan pelatihan petugas. Keberadaan indeks kepuasan yang masih di atas target menunjukkan bahwa perbaikan ini bersifat pencegahan terhadap penurunan mutu layanan (Snekalatha & Kavitha, 2024).

Penelitian ini memiliki keterbatasan. Data berasal dari satu rumah sakit pada periode tiga bulan sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasi ke rumah sakit lain. Pemilihan sampel yang hanya mencakup pasien dengan rangkaian layanan lengkap berpotensi mengabaikan

pasien yang tidak menyelesaikan layanan. Observasi partisipatif hanya dilakukan pada satu poliklinik, dan analisis bersifat deskriptif tanpa uji statistik sehingga hubungan antarvariabel belum dapat disimpulkan.

## SIMPULAN

Waktu perjalanan pasien rawat jalan RS ABC rata-rata 6,68 jam dan hanya 35% pasien menyelesaikan layanan dalam dua jam, dengan waktu terlama pada pasien BPJS Kesehatan (12,23 jam). Hambatan terjadi pada seluruh tahap, yaitu pendaftaran dan verifikasi penjamin yang lambat, konsultasi dengan ruang tunggu yang padat, kasir dan farmasi yang saling bergantung, serta sistem informasi yang belum terintegrasi dan belum memiliki pemantauan waktu secara *real-time*. Fasilitas, informasi, dan sikap pelayanan juga memengaruhi pengalaman pasien.

Manajemen RS ABC disarankan mengintegrasikan EMR, farmasi, kasir, dan sistem verifikasi penjamin, membangun pemantauan waktu layanan secara *real-time*, menata ulang penanda arah dan ruang tunggu, serta melatih petugas dalam komunikasi dan penanganan keluhan. Peneliti selanjutnya disarankan menguji efektivitas perbaikan tersebut pada beberapa rumah sakit dan periode yang lebih panjang.

## DAFTAR PUSTAKA

Afthanorhan, A., Awang, Z., Rashid, N., Foziah, H., & Ghazali, P. L. (2019). Assessing the effects of service quality on customer satisfaction. *Management Science Letters*, *9*(1), 13–24. https://doi.org/10.5267/j.msl.2018.11.004

Arisinta, O., & Ulum, R. (2023). The impact of service quality and word of mouth on purchase decision on MSMEs. *Jurnal Ilmu Ekonomi dan Bisnis Islam*, *5*(1), 68–81. https://doi.org/10.24239/jiebi.v5i1.147.68-81

Bulto, L. N., Davies, E., Kelly, J., & Hendriks, J. M. (2024). Patient journey mapping: Emerging methods for understanding and improving patient experiences of health systems and services. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *23*(4), 429–433. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvae012

Danaher, T. S., & Gallan, A. S. (2016). Service research in health care: Positively impacting lives. *Journal of Service Research*, *19*(4), 433–437. https://doi.org/10.1177/1094670516666346

Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. J. (2001). *Service management: Operations, strategy, information technology with student CD*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of qualitative descriptive studies: A systematic review. *Research in Nursing & Health*, *40*(1), 23–42. https://doi.org/10.1002/nur.21768

Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). *Marketing management* (15th ed.). Pearson Education.

Mitchell, M., & Kan, L. (2019). Digital technology and the future of health systems. *Health Systems & Reform*, *5*(2), 113–120. https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1583040

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, *64*(1), 12–40.

Popov, V. V., Kudryavtseva, E. V., Katiyar, N. K., Shishkin, A., Stepanov, S. I., & Goel, S. (2022). Industry 4.0 and digitalisation in healthcare. *Materials*, *15*(6). https://doi.org/10.3390/ma15062140

Presiden Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*.

Priyantini, D., Marini, G., Ulfa, A., & Uliyah, M. (2023). Excellent service and patient satisfaction in health clinic services. *Fundamental and Management Nursing Journal*, *6*(1), 18–24. https://doi.org/10.20473/fmnj.v6i1.45670

Setiawan, E., Sihaloho, E. D., Yuliawati, F., van Empel, G., & Idris, H. (2021). *Pembiayaan kesehatan: Konsep dan best practices di Indonesia*.

Snekalatha, T., & Kavitha, A. (2024). Perception of patients on the service quality of government hospital in Coimbatore District. *International Journal of Technical Research & Science*, *9*(5), 1–5. https://doi.org/10.30780/ijtrs.v09.105.001

Speziale, G. (2015). Strategic management of healthcare organization: Engagement, behavioural indicators, and clinical performance. *European Heart Journal Supplements*, *17*(Suppl. A), A3–A7. https://doi.org/10.1093/eurheartj/suv003

Stickdorn, M., Hormess, M. E., Lawrence, A., & Schneider, J. (2018). *This is service design doing: Applying service design thinking in the real world*. O'Reilly Media.

Tjiptono, F., & Chandra, G. (2011). *Service, quality & satisfaction* (3rd ed.). Andi.

Wirtz, J. (2021). *Services marketing: People, technology, strategy* (7th ed.).