

Strategi Optimalisasi Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit Dr Hafiz (RSDH) Cianjur
Strategy for Optimizing Geriatri Services at Dr Hafiz Hospital (RSDH) Cianjur

Rosanti Kurnia Dewi^{1*}, Hafizurrachman²

^{1,2}Rumah Sakit Dr Hafiz, Indonesia

*rosantidisan@gmail.com

Abstract

Introduction: RSDH Cianjur has opened a simple-level integrated geriatric service since March 2023, but it still needs to be optimized as there is only one patient served at the clinic. The purpose of this research is to design a strategy for optimizing Geriatric services at RSDH Cianjur.

Methods: The research was conducted December 2023 - January 2024, using a qualitative case study design. The sampling technique is purposive sampling with informants who understand the geriatric service business process at RSDH. Data analysis using SWOT methods with IFE, EFE and QSPM matrices.

Results: This research has produced 5 alternative strategies such as improving promotional activities and cooperation with insurance and corporations, activating home care services, activation of the separation of geriatric services, review clinical pathway of Geriatric diseases as an attempt to control quality and cost and finally socialize the guidelines and SOP of geriatric services to all doctors and nurses.

Conclusion: Increased promotional activities and cooperation on the part of insurers and companies are strategies chosen from the five alternative strategies agreed.

Keywords: geriatric services, optimization, QSPM

Artikel

Disubmit (Received) : 21 Maret 2025

Diterima (Accepted) : 16 April 2025

Diterbitkan (Published) : 23 Mei 2025

Copyright: © 2024 by the authors. License CIPOAJ, Jakarta, Indonesia. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons

Attribution (CC BY SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Pendahuluan

World Health Organization (WHO) memperkirakan pada tahun 2030 setidaknya 1 dari 6 penduduk dunia adalah lansia. Jumlah penduduk dunia yang berusia 60 tahun ke atas diperkirakan akan meningkat dari 1,4 miliar pada tahun 2020 menjadi 2,1 miliar pada tahun 2050. Fenomena ageing population bisa menjadi bonus demografi kedua, yaitu ketika proporsi lansia semakin banyak tetapi masih produktif dan dapat memberikan sumbangan bagi perekonomian Negara.¹ Akan tetapi, lansia dapat menjadi tantangan pembangunan ketika tidak produktif dan menjadi bagian dari penduduk rentan.

Berdasarkan data Susenas pada bulan Maret 2022, sebanyak 10,48 persen penduduk adalah lansia, dengan nilai rasio ketergantungan lansia sebesar 16,09. Artinya, 100 penduduk usia produktif (15- 59 tahun) menanggung 16 lansia. Dengan kata lain, 1 orang lansia didukung oleh 6 penduduk usia produktif (umur 15-59 tahun). Lansia perempuan lebih banyak daripada laki-laki (51,81 persen berbanding 48,19 persen) dan lansia di perkotaan lebih banyak daripada pedesaan (56,05 persen berbanding 43,95 persen). Sebanyak 65,56 persen lansia tergolong lansia muda (60-69 tahun), 26,76 persen lansia madya (70-79 tahun), dan 7,69 persen lansia tua (80 tahun ke atas). Yogyakarta adalah provinsi dengan proporsi lansia tertinggi (16,69 persen), sedangkan provinsi dengan proporsi lansia terendah adalah Papua (5,02 persen). Pada tahun 2022, terdapat delapan provinsi yang termasuk ageing population yaitu Sumatera Barat, Lampung, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Selatan.²

Meskipun Provinsi Jawa Barat tidak termasuk dalam provinsi yang memiliki penduduk lansia tertinggi, namun berdasarkan data penduduk sasaran program pembangunan Kesehatan tahun 2021-2025 Kabupaten Cianjur, penduduk lansia Cianjur sebesar 12,12 persen. Hal tersebut 2 persen lebih tinggi apabila dibandingkan dengan rasio lansia secara keseluruhan di Indonesia. Adapun tingkat rasio ketergantungan lansia sebesar 11,72. Artinya, 100 penduduk usia produktif (15- 59 tahun) menanggung 12 lansia. Dengan kata lain, 1 orang lansia didukung oleh 8 penduduk usia produktif (umur 15-59 tahun).³

Peningkatan populasi lanjut usia di Indonesia dapat menimbulkan permasalahan terkait aspek medis, psikologis, ekonomi, dan sosial. Hal tersebut menyebabkan peningkatan kebutuhan pelayanan kesehatan terhadap warga lanjut usia. Dua dari lima (42,09 persen) lansia mengalami keluhan kesehatan selama sebulan terakhir dengan angka morbiditas lansia sebesar 20,71 persen. Keluhan kesehatan yang dicatat pada Susenas Maret 2022 mencakup gangguan yang sering dialami seperti panas, batuk, pilek, diare, sakit kepala, maupun keluhan yang disebabkan oleh penyakit menahun, disabilitas, kecelakaan, atau keluhan kesehatan lainnya. Adapun angka morbiditas atau angka kesakitan lansia dihitung berdasarkan lansia yang mengalami keluhan kesehatan dan terganggu aktivitasnya sehari-hari. Kondisi kesehatan lansia merupakan cerminan dari gaya hidupnya, misalnya kebiasaan merokok. Hampir seperempat (23,43 persen) lansia masih merokok dalam sebulan terakhir dan sebagian besar di antaranya masih merokok setiap hari.

Adanya kondisi multi penyakit, berbagai penurunan fungsi organ, gangguan psikologis, dan sosial ekonomi serta lingkungan pada warga lanjut usia maka pelayanan kesehatan terhadap warga lanjut usia di rumah sakit harus dilakukan secara paripurna melalui pelayanan geriatri terpadu dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin. Geriatri adalah cabang ilmu kedokteran dengan fokus pada penuaan dini dan tatalaksana penyakit terkait usia lanjut. Proses menua mengakibatkan penurunan fungsi sistem organ seperti sistem sensorik, saraf pusat, pencernaan, kardiovaskular, dan sistem respirasi. Selain itu terjadi pula perubahan komposisi tubuh, yaitu penurunan masa otot, peningkatan masa dan sentralisasi lemak, serta peningkatan lemak intramuskular. Masalah yang sering dijumpai pada pasien geriatri adalah sindrom geriatri yang meliputi: imobilisasi, instabilitas, inkontinensia, insomnia, depresi, infeksi, defisiensi imun, gangguan pendengaran dan penglihatan, gangguan intelektual, kolon irritable, impecunity, dan impotensi.⁴ Tampilan klinis yang tidak khas sering membuat sindrom geriatri tidak terdiagnosis.⁵

Pelayanan geriatri di Rumah Sakit merupakan kewajiban yang telah diatur oleh pemerintah. Maka dari itu, Sebagian besar rumah sakit di Indonesia wajib mempunyai pelayanan Geriatri. Pelayanan Geriatri diberikan kepada pasien Lanjut Usia dengan kriteria: memiliki lebih dari 1 (satu) penyakit fisik dan/atau psikis; atau memiliki 1 (satu) penyakit dan mengalami gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Pelayanan Geriatri juga diberikan kepada pasien dengan usia 70 (tujuh puluh) tahun ke atas yang memiliki 1 (satu) penyakit fisik dan/atau psikis. Berdasarkan kemampuan pelayanan, pelayanan Geriatri di Rumah Sakit dibagi menjadi: tingkat sederhana; tingkat lengkap; tingkat sempurna; dan tingkat paripurna.⁶

Namun, optimalisasi pelayanan geriatri belum maksimal pada beberapa rumah sakit. Pelayanan geriatri di Rumah Sakit Islam Kendal masih dilayani di Poliklinik Penyakit Dalam, Syaraf dan Fisioterapi yang tidak terpadu menjadi satu kesatuan Poliklinik. Selain itu, perawat pemberi pelayanan yang belum terstandar sebagai perawat gerontik dan belum adanya survey pasar pelayanan geriatri.⁷ Kualitas hidup pasien geriatri di rawat jalan RS Tugu Ibu, berdasarkan instrumen EQ-5D- 5L berada pada level : 3 / 3 / 4 / 3 / 3, artinya berada pada level sedang s/d parah dan EQ-5D-VAS nya 49% (standarnya minimal 79%), artinya kondisi kualitas hidup pasien geriatri masih belum memenuhi standar. Hasil Survey Kepuasan Pasien Geriatri di Instalasi rawat jalan RS Tugu adalah 80% - 98% (SPM > 90%), artinya masih ada beberapa hal terkait pelayanan pasien geriatri yang belum memenuhi SPM dan perlu diperbaiki.⁸

Pelayanan geriatri di RS Dr. Hafiz Cianjur dimulai pada saat adanya poin elemen penilaian Akreditasi Rumah Sakit yang mewajibkan adanya layanan terpadu geriatri di Rumah Sakit. Pelayanan Geriatri di RS Dr. Hafiz Cianjur mulai berjalan pada bulan Maret 2023. Bentuk layanan awal untuk layanan terpadu geriatri dirancang dalam bentuk layanan terpadu geriatri tingkat sederhana. Tingkat layanan ini disesuaikan dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia No 79 tahun 2014 tentang penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit. Layanan geriatri tingkat sederhana memiliki syarat paling sedikit adanya rawat jalan dan kunjungan rumah. RSDH melakukan penyesuaian dengan membangun ruangan layanan terpadu geriatri yang terdiri dari bagian administrasi, ruang tunggu dan ruang tim terpadu geriatri. Ruang administrasi layanan geriatri digabung dengan ruang administrasi rawat jalan. Tim terpadu geriatri di RSDH terdiri dari dokter Spesialis Penyakit Dalam, dokter spesialis lainnya, dokter umum, perawat, apoteker, tenaga gizi, dan fisioterapis.

Dokter umum dan perawat yang terlibat telah mengikuti pelatihan tentang gerontik atau layanan geriatri. Hal ini disesuaikan dengan tingkat layanan geriatri tingkat sederhana sesuai permenkes. Panduan Alur pelayanan pasien rawat jalan geriatri juga sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan. Program kerja sudah mulai dilakukan, terkait dengan pemantauan dan evaluasi mutu. Pencatatan yang dilakukan meliputi lama perawatan, status fungsional, kualitas hidup, rehospitalisasi dan kepuasan pasien.

Sistem rujukan pasien geriatri dari eksternal ke klinik geriatri RSDH belum berjalan. Rujukan hanya bersifat interal dari Dokter Spesialis yang berpraktek di RSDH. Kondisi ini membuat jumlah pasien di pelayanan geriatri terpadu RSDH belum optimal. Selama pembukaan layanan Geriatri pada bulan Maret sampai Oktober 2023, jumlah pasien di Rawat Jalan hanya 1 pasien. Pasien tersebut merupakan rujukan kontrol setelah Rawat Inap di RSDH. Hal tersebut dimungkinkan karena belum ada sosialisasi kepada tim medis internal Rumah Sakit Dr. Hafiz (RSDH) Cianjur sehingga rujukan internal dari Dokter Spesialis lain belum ada. Berdasarkan data dari Sistem Informasi Manajemen (SIM) Rumah Sakit Dr. Hafiz (RSDH) Cianjur, pada bulan Maret 2023 sampai Oktober 2023 sebanyak 12.348 pasien rawat jalan dan 2.297 pasien rawat inap merupakan pasien lansia dengan diagnosa lebih dari 1 penyakit (multipenyakit) yang membutuhkan layanan terpadu geriatri. Seperti contohnya pasien lansia dokter Spesialis Mata yang dirujuk internal ke Spesialis Penyakit Dalam harus datang kembali keesokan harinya karena Dokter Spesialis Mata dan Dokter Spesialis Penyakit Dalam tidak bergabung pada klinik Geriatri. Rawat inap geriatri juga masih tercampur dengan rawat inap biasa, belum ada rawat inap khusus geriatri dan masih terpusat pada pasien dokter Spesialis Penyakit Dalam tertentu.

Optimalisasi masih perlu dilakukan pada pelayanan terpadu geriatri dalam hal pengaturan sistem

rujukan, pemenuhan sumber daya manusia dan jenis pelayanan. Pengembangan layanan ini diharapkan bisa meningkatkan mutu layanan terpadu geriatri RSDH sehingga seluruh pasien geriatri di Kabupaten Cianjur bisa terlayani dengan baik dan paripurna. Tujuan penelitian ini adalah untuk menyusun strategi optimalisasi pelayanan geriatri di Rumah Sakit Dr Hafiz (RSDH) Cianjur.

Metode

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Dr. Hafiz (RSDH) Cianjur pada bulan Desember 2023 sampai Januari 2024. Penelitian ini menggunakan rancangan kualitatif dengan studi kasus. Metode kualitatif merupakan metode penelitian yang berdasarkan pada filsafat *postpositivisme* digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah atau sering disebut metode penelitian naturalistik karena penelitiannya dilakukan pada kondisi yang alamiah (*natural setting*). Penelitian metode kualitatif dilakukan pada objek yang berkembang apa adanya dan tidak dimanipulasi oleh peneliti dan kehadiran peneliti tidak mempengaruhi dinamika pada objek tersebut. Rumusan masalah penelitian kualitatif ini lebih bersifat deskriptif yaitu suatu rumusan masalah yang memandu peneliti untuk mengeksplorasi dan atau memotret situasi sosial yang akan diteliti secara menyeluruh, luas dan mendalam. Selain itu, data yang terkumpul pada penelitian kualitatif ini berbentuk kata-kata atau gambar sehingga tidak menekankan pada angka.⁹ Oleh sebab itu, pada penelitian ini disebut penelitian dengan metode kualitatif karena peneliti melakukan eksplorasi secara menyeluruh, luas dan mendalam pada pelayanan geriatri di RSDH Cianjur tanpa memanipulasi keadaan.

Pada penelitian ini, permasalahan tentang tidak berkembangnya layanan geriatri di RSDH merupakan suatu studi kasus (*case study*) yang akan dilakukan studi observasi dan eksplorasi oleh peneliti. Peneliti akan melakukan observasi secara mendalam pada layanan klinik geriatri di RSDH sehingga dapat dilakukan evaluasi atas layanan geriatri yang tidak berjalan optimal. Peneliti menggunakan metode studi kasus karena dapat memberikan penekanan pada analisis kasus dengan hanya menggunakan sedikit jumlah atau kejadian dalam suatu desain penelitian.¹⁰ Variable yang diteliti yaitu faktor internal yang terdiri dari pemasaran, SDM, Sarana Prasarana, pelayanan geriatri dan faktor eksternal yang terdiri dari penjamin pembayaran, Demografi, persaingan dan kebijakan pemerintah.

Peneliti tidak menggunakan istilah populasi pada penelitian ini karena peneliti hanya menyoroiti masalah situasi sosial yang hasilnya tidak diberlakukan secara general terhadap populasi melainkan lebih menekankan pada hasil yang dapat diterapkan secara khusus pada layanan geriatri. Peneliti akan menggunakan objek yang meliputi tiga komponen yaitu tempat (klinik geriatri), pelaku layanan (tim geriatri) dan aktivitas pelayanan. Objek penelitian inilah yang dialami oleh peneliti khususnya mengenai apa yang terjadi dengan situasi tersebut melalui suatu aktivitas orang-orang yang ada pada pelayanan geriatri. Sejalan dengan penjelasan diatas, peneliti tidak menggunakan istilah sampel pada penelitian ini melainkan narasumber karena pada penelitian kualitatif tidak menggunakan istilah populasi dan sampel, melainkan sumber data atau narasumber, atau sering disebut dengan informan.¹¹

Teknik penentuan informan pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu menentukan sampel dengan pertimbangan tertentu berdasarkan karakteristik yang ditetapkan terhadap elemen populasi target yang disesuaikan dengan tujuan atau masalah penelitian. Peneliti memilih informan kunci sebagai sumber dari informasi mengenai permasalahan pelayanan geriatri di Rumah Sakit Dr Hafiz (RSDH) Cianjur. Informan kunci merupakan individu yang memiliki pengetahuan khusus dan yang bersedia untuk berbagi pengetahuan dengan peneliti. Informan tersebut memiliki akses ke permasalahan yang diteliti dengan cara yang tidak mampu dilakukan oleh peneliti.¹²

Adapun informan yang terlibat dalam penelitian ini terbagi menjadi 6 (enam) kelompok, yaitu : (1) Direksi dan Ketua Komite Medik sebagai informan faktor demografi, persaingan dan kebijakan pemerintah. (2) Manajer Pelayanan Medik, Manajer Keperawatan dan Dokter Sp. KFR sebagai informan faktor pelayanan geriatric. (3) Manajer Pemasaran, Pemasaran Eksternal dan Tim PKRS sebagai informan faktor pemasaran. (4) Manajer Keuangan, Manajer Jaminan Pelayanan Kesehatan dan Manajer Pelayanan Pasien Rawat Jalan sebagai informan faktor penjamin pembayaran. (6) Manajer Sarana Prasarana, Kepala UPSRS dan Staf Admin UPSRS sebagai informan faktor sarana dan prasarana.

(7) Manajer SDM, Kepala ruangan poliklinik dan Kepala Ruang Fisioterapi sebagai informan faktor SDM.

Instrument pada penelitian ini adalah pedoman wawancara dimana daftar pertanyaan tersebut berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 79 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit. Selain digunakan sebagai pedoman wawancara, instrument tersebut juga digunakan oleh peneliti untuk perekaman dokumen organisasi dan observasi terhadap subjek penelitian. Kualitas instrument penelitian sangat mempengaruhi kualitas hasil penelitian. Dalam penelitian kualitatif, peneliti bertindak sebagai instrument sekaligus pengumpul data dengan instrument pendukung atau penunjang yaitu pedoman wawancara, pedoman observasi, angket dan sebagainya.¹³

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan Teknik triangulasi sumber dan triangulasi teknik. Pengumpulan data awal dilakukan menggunakan pedoman wawancara terhadap 3 (tiga) informan setiap variabel yang kemudian peneliti melakukan observasi dan telaah dokumen. Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan. Teknik pengumpulan data juga mempengaruhi keakuratan suatu data sehingga perlu dilakukan teknik triangulasi. Triangulasi adalah memperoleh data yang sama dari subjek/sumber yang lain menggunakan metode yang berbeda dengan sumber yang pertama. Melakukan triangulasi dimaksudkan untuk meningkatkan ketepatan dan kebenaran data penelitian, sehingga menggiring pula pada keakuratan hasil penelitian. Cara ini pun sekaligus dapat mencegah subjektivitas dalam penelitian.¹⁴

Analisis data pada penelitian ini menggunakan metode SWOT dengan Matrik IFE, EFE dan QSPM. Adapun tahapan analisa terdiri dari 3 tahapan. Tahapan pertama yaitu tahapan input atau pengumpulan data faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi pelayanan geriatri. Pada tahapan ini, peneliti melakukan analisa dengan proses koding dari hasil wawancara terhadap informan menggunakan aplikasi NVIVO 12 *pro*. Tahap Koding diawali dengan input verbatim dari hasil wawancara masing-masing informan untuk kemudian dianalisa oleh peneliti dan diberikan kode sesuai tema. Verbatim merupakan transkrip yang ditulis dengan menyalin kata demi kata yang diucapkan oleh informan atau narasumber.¹⁵ Hasil analisa NVIVO 12 Pro adalah tema dan subtema faktor kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman. Data faktor internal dan eksternal tersebut diberikan bobot dan rating sehingga tersusun menjadi matrix IFE dan EFE. Matrix IFE digunakan dalam menyusun strategi untuk merangkum dan mengevaluasi kekuatan serta kelemahan utama pelayanan geriatri sedangkan matrix EFE digunakan dalam menyusun strategi untuk merangkum dan mengevaluasi peluang serta ancaman eksternal pelayanan geriatri. Selanjutnya, peneliti memberikan bobot dan peringkat pada masing-masing faktor sebagai evaluasi faktor internal dan evaluasi faktor eksternal. Bobot faktor internal diperoleh dengan rumus: *Reference* setiap faktor dibagi *reference* total faktor internal (kekuatan dan kelemahan). Hal yang sama dilakukan pada pemberian bobot faktor eksternal, yaitu *Reference* setiap faktor dibagi *reference* total faktor eksternal (peluang dan ancaman). Selanjutnya *rating* dilakukan dengan melakukan diskusi kembali bersama informan untuk menentukan rating pada masing-masing faktor. Adapun ketentuan rating pada IFE adalah peringkat 1 sampai 4 untuk masing-masing faktor yang mengindikasikan apakah faktor tersebut menunjukkan kelemahan mayor dengan peringkat = 1, atau kelemahan minor dengan peringkat = 2, kekuatan minor dengan peringkat = 3 atau kekuatan mayor dengan peringkat = 4. Perhatikan bahwa kekuatan harus mendapatkan peringkat 3 atau 4 dan kelemahan harus mendapat peringkat 1 atau 2. Sedangkan ketentuan rating pada EFE adalah 1 sampai 4 untuk masing-masing faktor eksternal kunci tentang seberapa efektif strategi saat ini dalam merespon faktor tersebut, dimana 4 untuk respon superior, 3 untuk respon di atas rata-rata, 2 untuk respon rata-rata dan 1 untuk respon tidak baik.¹⁶

Tahapan kedua adalah tahap pencocokan dengan menggunakan analisa SWOT. Metode analisis SWOT digunakan untuk menganalisis dan menyusun faktor-faktor strategis pelayanan geriatri yang menggambarkan secara jelas bagaimana faktor eksternal yang berupa peluang dan ancaman yang

dihadapi oleh rumah sakit dapat disesuaikan dengan faktor internal yang berupa kekuatan dan kelemahan yang dimilikinya.¹⁷ Pada tahap ketiga yaitu tahap keputusan dengan menggunakan analisa QSPM. Analisa QSPM digunakan untuk menyusun strategi secara obyektif, berdasarkan faktor-faktor keberhasilan penting internal dan eksternal yang diidentifikasi sebelumnya.¹⁸

Validasi data pada penelitian ini menggunakan empat uji yaitu uji kredibilitas, uji transferabilitas, uji dependabilitas dan uji konfirmasi. Uji kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian ini dilakukan dengan cara uji triangulasi menggunakan software NVIVO 12 Pro.¹⁹ Uji berikutnya adalah uji transferabilitas dengan cara memberikan hasil penelitian kepada pembimbing. Apabila pembimbing memahami dengan jelas hasil penelitian tersebut secara konteks dan fokus penelitian, maka hasil penelitian ini dapat dikatakan memiliki transferabilitas yang tinggi. Tahapan berikutnya yaitu uji dependability yang dilakukan dengan cara pembimbing melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian hingga pengambilan kesimpulan sehingga penelitian ini dapat dinyatakan reliabel. Terakhir dilakukan uji konfirmasi dengan melakukan presentasi hasil penelitian kepada manajemen Rumah Sakit Dr Hafiz (RSDH) Cianjur untuk mendapat konfirmasi data serta masukan untuk kesempurnaan hasil temuan. Peneliti melakukan keempat uji tersebut untuk keabsahan data temuan. Data hasil penelitian harus teruji keabsahannya untuk menghindari perbedaan antara data yang dilaporkan peneliti dengan data yang sesungguhnya terjadi pada objek penelitian.²⁰

Hasil

Penyajian hasil penelitian strategi optimalisasi pelayanan geriatri di Rumah Sakit Dr Hafiz (RSDH) Cianjur ini dijabarkan dalam bentuk proses perumusan strategi. Proses perumusan strategi terbagi atas 3 tahapan, yaitu input stage, matching stage dan decision stage.

Input Stage

Tahapan input stage terdiri dari 2 tahapan yaitu tahap coding dan tahap scoring. Tahap coding adalah proses coding hasil wawancara yang ditranskripkan menjadi verbatim dan dianalisa menggunakan software NVivo 12 Pro. Hasil coding verbatim tersebut diperoleh 4 tema yang disesuaikan dengan faktor penelitian. Tema pertama adalah kekuatan yang dihasilkan dari faktor pemasaran, SDM, Sarana prasarana dan pelayanan. Tema kedua adalah kelemahan yang dihasilkan dari faktor pemasaran dan pelayanan. Tema ketiga dan keempat adalah peluang dan ancaman yang dihasilkan dari faktor penjamin, persaingan, demografi dan kebijakan pemerintah.

Tema Kekuatan memiliki 6 Sub Tema yaitu Sarana dan prasarana yang lengkap disampaikan sebanyak 18 kali dalam wawancara, SDM tim geriatric yang lengkap disampaikan sebanyak 17 kali, upaya organisasi melakukan pelayanan geriatric disampaikan sebanyak 15 kali, kelengkapan data pasien disampaikan sebanyak 15 kali dan upaya organisasi melakukan pemasaran disampaikan sebanyak 14 kali. Tema kekuatan mendominasi dibandingkan dengan tema yang lain dimana total penyampaian dengan tema kekuatan adalah 96 kali atau 52%. Sementara itu, tema kelemahan memiliki 5 Sub Tema yaitu Perlakuan Layanan yang belum terpisah disampaikan sebanyak 16 kali, Layanan homecare belum berjalan disampaikan sebanyak 9 kali, Belum terfokus pada optimalisasi layanan geriatri disampaikan sebanyak 9 kali, Pemasaran eksternal belum optimal disampaikan sebanyak 7 kali dan Belum ada sosialisasi internal disampaikan sebanyak 6 kali. Prosentase reference dengan tema kekuatan adalah 26%. Tema peluang memiliki 5 sub tema yaitu banyaknya kunjungan pasien lansia disampaikan sebanyak 11 kali, Kabupaten Cianjur mempunyai prospek yang baik untuk layanan geriatric disampaikan sebanyak 4 kali, Kurangnya ruang tunggu rawat jalan pada faskes lain disampaikan sebanyak 3 kali, masih ada kunjungan pasien umum dan asuransi di RSDH disampaikan sebanyak 3 kali dan penambahan ruangan rawat RSDH disampaikan sebanyak 1 kali. Prosentase tema peluang sebesar 12%. Tema ancaman memiliki 5 subtema yaitu tarif inacbgs yang rendah disampaikan 11 kali oleh informan, kesesuaian alur pelayanan pada faskes lain dikutip 2 kali, layanan geriatri pada faskes lain sudah bekerjasama dengan BPJS Kes dikutip 2 kali, hari pelayanan faskes lain sudah optimal dikutip 2 kali dan terakhir pembatasan rujukan pasien rawat jalan dikutip 1 kali. Prosentase total kutipan

(2) Strategi WO digunakan untuk melakukan optimalisasi terhadap peluang yang ada dengan memperbaiki kelemahan. Strategi WO untuk layanan geriatric RSDH adalah aktivasi layanan homecare dan pemisahan layanan geriatri. (3) Strategi ST digunakan untuk optimalisasi dengan menghindari ancaman dan mengembangkan faktor kekuatan. Strategi ST untuk layanan geriatric RSDH yaitu melakukan review atas clinical pathway penyakit-penyakit geriatri sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya. (4) Strategi WT digunakan sebagai strategi alternatif melalui perbaikan kelemahan dan menghindari ancaman. Strategi WT untuk layanan geriatric RSDH yaitu melakukan sosialisasi pedoman dan SOP layanan geriatri kepada seluruh dokter dan perawat.

Decision Stage

Tahap ketiga dari perumusan strategi ini adalah decision stage yaitu menentukan strategi prioritas. Peneliti menentukan strategi prioritas dengan menggunakan metode QSPM. Pada strategi-strategi diatas, guna menentukan strategi prioritas untuk diimplementasikan, maka dibuatkan table QSPM (Quantitative Strategic Planning Matrix) dengan menggunakan faktor-faktor yang didapatkan dari matrix IFE dan EFE. Kemudian masing-masing alternatif strategi diberikan Attractive Score (AS) dengan ketentuan bila AS 1 artinya tidak ada keterkaitan, bila AS 2 artinya ada keterkaitan, bila AS 3 artinya dapat terkait dan bila AS 4 artinya sangat berkaitan. Peneliti menentukan keterkaitan alternatif strategi dengan faktor melalui CDMG (Consensus Decision Making Group) bersama manajer dan tim geriatri. Hasil perkalian antara bobot faktor dan nilai AS yang tertinggi merupakan prioritas utama yang dapat dilaksanakan. Hasil pengolahan QSPM terhadap strategi-strategi yang dapat dilakukan, yaitu strategi prioritas 1 adalah peningkatan kegiatan promosi dan kerjasama ke pihak asuransi dan perusahaan dengan skor 6,20, strategi prioritas 2 adalah Aktivasi layanan geriatri dengan ruangan khusus dengan total skor 6,10. Strategi prioritas ke-3 adalah melakukan sosialisasi pedoman dan SOP pelayanan geriatri kepada seluruh dokter dan perawat. Dilanjutkan strategi alternatif ke-4 yaitu Aktivasi layanan homecare. Terakhir, Strategi prioritas ke-5 adalah melakukan review Clinical Pathway diagnosa penyakit geriatri sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya.

Pembahasan

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pengumpulan data menggunakan teknik wawancara, observasi dan telaah data. Pada proses analisa data awal, peneliti menggunakan aplikasi NVivo 12 pro untuk melakukan analisa faktor kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman yang mempengaruhi pelayanan geriatri di RSDH Cianjur. NVivo 12 Pro merupakan aplikasi Analisis Data Kualitatif (QDA) yang dikembangkan oleh QSR di seluruh dunia. Perangkat lunak NVivo terdiri dari sejumlah fungsi utama dan digunakan untuk melakukan penelitian kualitatif yang bersumber dari teks. Perangkat lunak ini ditujukan penelitian kualitatif yang bekerja dengan data tekstual dan multimodal dalam skala kecil maupun besar.²¹ Selain itu, dengan software NVivo 12, peneliti juga telah melakukan analisa triangulasi data yang hasilnya data wawancara kepada 18 informan dengan pembagian 6 kelompok mempresentasi kesamaan hasil. Hal tersebut merupakan kekuatan atas keakuratan data pada penelitian ini. Namun pada penelitian ini terdapat kekurangan terhadap tahap keputusan, dimana CDMG tidak dihadiri oleh direksi karena adanya keterbatasan waktu antara peneliti dan direksi RSDH Cianjur.

Layanan geriatri RSDH Cianjur sudah dioperasionalkan pada bulan Maret 2023, namun layanan tersebut tidak beroperasi cukup baik dan cenderung berhenti. Banyak faktor yang mempengaruhi seperti tergambar pada matrix IFE dan EFE. Berdasarkan hasil analisa, strategi prioritas untuk optimalisasi layanan geriatric yaitu meningkatkan kegiatan promosi dan kerjasama ke pihak asuransi dan perusahaan. Peneliti menilai adanya peluang yang tinggi pada pasien umum dan asuransi terlebih dengan adanya kekhususan tempat layanan rawat jalan. Strategi penetrasi pasar direkomendasikan terfokus pada pasien mandiri dan asuransi dimana saat ini prosentase pasien mandiri dan asuransi di RSDH Cianjur masih diangka 23,75%. Namun dengan strategi peningkatan kerjasama dengan asuransi melalui penawaran dan promosi-promosi layanan geriatri serta kemudahan layanan, maka hal tersebut

bisa menjadi jalan untuk meningkatkan kunjungan pasien asuransi. Hal yang sama juga dapat dilakukan pada perusahaan yang mempunyai komunitas purna bakti karyawan. Pasien yang dijamin oleh asuransi dan perusahaan tidak terbatas oleh pembiayaan pelayanan. Hal ini tentu mendukung penuh untuk optimalisasi pelayanan pasien geriatric yang sering ditandai dengan berkurangnya cadangan faali, komorbiditas, dan manifestasi penyakit yang tidak jelas sehingga rentan terhadap masa rawat yang panjang dan pembiayaan lebih besar. Selain itu, pasien geriatri sering memiliki komorbiditas penyakit kronik, penurunan status fungsional, dan sulit sembuh sehingga perbaikan kualitas hidup menjadi salah satu luaran perawatan.

Kunjungan pasien lansia di RSDH Cianjur mencapai 33% dengan didominasi oleh pasien JKN yaitu 76,25%. Masa rawat yang panjang namun pembiayaan JKN yang terbatas tentu akan mempengaruhi pelayanan pasien geriatric terlebih dengan adanya prinsip kendali biaya JKN. Tenaga medis akan membatasi pemberian layanan agar Rumah Sakit tidak mengalami kerugian karena sumber daya yang keluar tidak sebanding dengan pembiayaan JKN. Indonesia mengembangkan sistem pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mengadaptasi sistem case mix dari United Nation University International Institute for Global Health (UNU- IIGH), dihitung per satu discharge planning bukan berdasarkan lama masa rawat, penggunaan obat, atau tindakan. Pembiayaan JKN melalui klasifikasi yang transparan sesuai ICD 10 dan ICD 9 CM, mendorong efisiensi dan pembentukan clinical pathway untuk menghindari moral hazard hingga “memaksa” dokter menggunakan teknologi atau obat yang efektif biaya. Namun sistem JKN tidak menyertakan status fungsional dan disabilitas pasien geriatri padahal rumah sakit harus menggunakan sumber daya untuk mengelola penurunan status fungsional dan disabilitas agar pelayanan pasien geriatri tetap bermutu.²² Keterbatasan pembiayaan JKN merupakan salah satu faktor ancaman pada penelitian ini sehingga peneliti merekomendasikan optimalisasi dilakukan dengan strategi penetrasi pasar pada pasien asuransi.

Sebuah studi retrospektif telah dilakukan di Kaplan Medical Center untuk mengetahui faktor-faktor penyebab Length Of Stay (LOS) berkepanjangan pada pasien berusia ≥ 90 tahun di Departemen Geriatri Akut. Hasil studi mengungkapkan bahwa faktor-faktor risiko untuk LOS yang berkepanjangan adalah penggunaan feeding tube, polifarmasi, status fungsional tidak independen, diagnosis infeksi saluran kemih, pneumonia, komorbiditas gagal jantung kongestif dan hipoalbuminemia. Selain itu pasien dengan demensia memiliki tingkat LOS yang lebih lama, membutuhkan perawatan yang lebih intensif dan biaya yang lebih tinggi. Studi ini menunjukkan bahwa mengurangi LOS adalah strategi potensial untuk mengoptimalkan konsumsi sumber daya dan mengurangi biaya perawatan Kesehatan.²³ Hal tersebut sejalan dengan observasi yang dilakukan oleh peneliti di RSDH Cianjur dimana pasien geriatric membutuhkan pembiayaan yang tinggi dikarenakan LOS yang lebih lama dibandingkan pasien non geriatric. Rumah Sakit harus melakukan upaya aktivasi tim geriatric yang berkompeten sehingga penanganan pasien dilakukan secara kolaboratif antar disiplin ilmu atau co-manajemen geriatric. Optimalnya pelayanan dengan kolaborasi antar disiplin ilmu memberikan dampak pengurangan masa perawatan sehingga dapat mengurangi beban pengeluaran biaya.

Sebuah tinjauan sistematis tentang efektivitas co-management geriatrik dengan sumber data MEDLINE, EMBASE, CINAHL dan CENTRAL menemukan bahwa co-management geriatric meningkatkan status fungsional dan mengurangi jumlah pasien dengan komplikasi dalam tiga dari empat studi. Namun, studi tersebut memiliki risiko bias yang tinggi dan hasilnya diukur secara heterogen dan tidak dapat dikumpulkan. Co-management dapat mengurangi durasi LOS, durasi pengobatan dan dapat mengurangi kematian di rumah sakit. Meta-analisis tidak mengidentifikasi efek pada jumlah pasien homecare, mortalitas post-discharge, dan tingkat readmission. Ulasan tersebut menyimpulkan bahwa terdapat pengurangan durasi LOS, durasi pengobatan, pasien komplikasi dan peningkatan status fungsional sebagai akibat dari co-management geriatrik.²⁴

Sebuah systematic literature review dan studi internasional Delphi dilakukan untuk menemukan konsensus tentang struktur, proses, dan indikator hasil yang tepat dan layak untuk mengevaluasi program co-management geriatrik di rumah sakit. Studi ini melibatkan 32 peserta dengan setidaknya 2 tahun pengalaman klinis dalam co-management geriatric dan 28 ahli dari Amerika Serikat dan Eropa.

Hasilnya menunjukkan bahwa co-management harus dimulai dalam waktu 24 jam setelah masuk ke rumah sakit menggunakan kriteria yang ditentukan untuk penilaian pasien geriatri. Bidang utama untuk penilaian geriatrik komprehensif termasuk kognisi / delirium, fungsi / mobilitas, resiko jatuh, skala nyeri, obat-obatan dan cedera baring. Hasil utama untuk mengevaluasi program termasuk durasi tinggal, waktu operasi, dan insiden komplikasi. Program co-management geriatric muncul sebagai strategi potensial untuk mengelola pasien geriatric. Program ini ditandai dengan pengambilan keputusan bersama dan kolaborasi antara tim non-geriatri dan geriatri yang berfokus pada pencegahan dan manajemen masalah pada sindrom geriatrik.²⁵

Kesimpulan

Strategi utama dalam melakukan optimalisasi layanan geriatric di RSDH adalah meningkatkan kegiatan promosi dan kerjasama ke pihak asuransi dan Perusahaan. Kegiatan promosi dan kerjasama dengan pihak asuransi tersebut juga harus didukung dengan optimalisasi pelayanan di internal Rumah Sakit yaitu aktivasi ruangan khusus dan aktivasi tim geriatric terpadu sehingga dapat mengoptimalkan co-manajemen geriatrik. Optimalisasi tim geriatric terpadu dapat mengurangi resiko durasi LOS, durasi pengobatan dan dapat mengurangi kematian di rumah sakit.

References

1. Heryanah, H. Ageing population dan bonus demografi kedua di Indonesia. *Populasi* **23**, 1–16 (2015).
2. BPS. *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2022*. (2022).
3. Dinas Kesehatan Kab. Cianjur. Kepmenkes RI No. HK.01.07: MENKES:5675:2021 data penduduk sasaran program pembangunan kesehatan tahun 2021-2025. (2021).
4. Setiati, S. et al. *Geriatric Medicine, Sarkopenia, Frailty Dan Kualitas Hidup Pasien Usia Lanjut: Tantangan Masa Depan Pendidikan, Penelitian Dan Pelayanan Kedokteran Di Indonesia* Geriatric Medicine, Sarkopenia, Frailty and Geriatric Quality of Life: Future Challenge in Education, Research and Medical Service in Indonesia*. (2013).
5. Dini AA. Sindrom geriatri (imobilitas, instabilitas, gangguan intelektual, inkontinensia, infeksi, malnutrisi, gangguan pendengaran). *Medula Unila* **1**, 117–125 (2013).
6. Menteri Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 79 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di RS. (2014).
7. Murti Handayani, S. & Margawati, A. *Analisis Strategi Pelayanan Geriatri Berbasis Rumah Sakit Dengan Menggunakan Value Chain Di Rumah Sakit Islam Kendal Analysis of Hospital-Based Geriatric Care Strategy Using ValueChain at the Islamic Hospital Kendal*. (2016).
8. Dianawati, Rahayu Sri, Sangadji Ismail & Zuhri Syaifuddin. Pelayanan geriatri tingkat sederhana dalam upaya peningkatan kualitas hidup pasien geriatri di RS Tugu Ibu. *Indonesian Journal of Health Development* **1**, (2019).
9. Sugiyono. *METODE PENELITIAN KUANTITATIF DAN KUALITATIF*. (2016).
10. Faris Rachman, A. & Rahayu, M. *Analisis Lingkungan Sebagai Dasar Formulasi Strategi Perusahaan (Studi Kasus Pada Rumah Sakit Unipdu Medika Kabupaten Jombang) Disusun Oleh*.
11. Saleh, S., Pd, S. & Pd, M. *ANALISIS DATA KUALITATIF Editor: Hamzah Upu*. (2017).
12. martha, E. & Kresno, S. *Metodologi Penelitian Kualitatif Untuk Bidang Kesehatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada (2016).
13. Alhamid, T. & Anufia, B. *RESUME: INSTRUMEN PENGUMPULAN DATA*. (2019).
14. Yusuf, M. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan Gabungan*. Kencana (Kencana, Jakarta, 2017).
15. Siri, D. N. & Jasmi, K. A. *Langkah Penting Penyediaan Verbatim Data Kualitatif Untuk Penganalisisan*. <http://eprints.utm.my/41093/1/> (2021).
16. Ningsih, K. *MATRIKS INTERNAL FACTOR EVALUATION (IFE) DAN EXTERNAL FACTOR EVALUATION (EFE) BUAH NAGA ORGANIK (Hylocereus Undatus)*. 12–21 (2014).
17. Dosen FEBI IAIN Purwokerto, S. *IMPLEMENTASI MATRIK EFE, MATRIK IFE, MATRIK SWOT DAN QSPM UNTUK MENENTUKAN ALTERNATIF STRATEGI GUNA MENINGKATKAN KEUNGGULAN KOMPETITIF BAGI USAHA PRODUKSI KELOMPOK BURUH PEMBATIK DI KESER NOTOG PATIKRAJA BANYUMAS*. TAHUN vol. 3 (2019).

18. Setyorini, H., Effendi, ud & Santoso, I. Analisis Strategi Pemasaran Menggunakan Matriks SWOT dan QSPM (Studi Kasus: Restoran WS Soekarno Hatta Malang) Marketing Strategy Analysis Using SWOT Matrix and QSPM (Case Study: WS Restaurant Soekarno Hatta Malang). *Jurnal Teknologi dan Manajemen Agroindustri* **5**, 46–53 (2016).
19. Priyatni. *Pemanfaatan NVIVO Dalam Penelitian Kualitatif*. (Malang, 2020).
20. Rahadi, D. R. *Konsep Penelitian Kualitatif*. PT. Filda Fikrindo (2020).
21. Ikhsan Harahap, M. Analisis Pengembangan Fintech Securities Crowdfunding (SCF) Syariah Menurut Pandangan Maqasid Syariah Menggunakan Metode Nvivo. *Jurnal Rumpun Ekonomi Syariah* **6**, (2023).
22. Soejono, C. & Fitriana, I. The Difference in Length of Stay, Quality of Life, and Cost Effectiveness of Care for Geriatric Patients in Acute Care for Elderly Dr. Cipto Mangunkusumo National Hospital Before and After National Health Insurance Program Implementation. (2018) doi:10.23886/ejki.6.9398.
23. Tal, S. Length of hospital stay among oldest-old patients in acute geriatric ward. *Arch Gerontol Geriatr* **94**, (2021).
24. Van Grootven, B. V. *et al.* Effectiveness of in-hospital geriatric co-management: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* **46**, 903–910 (2017).
25. Van Grootven, B. *et al.* Quality indicators for in-hospital geriatric co-management programmes: A systematic literature review and international Delphi study. *BMJ Open* **8**, (2018).

--- CIPOAJ ---