

DARI PATIENT SATISFACTION KE PATIENT EXPERIENCE

Paradigma Baru Pelayanan Rumah Sakit

Oleh

Prof Ir Rudy C Tarumingkeng, PhD

www.rudyc.com/cv.pdf

Institut Bisnis dan Multimedia (IBM ASMI)

Artikel Akademik

2026

Dari Patient Satisfaction ke Patient Experience

Paradigma Baru Pelayanan Rumah Sakit

Transformasi layanan rumah sakit dari kepuasan sesaat
menuju pengalaman pasien yang holistik,
empatik, aman, dan berkelanjutan.



**PATIENT
SATISFACTION**

**PATIENT
EXPERIENCE**



Oleh:

Prof Ir Rudy C Tarumingkeng, PhD

 www.rudyct.com/cv.pdf

 **IBM-ASMI**
(Institut Bisnis dan Multimedia)

SEBELUM PERAWATAN

SAAT PERAWATAN

SETELAH PERAWATAN



**Empati &
Komunikasi**



**Patient
Journey**



**Mutu
Klinis**



**Keselamatan
Pasien**



**Digital
Health**



**PREMs /
Umpan Balik
Pasien**



**Trust &
Loyalty**



**Continuity
of Care**



Satisfaction =
evaluasi
hasil layanan



Experience =
keseluruhan
perjalanan pasien



*Patient Experience adalah integrasi setiap titik sentuh layanan,
yang membentuk persepsi, emosi, dan kepercayaan pasien
sepanjang perjalanan perawatan.*

Abstrak

Transformasi pelayanan rumah sakit tidak lagi memadai bila keberhasilan hanya dinilai melalui kepuasan pasien. Patient satisfaction terutama menangkap evaluasi subjektif setelah pelayanan, yang dipengaruhi oleh harapan, preferensi, budaya, serta hasil yang diterima. Patient experience bergerak lebih jauh: ia menanyakan apa yang sungguh-sungguh terjadi sepanjang perjalanan pasien, apakah pasien memperoleh akses yang mudah, informasi yang jelas, penghormatan terhadap martabat, keterlibatan dalam keputusan, koordinasi antartenenaga kesehatan, rasa aman, kontinuitas, serta dukungan ketika berpindah dari satu episode pelayanan ke episode berikutnya. Artikel ini menjelaskan pergeseran konseptual dan manajerial dari satisfaction menuju experience serta implikasinya bagi tata kelola rumah sakit. Pembahasan mencakup patient-centered care, Patient-Reported Experience Measures (PREMs), patient journey mapping, experience-based co-design, komunikasi klinis, keselamatan pasien, budaya organisasi, SDM, desain fasilitas, teknologi digital, kecerdasan buatan, analitika data, equity, serta pengintegrasian patient experience ke dalam strategi, governance, dan quality improvement. Dalam konteks Indonesia, paradigma ini relevan dengan kebutuhan peningkatan mutu, keselamatan, akuntabilitas, dan keberlanjutan rumah sakit. Artikel mengusulkan agar patient experience diperlakukan bukan sebagai proyek keramahan atau survei kepuasan periodik, melainkan sebagai sistem pembelajaran organisasi yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan klinis, operasional, digital, dan strategis. Dengan demikian, rumah sakit masa depan tidak hanya berusaha membuat pasien merasa puas, tetapi merancang pengalaman pelayanan yang aman, manusiawi, transparan, terkoordinasi, adil, dan bernilai.

Kata Kunci: patient satisfaction; patient experience; PREMs; patient-centered care; patient journey; quality improvement; hospital management; digital health; patient safety; co-design

1. Pendahuluan: Mengapa Paradigma Pelayanan Rumah Sakit Harus Berubah

Rumah sakit adalah organisasi pelayanan yang sangat kompleks karena mempertemukan ilmu klinis, teknologi, perilaku manusia, etika, ekonomi, regulasi, dan emosi dalam ruang yang sama. Bagi pasien, rumah sakit bukan sekadar tempat memperoleh tindakan medis. Ia adalah ruang tempat seseorang datang dalam keadaan rentan, membawa rasa sakit, ketidakpastian, harapan, kekhawatiran, dan sering kali ketergantungan yang besar kepada profesional kesehatan. Karena itu, mutu rumah sakit tidak cukup digambarkan oleh ketepatan diagnosis, keberhasilan operasi, kecanggihan alat, atau kecepatan administrasi. Semua itu penting, tetapi pasien mengalami pelayanan sebagai sebuah rangkaian interaksi yang utuh. Pengalaman tersebut dimulai bahkan sebelum pasien tiba di pintu rumah sakit: ketika mencari informasi, membuat janji, menilai akses, memahami biaya, menghubungi call center, atau memutuskan apakah rumah sakit dapat dipercaya. Setelah pasien pulang, pengalaman tetap berlanjut melalui instruksi obat, kontrol, rehabilitasi, konsultasi digital, dukungan keluarga, dan kemungkinan kembali ke rumah sakit.

Selama puluhan tahun, banyak rumah sakit menggunakan patient satisfaction sebagai indikator utama suara pasien. Pendekatan ini bermanfaat karena memperkenalkan perspektif pasien ke dalam manajemen mutu. Namun kepuasan adalah konstruk evaluatif yang sangat dipengaruhi harapan. Dua pasien dapat mengalami pelayanan yang sama tetapi memberikan skor kepuasan yang berbeda karena ekspektasi mereka berbeda. Pasien yang berharap tinggi dapat memberi skor rendah meskipun proses klinis baik, sedangkan pasien dengan harapan rendah dapat menyatakan puas terhadap pelayanan yang sebenarnya belum memenuhi

standar. Di sinilah konsep patient experience memberi perspektif yang lebih tajam. AHRQ mendefinisikan patient experience sebagai rangkaian interaksi pasien dengan sistem kesehatan dan menekankan aspek yang sungguh terjadi dalam proses pelayanan. Dengan kata lain, pertanyaannya bergeser dari 'Seberapa puas Anda?' menjadi 'Apakah perawat menjelaskan dengan cara yang mudah dipahami?', 'Apakah Anda dilibatkan dalam keputusan?', 'Apakah informasi pulang diberikan dengan jelas?', atau 'Apakah dokter mendengarkan tanpa memotong pembicaraan?'.

Pergeseran ini penting karena pengalaman pasien mempunyai hubungan yang luas dengan kualitas. Kajian sistematis Doyle, Lennox, dan Bell menunjukkan hubungan positif yang konsisten antara patient experience, keselamatan pasien, dan efektivitas klinis. Patient experience karena itu tidak tepat dipandang sebagai aspek kosmetik atau hospitality tambahan, tetapi sebagai salah satu dimensi inti mutu. Ketika komunikasi buruk, pasien dapat salah memahami obat. Ketika koordinasi antarunit tidak jelas, pemeriksaan dapat berulang, waktu tunggu meningkat, dan informasi penting hilang. Ketika pasien merasa tidak dihargai, kepercayaan dan kepatuhan dapat menurun. Sebaliknya, pengalaman yang baik dapat memperkuat keterlibatan, kejelasan informasi, rasa aman, dan kemitraan antara pasien dengan tenaga kesehatan.

Bagi manajemen rumah sakit, perubahan paradigma ini berarti mengubah logika organisasi. Patient satisfaction biasanya ditempatkan di ujung pelayanan sebagai survei evaluasi. Patient experience harus hadir sejak perancangan proses. Ia masuk ke strategi, desain alur, pelatihan SDM, arsitektur fasilitas, sistem informasi, indikator mutu, tata kelola komplain, budaya keselamatan, dan pengambilan keputusan oleh pimpinan. Rumah sakit kemudian tidak sekadar bertanya apakah pasien menyukai layanan, tetapi apakah sistem benar-benar bekerja dari sudut pandang pasien. Inilah fondasi artikel ini: menggeser perhatian dari skor kepuasan menuju pemahaman pengalaman, dari survei menuju pembelajaran, dari keramahan menuju desain sistem, dan dari pasien sebagai penerima layanan menuju pasien sebagai mitra dalam penciptaan nilai.

2. Memahami Patient Satisfaction: Konsep, Manfaat, dan Keterbatasannya

Patient satisfaction pada dasarnya merupakan evaluasi pasien terhadap pelayanan setelah membandingkan pengalaman yang diterima dengan harapan, kebutuhan, atau standar pribadi. Konsep ini memiliki akar kuat dalam teori pemasaran jasa dan consumer behavior, terutama gagasan expectation-disconfirmation: seseorang cenderung puas ketika kinerja yang dirasakan memenuhi atau melampaui ekspektasi, dan cenderung tidak puas ketika pengalaman berada di bawah ekspektasi. Dalam rumah sakit, kepuasan dapat terbentuk dari banyak dimensi seperti keramahan petugas, waktu tunggu, kenyamanan kamar, komunikasi dokter, kualitas makanan, kemudahan administrasi, biaya, serta persepsi atas hasil klinis. Sebagai indikator manajemen, kepuasan tetap berguna. Ia memberi sinyal umum tentang penerimaan pasien terhadap layanan, dapat digunakan untuk benchmarking internal, serta membantu organisasi mendeteksi area yang paling sering menimbulkan ketidakpuasan.

Namun, kepuasan mempunyai beberapa keterbatasan epistemik. Pertama, skor kepuasan tidak selalu menjelaskan peristiwa yang membentuknya. Ketika pasien memberi nilai 7 dari 10, manajemen belum mengetahui apakah masalah terletak pada antrean, komunikasi, kenyamanan, rasa aman, atau ketidakjelasan biaya. Kedua, harapan pasien sangat bervariasi. Usia, pendidikan, pengalaman sebelumnya, kondisi kesehatan, status sosial, budaya, dan citra rumah sakit dapat membentuk baseline ekspektasi yang berbeda. Ketiga, pasien dapat merasa puas karena hasil klinis baik meskipun proses komunikasi buruk, atau sebaliknya. Keempat, ada risiko courtesy bias: pasien merasa sungkan memberi penilaian negatif kepada rumah sakit atau

tenaga kesehatan yang baru saja merawatnya. Kelima, survei kepuasan sering disusun terlalu umum dan berakhir dengan skor agregat yang nyaman bagi manajemen tetapi miskin informasi untuk perbaikan proses.

Keterbatasan lain muncul ketika organisasi mengejar satisfaction score sebagai target semata. Orientasi pada skor dapat mendorong perilaku manipulatif: staf lebih fokus meminta pasien memberi nilai tinggi daripada memperbaiki sistem. Bahkan, kepuasan tidak boleh diartikan sebagai keharusan memenuhi semua permintaan pasien. Praktik klinis yang baik tetap harus berbasis bukti, etika, dan keselamatan. Dokter tidak harus memberikan antibiotik yang tidak diindikasikan hanya karena pasien memintanya. Rumah sakit juga tidak harus mengorbankan prioritas klinis demi mengurangi semua waktu tunggu secara seragam. Yang dibutuhkan adalah transparansi, penjelasan, komunikasi, dan pengelolaan ekspektasi yang manusiawi.

Karena itu, patient satisfaction lebih tepat diposisikan sebagai salah satu outcome persepsional, bukan satu-satunya ukuran mutu. Kepuasan dapat dipertahankan dalam dashboard, tetapi harus dibaca bersama indikator pengalaman, keselamatan, hasil klinis, akses, equity, dan efisiensi. Pergeseran ke patient experience tidak berarti membuang satisfaction; ia memperluas dan memperdalam cara rumah sakit mendengarkan pasien. Kepuasan menjawab 'bagaimana penilaian akhir pasien', sedangkan experience mengurai 'apa yang terjadi selama pelayanan dan mengapa'. Dengan pembacaan yang lebih kaya ini, rumah sakit mempunyai basis yang lebih kuat untuk merancang intervensi perbaikan.

3. Patient Experience: Dari Persepsi Umum ke Pengalaman yang Dapat Diamati

Patient experience menempatkan pasien sebagai saksi utama terhadap serangkaian proses pelayanan yang hanya dapat diketahui secara langsung oleh pasien dan keluarga. Profesional kesehatan dapat membaca rekam medis, indikator mortalitas, hasil laboratorium, atau kepatuhan terhadap clinical pathway, tetapi mereka tidak selalu mengetahui apakah pasien merasa didengar, apakah pasien memahami penjelasan, apakah privasinya terjaga, atau apakah transisi antarunit terasa membingungkan. Data pengalaman pasien mengisi blind spot tersebut. Itulah sebabnya patient experience increasingly diperlakukan sebagai domain mutu yang berdiri sejajar dengan clinical effectiveness dan patient safety.

Perbedaan penting antara satisfaction dan experience terletak pada bentuk pertanyaan. Pertanyaan satisfaction bersifat evaluatif: 'Apakah Anda puas dengan komunikasi dokter?' Pertanyaan experience lebih faktual dan behaviorally anchored: 'Seberapa sering dokter menjelaskan dengan cara yang Anda pahami?' atau 'Apakah Anda menerima informasi tertulis mengenai apa yang harus dilakukan setelah pulang?' Bentuk kedua cenderung memberi informasi yang lebih actionable. Manajemen dapat menghubungkan jawaban dengan proses tertentu, unit tertentu, atau titik perjalanan tertentu. Karena itu, instrumen seperti CAHPS dan HCAHPS berkembang sebagai standardized patient experience surveys. CMS menjelaskan HCAHPS sebagai survei nasional terstandar dan dipublikasikan untuk mengukur perspektif pasien mengenai pengalaman rawat inap, sementara AHRQ mengembangkan keluarga instrumen CAHPS untuk berbagai setting pelayanan.

Patient experience juga lebih luas daripada sekadar interaksi interpersonal. Ia mencakup akses, responsivitas, koordinasi, lingkungan fisik, informasi, kontinuitas, digital touchpoints, transisi, rasa hormat, shared decision-making, serta dukungan emosional. Seorang pasien kanker, misalnya, dapat menilai pengalaman bukan hanya dari keramahan dokter onkologi, tetapi dari keterhubungan antara laboratorium, radiologi, farmasi, kemoterapi, billing, dan konseling. Jika setiap unit bekerja baik secara terpisah namun pasien harus mengulang informasi berulang kali, pengalaman keseluruhan tetap buruk. Dengan demikian, patient experience merupakan properti dari sistem, bukan atribut satu profesi.

Secara manajerial, patient experience mengubah objek perhatian. Rumah sakit tidak lagi hanya mengelola encounter, tetapi journey. Tidak lagi hanya mengelola petugas front office, tetapi ekosistem interaksi. Tidak lagi hanya menilai outcome akhir, tetapi moments that matter sepanjang perjalanan. Dengan logika ini, desain pelayanan harus dimulai dari pertanyaan: apa yang pasien coba capai pada setiap tahap; apa yang ia rasakan; informasi apa yang ia butuhkan; risiko apa yang dihadapinya; siapa yang bertanggung jawab; dan di mana sistem paling sering gagal. Patient experience pada akhirnya adalah lensa untuk melihat rumah sakit sebagaimana pasien melihatnya: bukan sebagai kumpulan departemen, melainkan sebagai satu perjalanan yang seharusnya kohesif.

4. Dari Patient-Centered Care menuju Human-Centered Hospital

Konsep patient-centered care menegaskan bahwa pelayanan bermutu harus menghormati preferensi, kebutuhan, nilai, dan tujuan pasien. Dalam paradigma tradisional yang paternalistik, profesional kesehatan dianggap memegang hampir seluruh otoritas epistemik dan keputusan. Pasien menerima keputusan yang telah dibuat. Dalam paradigma patient-centered, keahlian klinis tetap penting, tetapi dipertemukan dengan pengalaman hidup pasien. Dokter mengetahui evidence dan risiko klinis; pasien mengetahui nilai, prioritas, toleransi, konteks keluarga, kemampuan finansial, dan tujuan hidupnya. Keputusan terbaik lahir dari integrasi dua bentuk pengetahuan tersebut.

Rumah sakit yang benar-benar patient-centered tidak berhenti pada slogan. Nilai tersebut harus tampak dalam arsitektur proses. Pasien diberi kesempatan bertanya; informasi disampaikan dengan bahasa yang dapat dipahami; informed consent menjadi dialog, bukan sekadar tanda tangan; keluarga dilibatkan bila pasien menghendaki; kebutuhan penyandang disabilitas diakomodasi; akses bahasa tersedia; nyeri ditangani secara serius; privasi dijaga; dan keputusan pulang mempertimbangkan kesiapan pasien. Di sini patient experience menjadi indikator apakah prinsip patient-centered care benar-benar hidup dalam praktik.

Lebih jauh, rumah sakit masa depan perlu bergerak menuju human-centered hospital. Patient-centered care tetap penting, tetapi pengalaman pelayanan juga dipengaruhi pengalaman tenaga kesehatan. Burnout, beban administrasi, staffing yang tidak memadai, sistem IT yang buruk, dan budaya hierarkis dapat mengurangi kapasitas staf untuk berkomunikasi empatik. Karena itu, patient experience dan workforce experience sebaiknya dipahami sebagai dua sisi ekosistem layanan. Organisasi tidak dapat menuntut keramahan tanpa memperbaiki sistem kerja yang membuat staf kelelahan. Manusia yang merasa dihargai lebih mampu menghargai manusia lain.

Human-centered hospital juga menempatkan teknologi sebagai alat, bukan pusat. Digitalisasi harus mengurangi friksi, bukan memindahkan beban administrasi kepada pasien. AI harus mendukung keputusan dan komunikasi, bukan menghilangkan hubungan manusia ketika hubungan itu paling dibutuhkan. Arsitektur rumah sakit harus memperhatikan orientasi ruang, cahaya, privasi, ketenangan, dan aksesibilitas. Keseluruhan desain kemudian diarahkan pada satu prinsip: setiap keputusan operasional harus diuji terhadap dampaknya bagi manusia. Inilah jembatan dari patient experience menuju organisasi kesehatan yang bukan hanya efisien, tetapi juga manusiawi.

5. Patient Journey: Rumah Sakit Dilihat sebagai Perjalanan, Bukan Departemen

Patient journey mapping mengubah cara manajemen membaca layanan. Struktur organisasi rumah sakit biasanya vertikal: direktorat, instalasi, unit, profesi, dan fungsi. Pengalaman pasien bersifat horizontal; pasien

berpindah dari satu unit ke unit lain tanpa peduli siapa memiliki anggaran atau garis komando. Ketika organisasi dikelola terutama berdasarkan silo, pasien menanggung biaya koordinasi. Ia harus mengulang identitas, menceritakan riwayat yang sama, mencari lokasi, menunggu keputusan, dan menjembatani komunikasi yang seharusnya menjadi tanggung jawab sistem. Journey mapping membuat friksi tersebut terlihat.

Pemetaan perjalanan yang baik tidak sekadar menggambar flowchart proses internal. Ia mencatat touchpoint, emosi, kebutuhan informasi, waktu, risiko, ekspektasi, dan pain point. Pada pasien operasi elektif, misalnya, perjalanan dapat dimulai dari pencarian dokter, konsultasi, pre-admission testing, penjadwalan, persiapan operasi, hari tindakan, recovery, rawat inap, edukasi pulang, kontrol, hingga rehabilitasi. Setiap titik dapat memiliki owner, indikator, failure mode, dan peluang perbaikan. Rumah sakit kemudian dapat mengenali moments that matter: saat pertama menerima diagnosis serius, saat pasien akan menandatangani persetujuan operasi, ketika nyeri meningkat malam hari, atau ketika keluarga tidak memahami kapan harus kembali ke IGD.

Journey thinking juga membantu mengidentifikasi silent delays yang tidak tampak pada indikator konvensional. Waktu tunggu formal mungkin dihitung sejak pendaftaran sampai dokter memeriksa, tetapi pasien dapat mengalami waktu tunggu tambahan saat mencari parkir, mengisi formulir berulang, menunggu hasil radiologi, menunggu resep, atau menunggu pembayaran. Dari perspektif manajemen departemental, setiap unit mungkin memenuhi KPI. Dari perspektif pasien, total journey masih melelahkan. Karena itu, rumah sakit perlu mengukur end-to-end experience dan bukan hanya local optimization.

Patient journey pada akhirnya merupakan alat strategis untuk menyatukan fungsi klinis, operasional, digital, dan hospitality. Ia mengubah pertanyaan dari 'apakah unit saya bekerja baik?' menjadi 'apakah perjalanan pasien bekerja baik?'. Perubahan pertanyaan ini sederhana tetapi radikal, karena mendorong kolaborasi lintas batas organisasi.

Dalam kerangka manajemen, isu patient journey: rumah sakit dilihat sebagai perjalanan, bukan departemen sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup pra-kunjungan dan akses informasi, registrasi dan antrean, asesmen klinis, diagnostik dan terapi, rawat inap, discharge dan transisi, follow-up serta kontinuitas. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area pra-kunjungan dan akses informasi, registrasi dan antrean, asesmen klinis, diagnostik dan terapi, rawat inap, discharge dan transisi, follow-up serta kontinuitas, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain pra-kunjungan dan akses informasi, registrasi dan antrean, asesmen klinis, diagnostik dan terapi, rawat inap, discharge dan transisi, follow-up serta kontinuitas, laporan bulanan

dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki pra-kunjungan dan akses informasi, registrasi dan antrean, asesmen klinis, diagnostik dan terapi, rawat inap, discharge dan transisi, follow-up serta kontinuitas, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

6. PREMs: Mengukur Apa yang Sungguh Dialami Pasien

Patient-Reported Experience Measures atau PREMs adalah instrumen terstruktur untuk menangkap persepsi pasien mengenai bagaimana pelayanan diberikan. PREMs berbeda dari PROMs, yang mengukur outcome kesehatan menurut laporan pasien seperti nyeri, fungsi, kualitas hidup, atau kemampuan melakukan aktivitas. PREMs menilai proses dan pengalaman pelayanan. Keduanya saling melengkapi: PROMs menjawab apa yang berubah pada kondisi pasien, PREMs menjawab bagaimana pasien mengalami sistem yang menghasilkan pelayanan tersebut.

Literatur menunjukkan banyak instrumen PREM telah dikembangkan, tetapi kualitas pengukuran harus diperhatikan. Instrumen yang baik memerlukan definisi konstruk yang jelas, validitas isi, reliabilitas, interpretabilitas, serta sensitivitas terhadap perubahan. Pertanyaan harus mudah dipahami dan sedapat mungkin merujuk pada perilaku atau kejadian spesifik. Survei yang terlalu panjang dapat menurunkan response rate, sedangkan survei terlalu pendek dapat kehilangan dimensi penting. Karena itu, desain measurement system harus mempertimbangkan tujuan penggunaan: benchmarking, quality improvement, service recovery, evaluasi program, atau riset.

Data PREM juga tidak boleh dibaca secara naif. Respons pasien dipengaruhi case mix, usia, kondisi kesehatan, bahasa, mode survei, timing, dan akses digital. Rumah sakit perlu memperhatikan siapa yang tidak menjawab karena kelompok yang paling rentan sering justru paling sulit dijangkau. Jika survei hanya berbasis aplikasi, pasien lanjut usia, masyarakat dengan literasi digital rendah, atau kelompok tertentu dapat kurang terwakili. Akibatnya, skor terlihat lebih baik daripada realitas. Measurement equity menjadi bagian penting dalam governance patient experience.

PREMs paling bernilai ketika digunakan untuk perbaikan. AHRQ menekankan peran CAHPS dalam mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan, menentukan prioritas peningkatan, serta memantau kemajuan. Artinya, nilai survei bukan pada angka itu sendiri, tetapi pada loop yang menghubungkan data dengan tindakan. Rumah sakit harus mempunyai mekanisme untuk membaca pola, mengaitkannya dengan proses, memilih intervensi, menjalankan eksperimen perbaikan, dan menilai hasil. Tanpa loop itu, PREMs berisiko menjadi sekadar ritual pelaporan.

Dalam kerangka manajemen, isu premis: mengukur apa yang sungguh dialami pasien sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup Patient-Reported Experience Measures, validitas dan reliabilitas, composite measure, case-mix adjustment, sampling, response bias, actionability. Masing-

masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area Patient-Reported Experience Measures, validitas dan reliabilitas, composite measure, case-mix adjustment, sampling, response bias, actionability, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain Patient-Reported Experience Measures, validitas dan reliabilitas, composite measure, case-mix adjustment, sampling, response bias, actionability, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki Patient-Reported Experience Measures, validitas dan reliabilitas, composite measure, case-mix adjustment, sampling, response bias, actionability, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

7. HCAHPS, CAHPS, dan Pelajaran bagi Sistem Pengukuran Rumah Sakit

Pengalaman HCAHPS di Amerika Serikat memberi pelajaran penting tentang bagaimana perspektif pasien dapat diintegrasikan ke sistem mutu secara nasional. CMS menempatkan HCAHPS sebagai survei terstandar dan dipublikasikan yang memungkinkan perbandingan antar rumah sakit. Instrumen ini tidak identik dengan keseluruhan patient experience, tetapi ia menciptakan common language. Dengan domain seperti komunikasi perawat dan dokter, informasi obat, serta discharge information, rumah sakit dipaksa memperhatikan proses yang secara tradisional sering dianggap soft.

Standardisasi mempunyai keunggulan karena memungkinkan benchmarking dan accountability. Namun ada keterbatasan bila organisasi memperlakukan instrumen sebagai tujuan akhir. HCAHPS adalah alat ukur, bukan definisi lengkap patient experience. Rumah sakit memiliki konteks lokal, populasi berbeda, spesialisasi berbeda, dan isu yang mungkin tidak seluruhnya tertangkap oleh instrumen standar. Karena itu, sistem yang baik memadukan core standardized measures dengan local listening methods: wawancara, focus group, rounding, komplain, narrative feedback, mystery patient, ethnography, dan analisis journey.

Pelajaran kedua adalah pentingnya transparency. Ketika hasil patient experience dipublikasikan, data memperoleh bobot governance yang lebih besar. Board, pimpinan, klinisi, dan masyarakat dapat melihat kinerja dari perspektif pasien. Namun publikasi harus disertai literasi data agar perbedaan kecil tidak disalahartikan. Pengukuran perlu mencakup confidence interval, case-mix adjustment, tren, dan konteks.

Bagi Indonesia, pelajarannya bukan menyalin HCAHPS secara mekanis, melainkan membangun arsitektur pengukuran yang konsisten, valid, comparable, tetapi tetap kontekstual. Rumah sakit dapat mengembangkan minimum core set experience indicators pada level korporat dan kemudian menambahkan modul spesifik untuk IGD, rawat jalan, rawat inap, maternitas, onkologi, pediatri, atau telemedicine. Dengan demikian, pengukuran berfungsi sekaligus sebagai kompas nasional dan alat pembelajaran lokal.

Dalam kerangka manajemen, isu hcahps, cahps, dan pelajaran bagi sistem pengukuran rumah sakit sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup standarisasi, benchmarking, komunikasi perawat, komunikasi dokter, informasi obat, discharge information, rating global. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area standarisasi, benchmarking, komunikasi perawat, komunikasi dokter, informasi obat, discharge information, rating global, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain standarisasi, benchmarking, komunikasi perawat, komunikasi dokter, informasi obat, discharge information, rating global, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki standarisasi, benchmarking, komunikasi perawat, komunikasi dokter, informasi obat, discharge information, rating global, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

8. Komunikasi Klinis sebagai Inti Patient Experience

Banyak pengalaman pasien pada akhirnya bermuara pada komunikasi. Bahkan pelayanan klinis yang secara teknis tepat dapat dirasakan buruk ketika komunikasi tidak jelas, terburu-buru, kontradiktif, atau tidak empatik. Sebaliknya, kondisi klinis yang sulit dapat lebih dapat diterima ketika pasien memahami apa yang terjadi dan merasa diperlakukan sebagai manusia. Komunikasi karena itu bukan ornamen interpersonal; ia merupakan teknologi keselamatan, koordinasi, dan kepercayaan.

Active listening adalah fondasi. Pasien perlu merasa bahwa cerita mereka tidak dipotong terlalu cepat, kekhawatiran mereka didengar, dan pertanyaan mereka dianggap sah. Plain language mengurangi jarak antara terminologi medis dan pemahaman pasien. Teach-back dapat digunakan untuk memastikan pasien benar-benar memahami instruksi, bukan sekadar mengangguk. Shared decision-making menjadi penting ketika terdapat beberapa pilihan terapi dengan trade-off yang berbeda. Dalam situasi diagnosis berat, penyampaian kabar buruk memerlukan struktur, timing, empati, dan dukungan emosional.

Komunikasi juga harus konsisten lintas profesi. Salah satu sumber frustrasi pasien adalah menerima informasi berbeda dari dokter, perawat, farmasi, dan administrasi. Fragmentasi ini mengurangi trust. Karena itu, rumah sakit perlu membangun information coherence melalui handover, interdisciplinary rounds, dokumentasi yang jelas, dan single source of truth pada sistem digital.

Investasi komunikasi tidak cukup melalui seminar empati satu kali. Ia harus masuk ke kompetensi, recruitment, onboarding, simulation, coaching, observation, feedback, dan appraisal. Leader juga perlu memberi teladan. Budaya komunikasi yang baik muncul ketika staf merasa aman untuk bertanya dan mengklarifikasi. Dengan demikian, komunikasi pasien dan komunikasi internal sebenarnya saling berkaitan; organisasi yang tidak mampu berkomunikasi dengan dirinya sendiri akan sulit berkomunikasi secara konsisten dengan pasien.

Dalam kerangka manajemen, isu komunikasi klinis sebagai inti patient experience sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup active listening, plain language, teach-back, shared decision-making, bad news communication, continuity of information, health literacy. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, complain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area active listening, plain language, teach-back, shared decision-making, bad news communication, continuity of information, health literacy, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain active listening, plain language, teach-back, shared decision-making, bad news communication, continuity of information, health literacy, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action

plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki active listening, plain language, teach-back, shared decision-making, bad news communication, continuity of information, health literacy, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

9. Patient Experience dan Keselamatan Pasien

Patient experience dan patient safety kadang dikelola dalam dua jalur organisasi yang berbeda, padahal keduanya sering bertemu pada titik yang sama. Pasien yang tidak memahami obat berisiko menggunakan dosis yang salah. Pasien yang takut bertanya mungkin tidak menyampaikan alergi atau gejala baru. Keluarga yang tidak diberi jalur untuk mengeskalisasi kekhawatiran dapat terlambat meminta bantuan ketika kondisi memburuk. Pengalaman merasa didengar dan dihargai dengan demikian mempunyai konsekuensi keselamatan.

Doyle, Lennox, dan Bell menemukan bahwa patient experience secara konsisten berhubungan positif dengan clinical effectiveness dan patient safety di berbagai setting. Temuan ini tidak berarti semua korelasi bersifat kausal, tetapi cukup kuat untuk menolak anggapan bahwa pengalaman pasien hanya persoalan kenyamanan. Patient experience dapat menjadi early warning signal bagi risiko sistemik yang tidak tertangkap indikator insiden formal.

Rumah sakit dapat mengintegrasikan patient voice ke program keselamatan melalui bedside handover, medication reconciliation bersama pasien, whiteboard informasi, open disclosure, family escalation pathway, dan safety rounding. Pasien serta keluarga perlu diperlakukan sebagai sumber informasi keselamatan. Mereka sering melihat perubahan, inkonsistensi, atau near miss yang tidak tercatat dalam sistem insiden.

Namun partisipasi pasien tidak boleh dijadikan alasan memindahkan tanggung jawab keselamatan kepada pasien. Sistem harus aman secara default. Tugas pasien adalah memperkuat, bukan menggantikan, kontrol profesional. Paradigma yang sehat adalah partnership for safety: rumah sakit menyediakan desain, standar, dan redundansi; pasien diberi informasi, akses, serta legitimasi untuk berbicara ketika merasa ada yang salah.

Dalam kerangka manajemen, isu patient experience dan keselamatan pasien sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup medication safety, handover, identifikasi pasien, fall prevention, informed consent, escalation of concern, patient engagement. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional,

dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area medication safety, handover, identifikasi pasien, fall prevention, informed consent, escalation of concern, patient engagement, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain medication safety, handover, identifikasi pasien, fall prevention, informed consent, escalation of concern, patient engagement, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki medication safety, handover, identifikasi pasien, fall prevention, informed consent, escalation of concern, patient engagement, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

10. Empati, Martabat, dan Rasa Hormat sebagai Dimensi Mutu

Pengalaman rumah sakit mempunyai dimensi moral. Pasien bukan sekadar carrier of diagnosis, tetapi manusia yang mempunyai martabat. Dalam keadaan sakit, kontrol atas tubuh dan kehidupan dapat berkurang. Pasien harus membuka informasi pribadi, diperiksa, menunggu, mengikuti instruksi, dan terkadang bergantung pada orang lain untuk kebutuhan dasar. Cara rumah sakit memperlakukan kerentanan ini menjadi ukuran kualitas yang sangat penting.

Rasa hormat diwujudkan dalam tindakan kecil: mengetuk pintu, memperkenalkan diri, menjelaskan sebelum menyentuh tubuh pasien, menjaga privasi, menggunakan nama yang disukai, memberi kesempatan bertanya, tidak berbicara seolah pasien tidak hadir, serta menghormati nilai budaya dan keyakinan. Pada pasien terminal, martabat menjadi semakin sentral karena tujuan pelayanan mungkin bergeser dari cure menuju comfort, meaning, dan family support.

Empati tidak sama dengan selalu setuju. Empati adalah kemampuan memahami perspektif dan emosi pasien sambil tetap mempertahankan penilaian profesional. Dalam organisasi, empati dapat didukung melalui desain proses. Misalnya, mengurangi ketidakpastian antrean dengan memberikan estimasi waktu; menyediakan navigator bagi pasien kompleks; menciptakan ruang konsultasi yang privat; atau memastikan keluarga memperoleh pembaruan berkala. Dengan demikian, compassion dapat dioperasionalkan.

Trauma-informed care memperluas perspektif ini dengan menyadari bahwa pengalaman masa lalu dapat memengaruhi respons pasien terhadap prosedur, otoritas, sentuhan, atau lingkungan rumah sakit. Rumah sakit yang sensitif tidak memaksa pasien menyesuaikan diri sepenuhnya dengan sistem, tetapi berusaha

menyesuaikan sistem agar lebih aman secara psikologis. Inilah bentuk patient experience yang paling mendalam: layanan yang bukan hanya benar secara teknis, tetapi juga menghormati kemanusiaan.

Dalam kerangka manajemen, isu empati, martabat, dan rasa hormat sebagai dimensi mutu sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup dignity, privacy, compassion, cultural sensitivity, vulnerability, end-of-life care, trauma-informed care. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, complain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area dignity, privacy, compassion, cultural sensitivity, vulnerability, end-of-life care, trauma-informed care, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain dignity, privacy, compassion, cultural sensitivity, vulnerability, end-of-life care, trauma-informed care, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki dignity, privacy, compassion, cultural sensitivity, vulnerability, end-of-life care, trauma-informed care, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

11. Waktu Tunggu, Akses, dan Friksi Operasional

Waktu tunggu adalah salah satu pain point paling umum dalam pengalaman pasien. Namun masalah sebenarnya sering bukan hanya panjang waktu, melainkan ketidakpastian dan ketidakadilan yang dirasakan. Menunggu 30 menit dengan informasi yang jelas dapat terasa lebih dapat diterima daripada menunggu 20 menit tanpa mengetahui apa yang terjadi. Pengalaman antrean dipengaruhi oleh komunikasi, kenyamanan, alasan klinis, fairness, dan kemampuan pasien mengatur aktivitas lain.

Karena itu, pengelolaan waktu tunggu memerlukan kombinasi operations management dan experience design. Rumah sakit perlu memetakan bottleneck, arrival pattern, kapasitas, staffing, appointment template,

turnaround laboratory, bed availability, discharge timing, dan variasi demand. Di sisi experience, pasien perlu memperoleh estimasi, update, pilihan rescheduling, serta jalur khusus bagi kondisi prioritas.

Friksi administratif juga harus diperlakukan sebagai bagian mutu. Formulir berulang, dokumen yang harus difotokopi berkali-kali, pembayaran yang tidak transparan, rujukan yang membingungkan, atau aplikasi yang sering gagal merupakan bentuk hidden burden. Biaya waktu ini jarang masuk perhitungan keuangan rumah sakit tetapi sangat nyata bagi pasien dan keluarga.

Lean management, process mining, queue analytics, dan digital check-in dapat membantu, tetapi desain harus dimulai dari journey. Teknologi yang sekadar mendigitalkan proses buruk hanya menghasilkan digital bureaucracy. Tujuan akhir bukan memindahkan antrean dari loket ke smartphone, tetapi menghilangkan langkah yang tidak memberi nilai. Patient experience menjadi lensa untuk membedakan proses yang benar-benar diperlukan dari proses yang bertahan karena kebiasaan organisasi.

Dalam kerangka manajemen, isu waktu tunggu, akses, dan friksi operasional sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup appointment access, queue management, predictability, navigation, bed management, turnaround time, administrative burden. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area appointment access, queue management, predictability, navigation, bed management, turnaround time, administrative burden, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain appointment access, queue management, predictability, navigation, bed management, turnaround time, administrative burden, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki appointment access, queue management, predictability, navigation, bed management, turnaround time, administrative burden, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

12. Lingkungan Fisik dan Healing Environment

Lingkungan fisik berpengaruh kuat terhadap pengalaman pasien karena rumah sakit merupakan tempat yang kompleks dan sering menimbulkan kecemasan. Wayfinding yang buruk membuat pasien terlambat, lelah, dan merasa tidak berdaya. Kebisingan malam mengganggu tidur dan pemulihan. Pencahayaan yang tidak nyaman meningkatkan disorientasi. Ruang konsultasi tanpa privasi menghambat keterbukaan. Fasilitas yang tidak aksesibel memperburuk pengalaman penyandang disabilitas.

Healing environment tidak berarti dekorasi mewah. Intinya adalah lingkungan yang mendukung keselamatan, orientasi, kontrol, kenyamanan, dan dignity. Desain dapat mencakup signage yang intuitif, warna zona, pencahayaan alami, kontrol kebisingan, ruang tunggu yang memperhatikan berbagai kelompok pasien, area keluarga, handrail, kamar mandi aksesibel, dan penataan yang mengurangi risiko infeksi.

Dalam era digital, fasilitas fisik dan digital perlu didesain bersama. Kiosk harus berada pada lokasi yang mudah ditemukan; digital signage perlu sinkron dengan aplikasi; ruang teleconsultation harus menjaga privasi; konektivitas menjadi bagian infrastruktur pelayanan. Arsitektur tidak lagi hanya mengatur aliran orang, tetapi juga aliran informasi.

Rumah sakit yang hendak meningkatkan experience perlu melakukan walking audit dari perspektif pasien. Pimpinan dapat mencoba datang sebagai pasien baru: mencari parkir, menemukan poli, melakukan registrasi, mencari toilet, memahami petunjuk, dan pulang melalui jalur yang sama. Pengalaman langsung sering membuka masalah yang tidak terlihat dalam laporan manajemen. Ruang berbicara, dan ia dapat mengatakan kepada pasien bahwa organisasi peduli atau sebaliknya.

Dalam kerangka manajemen, isu lingkungan fisik dan healing environment sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup wayfinding, noise, lighting, privacy, infection prevention, accessibility, family space. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area wayfinding, noise, lighting, privacy, infection prevention, accessibility, family space, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain wayfinding, noise, lighting, privacy, infection prevention, accessibility, family space, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki wayfinding, noise, lighting, privacy, infection prevention, accessibility, family space, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

13. Peran Keluarga dan Caregiver dalam Patient Experience

Di banyak budaya, termasuk Indonesia, pasien jarang mengalami pelayanan sendirian. Keluarga berperan sebagai pengambil keputusan, penerjemah, pemberi dukungan emosional, penjaga, transporter, dan pengelola obat di rumah. Karena itu, patient experience sering sebenarnya merupakan patient-and-family experience. Kebijakan rumah sakit yang mengabaikan keluarga dapat menghasilkan koordinasi yang buruk dan meningkatkan beban setelah discharge.

Keluarga perlu dilibatkan secara proporsional dengan persetujuan pasien, privasi, dan kapasitas klinis. Pada pediatri, geriatri, penyakit kronis, disabilitas, serta perawatan akhir hayat, caregiver memainkan peran sangat besar. Informasi kepada keluarga harus konsisten, tidak kontradiktif, dan diberikan oleh pihak yang jelas. Visiting policy juga perlu menyeimbangkan dukungan keluarga dengan kontrol infeksi, istirahat, dan kebutuhan klinis.

Discharge adalah momen kritis. Banyak rumah sakit menganggap pasien selesai ketika administrasi selesai, padahal bagi keluarga pekerjaan baru dimulai. Mereka harus memahami obat, diet, luka, alat kesehatan, tanda bahaya, kontrol, dan nomor kontak. Discharge readiness perlu dinilai, bukan diasumsikan. Teach-back kepada pasien dan caregiver dapat mencegah salah pemahaman.

Rumah sakit yang menghargai caregiver juga memperhatikan caregiver burden. Area tunggu, akses informasi, jadwal yang predictable, serta dukungan psikososial dapat mengurangi beban. Dalam jangka panjang, kemitraan pasien-keluarga dapat meningkatkan kontinuitas dan mengurangi readmission yang dapat dicegah.

Dalam kerangka manajemen, isu peran keluarga dan caregiver dalam patient experience sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup family engagement, caregiver burden, visiting policy, communication, shared decisions, discharge readiness, pediatrics and geriatrics. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area family engagement, caregiver burden, visiting policy, communication, shared decisions, discharge readiness, pediatrics and geriatrics, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain family engagement, caregiver burden, visiting policy, communication, shared decisions, discharge readiness, pediatrics and geriatrics, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki family engagement, caregiver burden, visiting policy, communication, shared decisions, discharge readiness, pediatrics and geriatrics, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

14. Service Recovery: Ketika Pengalaman Buruk Sudah Terjadi

Tidak ada sistem pelayanan yang bebas kegagalan. Pertanyaan governance yang penting bukan apakah keluhan akan terjadi, tetapi bagaimana rumah sakit merespons ketika pengalaman buruk muncul. Service recovery adalah proses memperbaiki dampak kegagalan, memulihkan kepercayaan, dan mencegah pengulangan. Respons defensif, lambat, atau birokratis dapat membuat masalah kecil berubah menjadi krisis reputasi.

Keluhan harus dipandang sebagai data gratis tentang titik lemah sistem. Setiap komplain mengandung informasi mengenai gap antara proses yang dirancang dan proses yang dialami. Rumah sakit perlu memiliki kanal yang mudah, aman, dan responsif. Pasien harus mengetahui siapa yang dapat dihubungi, kapan mendapatkan jawaban, serta bagaimana isu diselesaikan. Closed-loop feedback berarti pasien tidak hanya mengirim keluhan, tetapi juga menerima penjelasan mengenai tindakan yang diambil.

Permintaan maaf yang tepat tidak harus dipahami sebagai pengakuan hukum otomatis. Dalam konteks keselamatan, open disclosure yang jujur, empatik, dan terstruktur dapat menjadi bagian etika pelayanan. Organisasi perlu melatih leader dan staf untuk menangani percakapan sulit. Root cause analysis kemudian menghubungkan kasus individual dengan pembelajaran sistem.

Service recovery yang baik dapat memperkuat kepercayaan karena pasien melihat organisasi bertanggung jawab. Namun tujuan utama bukan mengubah pasien tidak puas menjadi promotor, melainkan memperbaiki ketidakadilan yang terjadi dan mengurangi risiko bagi pasien berikutnya. Inilah perbedaan antara customer service dangkal dan governance berbasis pengalaman.

Dalam kerangka manajemen, isu service recovery: ketika pengalaman buruk sudah terjadi sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup complaints, apology, open disclosure, rapid response, root cause analysis, closed-loop feedback, trust repair. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi,

patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area complaints, apology, open disclosure, rapid response, root cause analysis, closed-loop feedback, trust repair, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain complaints, apology, open disclosure, rapid response, root cause analysis, closed-loop feedback, trust repair, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki complaints, apology, open disclosure, rapid response, root cause analysis, closed-loop feedback, trust repair, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

15. Experience-Based Co-Design: Pasien sebagai Mitra Perancang Layanan

Paradigma patient experience mencapai tingkat lebih matang ketika pasien tidak hanya diminta menilai layanan yang sudah jadi, tetapi dilibatkan dalam merancangnya. Experience-based co-design mempertemukan pengalaman pasien, keluarga, dan staf untuk mengidentifikasi emotional touchpoints serta mengembangkan solusi bersama. Pendekatan ini mengubah pasien dari respondent menjadi partner.

Co-design dapat dilakukan melalui patient advisory council, workshop journey mapping, focus group, shadowing, prototyping, dan test of change. Pasien dapat membantu mengevaluasi formulir, signage, aplikasi, materi edukasi, sistem appointment, discharge process, atau desain ruang. Mereka melihat hal yang sering tidak dilihat staf karena staf sudah terbiasa dengan sistem.

Agar partisipasi bermakna, rumah sakit harus menghindari tokenism. Memiliki satu pasien dalam rapat bukan otomatis co-design. Pasien perlu diberi informasi, waktu, dukungan, dan ruang untuk berbeda pendapat. Representasi juga penting; suara pasien yang fasih dan berpendidikan tidak boleh menjadi satu-satunya suara. Kelompok rentan, disabilitas, minoritas bahasa, dan pasien dengan penyakit kompleks perlu diikutsertakan.

Co-design juga mempunyai nilai budaya. Ketika staf mendengar pengalaman secara langsung, data berubah menjadi cerita manusia. Empati organisasi meningkat dan perbaikan menjadi lebih relevan. Namun co-design harus tetap terhubung dengan evidence, feasibility, keselamatan, dan resource constraints. Kemitraan bukan

berarti semua ide pasien diterapkan, melainkan keputusan dibuat secara transparan dengan mempertimbangkan perspektif yang sebelumnya sering tidak hadir.

Dalam kerangka manajemen, isu experience-based co-design: pasien sebagai mitra perancang layanan sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup co-design, patient advisory council, experience-based design, participatory methods, prototyping, rapid-cycle improvement, lived experience. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area co-design, patient advisory council, experience-based design, participatory methods, prototyping, rapid-cycle improvement, lived experience, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain co-design, patient advisory council, experience-based design, participatory methods, prototyping, rapid-cycle improvement, lived experience, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki co-design, patient advisory council, experience-based design, participatory methods, prototyping, rapid-cycle improvement, lived experience, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

16. SDM Rumah Sakit: Employee Experience sebagai Prasyarat Patient Experience

Rumah sakit tidak dapat menciptakan pengalaman pasien yang unggul dengan mengabaikan pengalaman tenaga kerjanya. Staf yang kelelahan, kekurangan personel, menghadapi sistem digital yang buruk, atau bekerja dalam budaya takut akan sulit mempertahankan komunikasi empatik secara konsisten. Patient experience dengan demikian bukan sekadar kompetensi individu, melainkan outcome dari work system.

Burnout dapat mengurangi attentiveness dan kapasitas emosional. Staffing yang tidak memadai meningkatkan waktu tunggu dan mempersempit kesempatan staf berkomunikasi. Psychological safety yang rendah menghambat staf mengeskalisasi risiko. Kepemimpinan yang hanya mengejar target keuangan dapat memberi sinyal bahwa pengalaman pasien tidak penting. Karena itu, intervensi experience perlu mencakup desain kerja, beban tugas, teamwork, leadership rounding, recognition, dan dukungan kesehatan mental.

Pelatihan tetap penting, tetapi harus kontekstual. Communication skills, empathy, conflict management, cultural competence, dan service recovery dapat dilatih melalui simulation dan coaching. Namun training tidak akan efektif bila sistem memberi hambatan struktural. Tidak realistis meminta perawat memberi edukasi mendalam bila workload tidak memberi waktu.

Rumah sakit perlu melihat employee experience dan patient experience dalam satu dashboard strategis. Korelasi lokal antara engagement, turnover, staffing, incident, dan experience score dapat dianalisis. Dengan demikian, organisasi memahami bahwa investasi pada tenaga kerja bukan biaya tambahan, tetapi salah satu mekanisme menghasilkan mutu. Budaya caring ke pasien tumbuh lebih kuat dalam organisasi yang juga caring kepada staf.

Dalam kerangka manajemen, isu sdm rumah sakit: employee experience sebagai prasyarat patient experience sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup burnout, staffing, psychological safety, leadership, teamwork, recognition, work design. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area burnout, staffing, psychological safety, leadership, teamwork, recognition, work design, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain burnout, staffing, psychological safety, leadership, teamwork, recognition, work design, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki burnout,

staffing, psychological safety, leadership, teamwork, recognition, work design, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

17. Leadership dan Governance Patient Experience

Patient experience tidak akan menjadi prioritas organisasi bila tidak mempunyai tempat dalam governance. Board perlu memperoleh informasi reguler mengenai tren experience, keluhan, equity gap, serta hubungan dengan keselamatan dan mutu klinis. Direksi harus menetapkan ownership yang jelas. Sebagian organisasi membentuk Chief Experience Officer, tetapi title bukan hal utama; yang penting adalah otoritas lintas fungsi untuk menghubungkan klinis, operasi, SDM, digital, dan service design.

Governance patient experience memerlukan balance antara central standards dan local ownership. Direksi dapat menetapkan enterprise principles seperti respect, communication, coordination, transparency, dan responsiveness. Unit kemudian menerjemahkannya ke proses spesifik. KPI harus cukup sedikit agar fokus tetapi cukup kaya untuk mencegah gaming. Board juga perlu melihat narrative feedback, bukan hanya angka agregat.

Patient voice dapat masuk ke governance melalui patient representative, advisory council, forum keluarga, atau mekanisme konsultasi. Representasi harus dirancang dengan hati-hati agar tidak menjadi simbolik. Pengalaman individual penting, tetapi keputusan tetap perlu mempertimbangkan pola data dan kebutuhan populasi.

Akuntabilitas harus diarahkan pada pembelajaran, bukan hukuman semata. Jika skor turun, pertanyaan pertama seharusnya bukan siapa yang salah, tetapi apa yang berubah dalam sistem. Governance yang matang menciptakan lingkungan di mana data buruk tidak disembunyikan. Transparansi internal adalah prasyarat perbaikan. Dengan demikian, patient experience menjadi bagian dari tata kelola mutu, bukan kampanye sementara.

Dalam kerangka manajemen, isu leadership dan governance patient experience sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup board oversight, executive ownership, Chief Experience Officer, quality committee, patient voice, accountability, strategic alignment. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area board oversight, executive ownership, Chief Experience Officer, quality committee, patient voice, accountability, strategic alignment, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain board oversight, executive ownership, Chief Experience Officer, quality

committee, patient voice, accountability, strategic alignment, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki board oversight, executive ownership, Chief Experience Officer, quality committee, patient voice, accountability, strategic alignment, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

18. Digital Patient Experience: Portal, Aplikasi, Telemedicine, dan Omnichannel

Digitalisasi telah memperluas rumah sakit melampaui bangunan fisik. Pasien kini berinteraksi melalui website, WhatsApp, portal, aplikasi, call center, telemedicine, notifikasi, dan pembayaran digital. Semua kanal ini membentuk digital patient experience. Rumah sakit dapat memiliki dokter unggul, tetapi bila aplikasi sulit digunakan atau hasil pemeriksaan tidak dapat diakses, pengalaman keseluruhan tetap terganggu.

Konsep digital front door melihat titik pertama interaksi digital sebagai pintu masuk sistem. Pasien idealnya dapat mencari layanan, memilih jadwal, mengetahui persiapan, mengunggah dokumen, menerima reminder, melakukan check-in, melihat hasil, dan memperoleh follow-up secara terintegrasi. Omnichannel berarti pengalaman konsisten meskipun pasien berpindah kanal. Informasi yang diberikan call center seharusnya sama dengan aplikasi dan front desk.

Interoperability menjadi isu pengalaman karena fragmentasi data memaksa pasien menjadi kurir informasi. Ketika sistem tidak terhubung, pasien harus membawa hasil cetak, mengulang tes, atau menjelaskan riwayat berkali-kali. Dengan integrasi, perjalanan lebih mulus. Namun digitalisasi juga menimbulkan risiko privacy, cybersecurity, exclusion, dan cognitive overload.

Rumah sakit harus menerapkan inclusive digital design. Tidak semua pasien nyaman dengan aplikasi. Kanal non-digital tetap diperlukan. Font, contrast, bahasa, aksesibilitas, dan simplicity perlu diperhatikan. Digital experience yang baik bukan paling canggih, tetapi paling membantu pasien menyelesaikan tugas dengan aman dan mudah.

Dalam kerangka manajemen, isu digital patient experience: portal, aplikasi, telemedicine, dan omnichannel sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup patient portal, mobile app, online appointment, telemedicine, digital front door, interoperability, accessibility. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area patient portal, mobile app, online appointment, telemedicine, digital front door, interoperability, accessibility, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain patient portal, mobile app, online appointment, telemedicine, digital front door, interoperability, accessibility, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki patient portal, mobile app, online appointment, telemedicine, digital front door, interoperability, accessibility, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

19. Artificial Intelligence dan Masa Depan Patient Experience

Artificial intelligence membuka peluang baru untuk meningkatkan patient experience, tetapi juga membawa risiko baru. Chatbot dapat menjawab pertanyaan administratif 24 jam, predictive analytics dapat memperkirakan kebutuhan kapasitas, AI dapat membantu personalisasi edukasi, dan ambient documentation berpotensi mengurangi beban pencatatan sehingga klinisi mempunyai lebih banyak waktu menatap pasien. Namun manfaat hanya terjadi bila AI dirancang untuk mengurangi friksi dan meningkatkan kualitas relasi manusia.

AI tidak boleh menggantikan empati pada momen kritis. Diagnosis berat, informed consent, konflik nilai, atau end-of-life discussion membutuhkan kehadiran manusia. Chatbot yang memberi jawaban terlalu generik dapat meningkatkan frustrasi. Sistem rekomendasi yang bias dapat memperburuk ketidakadilan. Otomasi yang tidak transparan dapat membuat pasien merasa kehilangan kontrol.

Responsible AI dalam patient experience memerlukan human oversight, fairness testing, privacy, security, explainability yang proporsional, serta jalur eskalasi ke manusia. Pasien perlu tahu kapan berinteraksi dengan mesin. Organisasi juga perlu memantau error dan unintended consequences.

AI paling bernilai ketika menjadi invisible infrastructure yang membuat pelayanan lebih lancar: memprediksi antrean, menyederhanakan dokumentasi, mengidentifikasi pasien yang membutuhkan follow-up, merangkum feedback naratif, dan membantu staf menemukan informasi. Tujuannya bukan membuat rumah sakit tampak futuristik, tetapi membebaskan waktu dan perhatian untuk manusia.

Dalam kerangka manajemen, isu artificial intelligence dan masa depan patient experience sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup AI chatbot, clinical decision support, personalization, predictive analytics, ambient documentation, bias, human oversight. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area AI chatbot, clinical decision support, personalization, predictive analytics, ambient documentation, bias, human oversight, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain AI chatbot, clinical decision support, personalization, predictive analytics, ambient documentation, bias, human oversight, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki AI chatbot, clinical decision support, personalization, predictive analytics, ambient documentation, bias, human oversight, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

20. Analitika Patient Experience: Dari Dashboard ke Insight

Rumah sakit modern menghasilkan data pengalaman dalam volume besar: skor survei, komentar bebas, komplain, call logs, rating digital, social media, waktu tunggu, cancellation, dan data perjalanan. Tantangannya bukan kekurangan data, melainkan kemampuan mengubah data menjadi insight yang dapat ditindaklanjuti.

Dashboard harus dirancang untuk keputusan. Skor agregat perlu dapat di-drill down berdasarkan unit, waktu, segmen pasien, dan journey stage. Free-text analytics dapat membantu menemukan tema yang tidak ditanyakan dalam survei. NLP dan sentiment analysis dapat memproses ribuan komentar, tetapi hasilnya perlu divalidasi karena bahasa pasien mengandung ironi, dialek, konteks klinis, dan ekspresi emosional.

Segmentasi sangat penting. Rata-rata dapat menyembunyikan inequity. Pengalaman pasien lanjut usia, pasien dengan disabilitas, pasien berbahasa daerah, atau pasien dengan penyakit kronis mungkin berbeda dari populasi umum. Analisis tren juga perlu dibedakan dari noise statistik.

Pada tingkat matang, organisasi bergerak dari descriptive analytics menuju diagnostic dan predictive analytics: tidak hanya mengetahui skor turun, tetapi memahami driver dan memprediksi titik risiko experience. Namun analitika harus tetap manusiawi. Angka tidak menggantikan cerita. Kombinasi data kuantitatif dan naratif memberi pemahaman yang lebih utuh.

Dalam kerangka manajemen, isu analitika patient experience: dari dashboard ke insight sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup quantitative survey, free text, sentiment analysis, topic modeling, segmentation, trend analysis, causal inference. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area quantitative survey, free text, sentiment analysis, topic modeling, segmentation, trend analysis, causal inference, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain quantitative survey, free text, sentiment analysis, topic modeling, segmentation, trend analysis, causal inference, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki quantitative survey, free text, sentiment analysis, topic modeling, segmentation, trend analysis, causal inference, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

21. Equity, Inklusi, dan Pengalaman Kelompok Rentan

Patient experience yang baik harus adil. Rata-rata skor tinggi dapat menutupi pengalaman buruk pada kelompok tertentu. Pasien dengan disabilitas mungkin menghadapi hambatan fisik dan komunikasi. Pasien yang tidak fasih bahasa utama dapat salah memahami instruksi. Pasien berpendapatan rendah mungkin

kesulitan transportasi atau biaya tidak langsung. Lansia mungkin kesulitan aplikasi digital. Penduduk rural mungkin menghadapi jarak dan keterbatasan akses spesialis.

Equity lens mengharuskan rumah sakit memisahkan data berdasarkan karakteristik yang relevan dan etis. Tujuannya bukan memberi label, tetapi menemukan gap. Bila kelompok tertentu secara konsisten melaporkan komunikasi lebih buruk, organisasi perlu mencari akar masalah. Interpreter service, accessibility design, transport support, flexible scheduling, dan assisted digital service dapat menjadi solusi.

Inklusi juga berarti memperhatikan representasi dalam co-design. Pasien yang paling mudah hadir dalam forum belum tentu mewakili mereka yang paling rentan. Rumah sakit perlu aktif menjangkau kelompok yang suaranya jarang terdengar.

Patient experience yang berkeadilan mengingatkan bahwa layanan tidak cukup dinilai dari apa yang diberikan, tetapi dari kemampuan setiap orang untuk benar-benar memperoleh manfaat. Equality memberi layanan yang sama; equity menyesuaikan dukungan agar setiap pasien dapat mencapai akses dan pemahaman yang setara.

Dalam kerangka manajemen, isu equity, inklusi, dan pengalaman kelompok rentan sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup disability, language, socioeconomic status, age, gender, rural access, digital divide. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area disability, language, socioeconomic status, age, gender, rural access, digital divide, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain disability, language, socioeconomic status, age, gender, rural access, digital divide, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki disability, language, socioeconomic status, age, gender, rural access, digital divide, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

22. Financial Experience: Transparansi Biaya dan Beban Ekonomi Pasien

Pengalaman finansial semakin penting dalam perjalanan pasien. Ketidakjelasan biaya dapat menimbulkan kecemasan bahkan ketika pelayanan klinis baik. Pasien perlu memahami apa yang ditanggung, apa yang mungkin menjadi biaya tambahan, dokumen apa yang diperlukan, dan bagaimana proses klaim berjalan. Di Indonesia, interaksi dengan JKN, asuransi swasta, perusahaan, dan pembayaran pribadi dapat menghasilkan kompleksitas administratif.

Financial experience bukan semata masalah tarif, tetapi transparency dan predictability. Komunikasi biaya yang terlambat menurunkan kepercayaan. Billing statement yang sulit dipahami memperpanjang friksi. Rumah sakit perlu menyediakan financial counseling untuk kasus kompleks, especially tindakan elektif berbiaya tinggi.

Manajemen juga harus sadar bahwa beban finansial mencakup indirect cost: transportasi, akomodasi keluarga, kehilangan pendapatan, dan waktu tunggu. Telemedicine atau one-stop service kadang menghasilkan value besar karena mengurangi biaya nonmedis.

Mengintegrasikan financial experience ke patient journey membantu rumah sakit membangun trust. Transparansi bukan berarti semua biaya dapat dipastikan sejak awal, karena kondisi klinis dapat berubah. Yang penting adalah komunikasi mengenai ketidakpastian dan mekanisme pembaruan. Kejujuran finansial adalah bagian dignity.

Dalam kerangka manajemen, isu financial experience: transparansi biaya dan beban ekonomi pasien sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup price transparency, insurance, JKN, out-of-pocket, billing clarity, financial counseling, administrative burden. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, complain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area price transparency, insurance, JKN, out-of-pocket, billing clarity, financial counseling, administrative burden, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain price transparency, insurance, JKN, out-of-pocket, billing clarity, financial counseling, administrative burden, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki price transparency, insurance, JKN, out-of-pocket, billing clarity, financial counseling, administrative burden, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

23. Patient Experience dalam Konteks Rumah Sakit Indonesia

Dalam konteks Indonesia, pergeseran dari satisfaction menuju experience selaras dengan transformasi mutu pelayanan yang lebih luas. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan PP No. 28 Tahun 2024 menjadi kerangka penting penyelenggaraan kesehatan. Rumah sakit menghadapi tuntutan yang kompleks: memenuhi regulasi, menjaga keselamatan, beradaptasi dengan pembiayaan JKN, mengelola tenaga kesehatan, mempercepat digitalisasi, dan sekaligus mempertahankan kepercayaan publik.

Survei kepuasan sudah lazim digunakan, terutama di rumah sakit publik maupun sebagai bagian evaluasi mutu. Tantangan berikutnya adalah mengubahnya dari ritual administratif menjadi sistem patient experience yang lebih matang. Rumah sakit dapat mulai dengan mendefinisikan domain inti, membangun PREMs yang valid, memetakan journey prioritas, memperkuat complaint analytics, dan mengaitkan hasil dengan quality improvement.

Keragaman Indonesia memberi tantangan unik. Bahasa, budaya, geografi, tingkat pendidikan, literasi kesehatan, dan akses digital sangat bervariasi. Instrumen yang dikembangkan di negara lain perlu adaptasi budaya dan validasi. Sistem pengukuran juga perlu mempertimbangkan pasien rujukan dari daerah jauh, keluarga yang berperan besar, serta perbedaan kapasitas antara rumah sakit besar dan kecil.

Transformasi digital nasional membuka peluang integrasi pengalaman lintas fasilitas. Namun prioritas harus tetap pada interoperability, privacy, usability, dan inclusion. Patient experience dapat menjadi salah satu kompas penting agar transformasi tidak hanya menambah teknologi, tetapi benar-benar memperbaiki kehidupan pasien.

Dalam kerangka manajemen, isu patient experience dalam konteks rumah sakit Indonesia sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup UU 17/2023, PP 28/2024, akreditasi, JKN, rumah sakit publik dan swasta, keragaman budaya, transformasi kesehatan. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area UU 17/2023, PP 28/2024, akreditasi, JKN, rumah sakit publik dan swasta, keragaman budaya, transformasi kesehatan, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain UU 17/2023, PP 28/2024, akreditasi, JKN, rumah sakit publik dan swasta, keragaman budaya, transformasi kesehatan, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki UU 17/2023, PP 28/2024, akreditasi, JKN, rumah sakit publik dan swasta, keragaman budaya, transformasi kesehatan, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

24. Model Kematangan Patient Experience untuk Rumah Sakit

Rumah sakit dapat menggunakan maturity model untuk menilai posisi transformasinya. Level pertama bersifat reactive: organisasi terutama merespons komplain dan menjalankan survei kepuasan tahunan. Data jarang digunakan untuk perubahan sistem. Level kedua measured: rumah sakit mulai memiliki indikator teratur, dashboard, dan benchmark. Namun patient experience masih menjadi tanggung jawab unit tertentu.

Level ketiga integrated: experience masuk strategi, quality committee, performance review, HR, dan digital transformation. Data dihubungkan dengan safety, clinical outcome, operational metrics, dan workforce experience. Unit mempunyai action plan. Level keempat co-designed: pasien dan keluarga dilibatkan dalam perancangan layanan, guideline komunikasi, material edukasi, fasilitas, dan teknologi. Narrative feedback memiliki posisi setara dengan angka.

Level kelima adalah learning system. Rumah sakit mempunyai real-time listening, advanced analytics, rapid-cycle improvement, equity monitoring, dan adaptive governance. Patient experience menjadi sensor organisasi yang terus menerus. Sistem tidak menunggu skor tahunan; ia belajar dari perjalanan pasien secara kontinu.

Maturity model bukan alat untuk memberi label baik-buruk, melainkan peta perjalanan. Rumah sakit dapat berbeda level antar domain. Digital experience mungkin maju sementara family engagement tertinggal. Penilaian maturity sebaiknya diikuti roadmap realistis dengan prioritas 12-36 bulan.

Dalam kerangka manajemen, isu model kematangan patient experience untuk rumah sakit sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup Level 1 reactive, Level 2 measured, Level 3 integrated, Level 4 co-designed, Level 5 learning system, governance, continuous improvement. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area Level 1 reactive, Level 2 measured, Level 3 integrated, Level 4 co-designed, Level 5 learning system, governance, continuous improvement, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain Level 1 reactive, Level 2 measured, Level 3 integrated, Level 4 co-designed, Level 5 learning system, governance, continuous improvement, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki Level 1 reactive, Level 2 measured, Level 3 integrated, Level 4 co-designed, Level 5 learning system, governance, continuous improvement, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

25. Roadmap Transformasi: Dari Survei Kepuasan menuju Experience Management System

Transformasi sebaiknya dimulai dengan diagnosis. Rumah sakit memetakan instrumen yang sudah ada, kanal keluhan, data operasional, journey utama, dan struktur governance. Pertanyaan pertama bukan membeli platform, tetapi memahami apa yang sudah diketahui dan apa yang masih buta. Selanjutnya rumah sakit mendesain measurement architecture yang membedakan satisfaction, experience, outcome, safety, dan loyalty.

Tahap berikutnya adalah memilih journey prioritas berdasarkan volume, risiko, keluhan, dan nilai strategis. Misalnya IGD, rawat jalan, operasi elektif, maternitas, atau discharge. Tim lintas fungsi melakukan mapping dan mengidentifikasi pain points. Intervensi diuji melalui PDSA atau rapid-cycle improvement.

Governance harus dibangun paralel. Direksi menetapkan sponsor, quality committee memonitor, unit memiliki owner, dan patient voice diintegrasikan. Capability building dilakukan melalui communication training, data literacy, service design, dan improvement science. Teknologi kemudian dipilih untuk memperkuat proses, bukan menggantikannya.

Roadmap yang baik memiliki quick wins dan structural reforms. Quick win menjaga momentum, misalnya memperbaiki signage atau discharge leaflet. Structural reform mencakup staffing, interoperability, redesign

appointment, dan integrasi patient feedback. Transformasi experience adalah marathon, bukan kampanye tiga bulan.

Dalam kerangka manajemen, isu roadmap transformasi: dari survei kepuasan menuju experience management system sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup diagnosis, measurement architecture, journey priorities, governance, capability building, technology, co-design. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area diagnosis, measurement architecture, journey priorities, governance, capability building, technology, co-design, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain diagnosis, measurement architecture, journey priorities, governance, capability building, technology, co-design, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki diagnosis, measurement architecture, journey priorities, governance, capability building, technology, co-design, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

26. Studi Kasus Naratif: Perjalanan Pasien dari IGD hingga Pulang

Bayangkan seorang pasien berusia 67 tahun datang ke IGD karena sesak napas. Dari perspektif rumah sakit, proses dimulai saat triase. Dari perspektif pasien, perjalanan dimulai sejak keluarga panik mencari kendaraan dan informasi apakah rumah sakit mempunyai fasilitas yang diperlukan. Ketika tiba, pasien masuk kategori prioritas. Secara klinis, tim bergerak cepat. Namun keluarga tidak mengetahui apa yang dilakukan dan menunggu tanpa update. Setelah dua jam, pasien dipindahkan ke ruang rawat tetapi tempat tidur belum siap. Secara operasional, indikator klinis mungkin baik; secara experience, ketidakpastian tinggi.

Di ruang rawat, beberapa dokter datang bergantian. Setiap orang profesional, tetapi penjelasan berbeda. Keluarga mulai bingung mengenai diagnosis. Perawat kemudian melakukan interdisciplinary communication

board dan menetapkan satu jadwal update keluarga. Pengalaman segera membaik meskipun kondisi klinis belum berubah. Setelah tiga hari, pasien siap pulang. Dokter memberikan instruksi, tetapi pasien menerima lima obat baru. Perawat menggunakan teach-back dan menemukan pasien salah memahami dosis diuretik. Kesalahan potensial berhasil dicegah.

Dua hari kemudian, sistem otomatis mengirim follow-up message dan menanyakan gejala. Pasien melaporkan berat badan naik. Nurse navigator menghubungi dan mengarahkan kontrol lebih cepat. Dalam kasus ini, patient experience bukan sekadar senyum staf. Ia merupakan gabungan komunikasi, koordinasi, informasi, keselamatan, digital follow-up, dan continuity.

Kasus tersebut menunjukkan bagaimana experience metrics dapat dikaitkan dengan operational and clinical process. Root cause pengalaman buruk di IGD bukan keramahan, tetapi absence of information. Risiko discharge bukan dissatisfaction, tetapi misunderstanding. Patient experience menjadi cara menemukan titik intervensi yang sekaligus meningkatkan rasa aman dan hasil klinis.

Dalam kerangka manajemen, isu studi kasus naratif: perjalanan pasien dari igd hingga pulang sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup IGD, triage, diagnostics, ward transfer, family communication, discharge, follow-up. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area IGD, triage, diagnostics, ward transfer, family communication, discharge, follow-up, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain IGD, triage, diagnostics, ward transfer, family communication, discharge, follow-up, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki IGD, triage, diagnostics, ward transfer, family communication, discharge, follow-up, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

27. Paradoks dan Risiko dalam Agenda Patient Experience

Agenda patient experience juga mempunyai paradoks. Pertama, ketika skor dikaitkan terlalu kuat dengan reward, organisasi dapat mengejar angka daripada makna. Staff mungkin memilih pasien tertentu untuk survei atau mendorong pemberian nilai tinggi. Kedua, terlalu banyak survei menimbulkan survey fatigue. Ketiga, standardisasi berlebihan dapat menghilangkan konteks lokal.

Ada pula risiko menyamakan patient-centered care dengan consumerism. Pasien memang perlu dihargai sebagai pengguna layanan, tetapi hubungan klinis berbeda dari transaksi ritel. Profesional memiliki tanggung jawab etis untuk menolak permintaan yang tidak aman atau tidak berbasis indikasi. Experience yang baik dapat tercapai melalui penjelasan dan shared decision-making tanpa harus memenuhi semua permintaan.

Data experience juga menimbulkan isu privacy. Free-text comments dapat memuat informasi sensitif. Analisis AI harus menjaga confidentiality. Penggunaan social media feedback perlu mempertimbangkan konteks dan representativeness.

Karena itu, governance harus menjaga keseimbangan. Patient experience penting, tetapi bukan satu-satunya kebenaran. Ia harus dibaca bersama safety, effectiveness, equity, workforce, finance, dan population health. Tujuannya adalah balanced excellence, bukan metric fixation.

Dalam kerangka manajemen, isu paradoks dan risiko dalam agenda patient experience sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup gaming, survey fatigue, over-standardization, consumerism, clinical autonomy, privacy, metric fixation. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area gaming, survey fatigue, over-standardization, consumerism, clinical autonomy, privacy, metric fixation, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain gaming, survey fatigue, over-standardization, consumerism, clinical autonomy, privacy, metric fixation, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan

berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki gaming, survey fatigue, over-standardization, consumerism, clinical autonomy, privacy, metric fixation, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

28. Masa Depan Patient Experience: Rumah Sakit sebagai Learning Health System

Masa depan patient experience akan dipengaruhi pergeseran lokasi pelayanan, teknologi, dan ekspektasi masyarakat. Perawatan bergerak dari rumah sakit ke rumah melalui remote monitoring, hospital-at-home, telemedicine, dan chronic care platform. Patient journey menjadi lintas institusi dan lintas kanal. Karena itu, pengalaman tidak lagi dapat dikelola oleh satu bangunan.

Learning health system menggunakan data pelayanan untuk terus belajar dan memperbaiki praktik. Patient experience harus menjadi bagian dari siklus tersebut. Feedback real-time dapat memicu service recovery, sedangkan data longitudinal membantu melihat pola. AI dapat merangkum ribuan komentar dan mengidentifikasi emerging issues. Personalisasi dapat menyesuaikan edukasi, reminder, dan navigasi.

Namun masa depan yang baik bukan otomatis lebih digital. Nilai manusia justru menjadi semakin penting ketika teknologi meningkat. Rumah sakit perlu menentukan momen yang cocok untuk otomasi dan momen yang memerlukan manusia. Prinsip future-ready experience adalah high-tech when useful, high-touch when meaningful.

Pada akhirnya, rumah sakit masa depan dinilai bukan hanya dari apa yang dilakukan kepada pasien, tetapi bagaimana pasien mengalami seluruh sistem. Organisasi yang mampu belajar dari pengalaman pasien akan lebih adaptif, terpercaya, dan berkelanjutan.

Dalam kerangka manajemen, isu masa depan patient experience: rumah sakit sebagai learning health system sebaiknya tidak dikelola sebagai proyek terpisah. Ia perlu diterjemahkan ke dalam arsitektur proses, peran, indikator, kompetensi, dan mekanisme eskalasi. Konsep kunci yang relevan mencakup real-time feedback, personalized journeys, learning health system, AI augmentation, integrated care, home hospital, value-based care. Masing-masing konsep harus memiliki definisi operasional sehingga staf memahami perilaku apa yang diharapkan, data apa yang dikumpulkan, dan keputusan apa yang harus diambil ketika kinerja menyimpang. Tanpa operasionalisasi, patient experience mudah berhenti sebagai nilai abstrak yang disepakati semua orang tetapi tidak mengubah pekerjaan sehari-hari.

Dari perspektif quality improvement, rumah sakit dapat menggunakan siklus diagnose-design-test-learn. Pertama, diagnosis dilakukan dengan menggabungkan PREM, komentar naratif, komplain, data operasional, dan observasi proses. Kedua, solusi dirancang bersama staf dan bila relevan pasien. Ketiga, perubahan diuji pada skala kecil agar risiko terkontrol. Keempat, hasil dinilai menggunakan indikator proses dan outcome. Pendekatan ini penting untuk area real-time feedback, personalized journeys, learning health system, AI augmentation, integrated care, home hospital, value-based care, karena penyebab pengalaman buruk sering multidimensional. Intervensi tunggal seperti pelatihan keramahan tidak akan menyelesaikan masalah bila akar persoalan adalah staffing, layout, IT, atau koordinasi.

Dari perspektif governance, pimpinan perlu membedakan indikator untuk oversight dan indikator untuk improvement. Board memerlukan sedikit indikator yang strategis dan stabil, sedangkan unit membutuhkan data yang lebih granular. Untuk domain real-time feedback, personalized journeys, learning health system, AI augmentation, integrated care, home hospital, value-based care, laporan bulanan dapat memuat tren, variasi

antarunit, gap antarsegmen pasien, top three positive themes, top three pain points, serta status action plan. Narrative vignette dapat ditambahkan agar angka tetap memiliki konteks manusia. Pimpinan juga perlu memastikan bahwa data negatif tidak memicu budaya menyalahkan, karena budaya takut justru mendorong under-reporting dan kosmetisasi skor.

Implikasi strategisnya adalah patient experience perlu dipandang sebagai sumber value. Pengalaman yang baik dapat memperkuat trust, engagement, adherence, koordinasi, dan reputasi, tetapi nilai paling penting adalah kemampuan organisasi mengurangi suffering yang tidak perlu. Banyak penderitaan pasien bukan berasal dari penyakit itu sendiri, melainkan dari sistem: menunggu tanpa informasi, mengulang data, tersesat, menerima penjelasan kontradiktif, atau pulang tanpa memahami rencana. Dengan memperbaiki real-time feedback, personalized journeys, learning health system, AI augmentation, integrated care, home hospital, value-based care, rumah sakit mengurangi 'administrative and emotional waste' sekaligus meningkatkan mutu pelayanan.

29. Kesimpulan

Perjalanan dari patient satisfaction menuju patient experience merupakan perubahan paradigma, bukan sekadar perubahan istilah. Satisfaction tetap penting sebagai evaluasi umum, tetapi experience memberi informasi yang lebih kaya tentang proses nyata yang dialami pasien. Ia membantu rumah sakit memahami akses, komunikasi, koordinasi, dignity, keselamatan, lingkungan fisik, digital touchpoints, biaya, dan transisi.

Patient experience perlu dikelola sebagai sistem. PREMs menyediakan measurement; journey mapping menunjukkan titik friksi; co-design menghadirkan pasien dalam perancangan; governance memberi akuntabilitas; leadership membangun budaya; teknologi memperluas kemampuan mendengar; dan improvement science mengubah data menjadi tindakan. Ketika elemen ini terintegrasi, rumah sakit bergerak dari survei menuju organizational learning.

Dalam konteks Indonesia, agenda ini mempunyai potensi besar untuk memperkuat mutu dan kepercayaan publik. Transformasi sebaiknya kontekstual, inklusif, selaras regulasi, dan sensitif terhadap keragaman budaya serta akses. Rumah sakit tidak perlu menunggu sistem sempurna. Ia dapat mulai dari satu journey prioritas, satu domain komunikasi, satu dashboard yang lebih bermakna, dan satu mekanisme co-design yang sungguh-sungguh.

Paradigma baru dapat diringkas dalam satu prinsip: mutu bukan hanya apa yang rumah sakit lakukan, tetapi apa yang pasien alami. Rumah sakit unggul bukan yang sekadar memperoleh skor kepuasan tinggi, melainkan yang mampu menciptakan perjalanan pelayanan yang aman, manusiawi, terkoordinasi, transparan, adil, dan terus belajar dari suara pasien.

Lampiran Analitis A. Matriks Perbandingan Patient Satisfaction dan Patient Experience

Dimensi	Penjelasan
Fokus utama	Satisfaction menilai evaluasi atau tingkat kepuasan; experience menilai kejadian, proses, dan interaksi yang dialami.
Pengaruh ekspektasi	Sangat kuat pada satisfaction; lebih kecil pada pertanyaan experience yang behaviorally anchored.

Actionability	Satisfaction sering memberi sinyal umum; experience lebih mudah dihubungkan dengan proses spesifik.
Contoh pertanyaan	“Seberapa puas Anda?” versus “Apakah staf menjelaskan efek samping obat dengan cara yang Anda pahami?”
Peran dalam mutu	Keduanya berguna, tetapi experience lebih kuat sebagai input redesign dan quality improvement.
Risiko	Satisfaction rentan courtesy bias dan expectation bias; experience tetap rentan recall bias, sampling bias, dan response bias.

Matriks ini dapat disesuaikan dengan karakteristik rumah sakit, populasi pasien, dan tujuan pengukuran. Yang terpenting adalah menjaga keterhubungan antara indikator, proses yang dapat diperbaiki, dan mekanisme akuntabilitas.

Lampiran Analitis B. Contoh Domain PREM Rumah Sakit

Dimensi	Penjelasan
Akses	Kemudahan membuat janji, memperoleh informasi, dan mencapai layanan.
Komunikasi	Kemampuan dokter dan perawat mendengar, menjelaskan, dan menjawab pertanyaan.
Koordinasi	Konsistensi informasi dan kelancaran perpindahan antarunit/profesi.
Respect & dignity	Penghormatan terhadap privasi, pilihan, budaya, dan martabat pasien.
Responsiveness	Kecepatan respons terhadap nyeri, kebutuhan dasar, dan permintaan bantuan.
Discharge	Kejelasan obat, tanda bahaya, kontrol, dan kesiapan pasien/keluarga.
Digital experience	Usability, akses portal, telemedicine, notifikasi, dan keamanan.
Financial experience	Transparansi biaya, kemudahan administrasi, dan konseling finansial.

Matriks ini dapat disesuaikan dengan karakteristik rumah sakit, populasi pasien, dan tujuan pengukuran. Yang terpenting adalah menjaga keterhubungan antara indikator, proses yang dapat diperbaiki, dan mekanisme akuntabilitas.

Lampiran Analitis C. Contoh Dashboard Eksekutif Patient Experience

Dimensi	Penjelasan
Top-level PREM index	Skor komposit experience yang ditampilkan sebagai tren, bukan angka tunggal.
Communication index	Komunikasi dokter, perawat, dan konsistensi informasi.

Discharge readiness	Persentase pasien yang memahami obat, kontrol, dan warning signs.
Complaint closure	Median waktu penyelesaian dan persentase closed-loop response.
Journey friction	Total waiting, repeated forms, transfer delays, navigation issues.
Equity gap	Perbedaan experience antar kelompok pasien yang relevan.
Workforce linkage	Hubungan engagement/staffing dengan experience di unit.

Matriks ini dapat disesuaikan dengan karakteristik rumah sakit, populasi pasien, dan tujuan pengukuran. Yang terpenting adalah menjaga keterhubungan antara indikator, proses yang dapat diperbaiki, dan mekanisme akuntabilitas.

Lampiran Analitis D. Sepuluh Agenda Implementasi bagi Direksi Rumah Sakit

1. Menetapkan patient experience sebagai prioritas strategis. Direksi perlu menyatakan secara eksplisit bahwa pengalaman pasien adalah bagian mutu dan bukan hanya fungsi humas. Sasaran harus diturunkan ke unit klinis, operasi, digital, SDM, dan fasilitas. Pernyataan strategis perlu disertai resource, governance, dan indikator.

Dalam implementasi menetapkan patient experience sebagai prioritas strategis, rumah sakit perlu menetapkan baseline dan target yang realistis, menentukan owner, serta menghindari intervensi yang hanya bersifat kosmetik. Setiap agenda sebaiknya mempunyai ukuran proses, ukuran outcome, serta balancing measure agar perbaikan pada satu area tidak menciptakan masalah di area lain. Misalnya, mempercepat discharge tidak boleh meningkatkan readmission; mengurangi waktu konsultasi tidak boleh menurunkan pemahaman pasien; dan digitalisasi tidak boleh memperbesar kesenjangan akses. Prinsip ini memastikan bahwa patient experience tetap berada dalam kerangka balanced healthcare quality.

2. Membangun arsitektur listening yang berlapis. Tidak ada satu instrumen yang mampu menangkap seluruh pengalaman. Rumah sakit sebaiknya memadukan PREM terstandar, pulse survey, komplain, wawancara, rounding, narrative feedback, dan data perilaku. Kanal tersebut perlu dikonsolidasikan agar organisasi mempunyai view yang utuh.

Dalam implementasi membangun arsitektur listening yang berlapis, rumah sakit perlu menetapkan baseline dan target yang realistis, menentukan owner, serta menghindari intervensi yang hanya bersifat kosmetik. Setiap agenda sebaiknya mempunyai ukuran proses, ukuran outcome, serta balancing measure agar perbaikan pada satu area tidak menciptakan masalah di area lain. Misalnya, mempercepat discharge tidak boleh meningkatkan readmission; mengurangi waktu konsultasi tidak boleh menurunkan pemahaman pasien; dan digitalisasi tidak boleh memperbesar kesenjangan akses. Prinsip ini memastikan bahwa patient experience tetap berada dalam kerangka balanced healthcare quality.

3. Memilih journey prioritas. Alih-alih memperbaiki semua sekaligus, rumah sakit dapat memilih 2-3 journey dengan dampak tinggi seperti IGD, operasi elektif, maternitas, onkologi, atau discharge. Journey dipetakan end-to-end dan diukur dari perspektif pasien.

Dalam implementasi memilih journey prioritas, rumah sakit perlu menetapkan baseline dan target yang realistis, menentukan owner, serta menghindari intervensi yang hanya bersifat kosmetik. Setiap agenda

sebaiknya mempunyai ukuran proses, ukuran outcome, serta balancing measure agar perbaikan pada satu area tidak menciptakan masalah di area lain. Misalnya, mempercepat discharge tidak boleh meningkatkan readmission; mengurangi waktu konsultasi tidak boleh menurunkan pemahaman pasien; dan digitalisasi tidak boleh memperbesar kesenjangan akses. Prinsip ini memastikan bahwa patient experience tetap berada dalam kerangka balanced healthcare quality.

4. Menghubungkan experience dengan safety dan outcome. Data tidak boleh hidup sendiri. Komunikasi dapat dihubungkan dengan medication error, discharge readiness dengan readmission, waiting dengan left-without-being-seen, dan staffing dengan responsiveness.

Dalam implementasi menghubungkan experience dengan safety dan outcome, rumah sakit perlu menetapkan baseline dan target yang realistis, menentukan owner, serta menghindari intervensi yang hanya bersifat kosmetik. Setiap agenda sebaiknya mempunyai ukuran proses, ukuran outcome, serta balancing measure agar perbaikan pada satu area tidak menciptakan masalah di area lain. Misalnya, mempercepat discharge tidak boleh meningkatkan readmission; mengurangi waktu konsultasi tidak boleh menurunkan pemahaman pasien; dan digitalisasi tidak boleh memperbesar kesenjangan akses. Prinsip ini memastikan bahwa patient experience tetap berada dalam kerangka balanced healthcare quality.

5. Memperkuat budaya komunikasi. Komunikasi perlu menjadi kompetensi klinis inti. Simulation, teach-back, shared decision-making, bedside handover, dan coaching perlu dilembagakan.

Dalam implementasi memperkuat budaya komunikasi, rumah sakit perlu menetapkan baseline dan target yang realistis, menentukan owner, serta menghindari intervensi yang hanya bersifat kosmetik. Setiap agenda sebaiknya mempunyai ukuran proses, ukuran outcome, serta balancing measure agar perbaikan pada satu area tidak menciptakan masalah di area lain. Misalnya, mempercepat discharge tidak boleh meningkatkan readmission; mengurangi waktu konsultasi tidak boleh menurunkan pemahaman pasien; dan digitalisasi tidak boleh memperbesar kesenjangan akses. Prinsip ini memastikan bahwa patient experience tetap berada dalam kerangka balanced healthcare quality.

6. Membangun co-design. Pasien dan keluarga perlu dilibatkan dalam redesign materi edukasi, proses appointment, fasilitas, aplikasi, dan journey. Keterlibatan harus representatif dan tidak tokenistik.

Dalam implementasi membangun co-design, rumah sakit perlu menetapkan baseline dan target yang realistis, menentukan owner, serta menghindari intervensi yang hanya bersifat kosmetik. Setiap agenda sebaiknya mempunyai ukuran proses, ukuran outcome, serta balancing measure agar perbaikan pada satu area tidak menciptakan masalah di area lain. Misalnya, mempercepat discharge tidak boleh meningkatkan readmission; mengurangi waktu konsultasi tidak boleh menurunkan pemahaman pasien; dan digitalisasi tidak boleh memperbesar kesenjangan akses. Prinsip ini memastikan bahwa patient experience tetap berada dalam kerangka balanced healthcare quality.

7. Mendesain digital experience secara inklusif. Digital front door harus sederhana, accessible, dan terintegrasi. Kanal manusia harus tetap tersedia untuk pasien yang membutuhkan.

Dalam implementasi mendesain digital experience secara inklusif, rumah sakit perlu menetapkan baseline dan target yang realistis, menentukan owner, serta menghindari intervensi yang hanya bersifat kosmetik. Setiap agenda sebaiknya mempunyai ukuran proses, ukuran outcome, serta balancing measure agar perbaikan pada satu area tidak menciptakan masalah di area lain. Misalnya, mempercepat discharge tidak boleh meningkatkan readmission; mengurangi waktu konsultasi tidak boleh menurunkan pemahaman pasien; dan digitalisasi tidak boleh memperbesar kesenjangan akses. Prinsip ini memastikan bahwa patient experience tetap berada dalam kerangka balanced healthcare quality.

8. Mengelola experience sebagai data governance issue. Rumah sakit perlu menetapkan definisi, ownership, quality checks, privacy, retention, dan access rules untuk data experience. NLP atau AI harus diawasi dan divalidasi.

Dalam implementasi mengelola experience sebagai data governance issue, rumah sakit perlu menetapkan baseline dan target yang realistis, menentukan owner, serta menghindari intervensi yang hanya bersifat kosmetik. Setiap agenda sebaiknya mempunyai ukuran proses, ukuran outcome, serta balancing measure agar perbaikan pada satu area tidak menciptakan masalah di area lain. Misalnya, mempercepat discharge tidak boleh meningkatkan readmission; mengurangi waktu konsultasi tidak boleh menurunkan pemahaman pasien; dan digitalisasi tidak boleh memperbesar kesenjangan akses. Prinsip ini memastikan bahwa patient experience tetap berada dalam kerangka balanced healthcare quality.

9. Mengembangkan leader accountability. Pimpinan unit harus membaca data experience secara rutin dan menunjukkan tindakan. Board perlu memperoleh ringkasan yang menggabungkan angka dan cerita pasien.

Dalam implementasi mengembangkan leader accountability, rumah sakit perlu menetapkan baseline dan target yang realistis, menentukan owner, serta menghindari intervensi yang hanya bersifat kosmetik. Setiap agenda sebaiknya mempunyai ukuran proses, ukuran outcome, serta balancing measure agar perbaikan pada satu area tidak menciptakan masalah di area lain. Misalnya, mempercepat discharge tidak boleh meningkatkan readmission; mengurangi waktu konsultasi tidak boleh menurunkan pemahaman pasien; dan digitalisasi tidak boleh memperbesar kesenjangan akses. Prinsip ini memastikan bahwa patient experience tetap berada dalam kerangka balanced healthcare quality.

10. Menjadi learning system. Tujuan akhir bukan score improvement semata, tetapi kemampuan organisasi belajar lebih cepat. Setiap feedback harus mempunyai jalur menuju sense-making, eksperimen, implementasi, dan evaluasi.

Dalam implementasi menjadi learning system, rumah sakit perlu menetapkan baseline dan target yang realistis, menentukan owner, serta menghindari intervensi yang hanya bersifat kosmetik. Setiap agenda sebaiknya mempunyai ukuran proses, ukuran outcome, serta balancing measure agar perbaikan pada satu area tidak menciptakan masalah di area lain. Misalnya, mempercepat discharge tidak boleh meningkatkan readmission; mengurangi waktu konsultasi tidak boleh menurunkan pemahaman pasien; dan digitalisasi tidak boleh memperbesar kesenjangan akses. Prinsip ini memastikan bahwa patient experience tetap berada dalam kerangka balanced healthcare quality.

Lampiran Analitis E. Dua Belas Prinsip Operasional Patient Experience Excellence

1. Listen continuously. Rumah sakit perlu mendengarkan pasien secara berkelanjutan, bukan hanya pada akhir tahun. Pulse survey, rounding, komplain, free text, dan wawancara perlu membentuk listening architecture yang saling melengkapi.

Prinsip listen continuously harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu

harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

2. Measure what matters. Indikator harus merepresentasikan hal yang bermakna bagi pasien dan dapat diperbaiki oleh organisasi. Skor yang mudah dikumpulkan tetapi tidak actionable sebaiknya tidak mendominasi dashboard.

Prinsip measure what matters harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

3. Design end-to-end. Perbaikan harus mengikuti journey lintas unit. Local optimization yang membuat satu unit cepat tetapi memindahkan antrean ke unit berikutnya tidak dapat disebut perbaikan pengalaman.

Prinsip design end-to-end harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

4. Communicate uncertainty. Rumah sakit tidak selalu dapat memberi kepastian klinis atau waktu yang presisi, tetapi dapat mengomunikasikan ketidakpastian dengan jujur dan memberi update reguler.

Prinsip communicate uncertainty harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

5. Make safety visible. Pasien perlu memahami identifikasi, obat, prosedur, discharge, dan jalur eskalasi. Keselamatan yang terlihat membangun trust tanpa menimbulkan ketakutan.

Prinsip make safety visible harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

6. Reduce administrative burden. Setiap formulir, tanda tangan, antrean, dan pengulangan data perlu diuji nilai tambahnya. Beban administratif pasien adalah bentuk waste yang nyata.

Prinsip reduce administrative burden harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas,

prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

7. Support caregivers. Keluarga dan caregiver perlu memperoleh informasi, akses, dan dukungan yang proporsional dengan peran mereka, terutama pada pasien kompleks.

Prinsip support caregivers harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

8. Protect dignity. Privasi, bahasa, budaya, disabilitas, dan kerentanan harus masuk ke standard work, bukan diserahkan pada sensitivitas individual semata.

Prinsip protect dignity harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

9. Empower frontline staff. Staf garis depan perlu diberi kewenangan melakukan service recovery kecil dengan cepat dan mempunyai jalur eskalasi yang jelas untuk masalah besar.

Prinsip empower frontline staff harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu

harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

10. Link staff and patient experience. Data engagement, staffing, turnover, workload, dan psychological safety perlu dianalisis bersama patient experience agar akar masalah sistem dapat terlihat.

Prinsip link staff and patient experience harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

11. Use technology with purpose. Teknologi harus mengurangi friksi, meningkatkan akses, atau memberi waktu kembali kepada tenaga kesehatan. Fitur yang tidak menyelesaikan masalah pasien tidak layak disebut inovasi.

Prinsip use technology with purpose harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

12. Close the learning loop. Feedback harus berakhir pada perubahan yang terlihat. Pasien dan staf perlu mengetahui bahwa suara mereka menghasilkan keputusan, eksperimen, atau redesign.

Prinsip close the learning loop harus diterjemahkan ke standar operasional dan praktik kepemimpinan. Direksi dapat meminta setiap unit menjelaskan bagaimana prinsip ini tampak dalam journey pasien, siapa pemilik prosesnya, indikator apa yang digunakan, dan bagaimana variasi ditangani. Dengan pendekatan tersebut, patient experience tidak bergantung pada heroisme individu. Kualitas menjadi karakteristik sistem yang dirancang. Evaluasi juga perlu menggunakan balancing measure: perubahan yang mempercepat layanan tidak boleh mengurangi keselamatan; teknologi yang meningkatkan efisiensi tidak boleh mengurangi akses kelompok tertentu; dan target experience tidak boleh mendorong perilaku gaming. Setiap prinsip karena itu harus dibaca dalam kerangka mutu yang seimbang antara experience, safety, effectiveness, equity, workforce well-being, dan sustainability. Pada tingkat operasional, leader dapat melakukan monthly review singkat dengan satu data kuantitatif, satu cerita pasien, satu masalah proses, dan satu tindakan perbaikan. Ritme sederhana tetapi konsisten seperti ini lebih bernilai daripada laporan besar yang tidak menghasilkan tindakan. Pada tingkat strategis, tren lintas unit dapat digunakan untuk menentukan investasi, redesign fasilitas, prioritas digital, serta agenda pengembangan kompetensi. Patient experience excellence akhirnya bukan program yang berdiri sendiri, melainkan cara organisasi memilih, menjalankan, dan mengevaluasi keputusan.

Glossarium

Istilah	Definisi
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems; keluarga survei standar untuk mengukur pengalaman pasien.
Co-design	Metode perancangan layanan yang melibatkan pasien, keluarga, dan staf sebagai mitra.
Digital Front Door	Titik masuk digital pasien ke layanan, seperti website, aplikasi, portal, atau chatbot.
Experience-Based Co-Design	Pendekatan redesign yang menggunakan pengalaman dan emotional touchpoints pasien/staf.
HCAHPS	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems; survei terstandar pengalaman pasien rawat inap.
Human-Centered Care	Pelayanan yang mempertimbangkan kebutuhan manusia pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.
Patient Experience	Rangkaian interaksi dan kejadian yang dialami pasien dalam berhubungan dengan sistem kesehatan.
Patient Journey	Perjalanan end-to-end pasien sebelum, selama, dan setelah menerima pelayanan.
Patient Satisfaction	Evaluasi pasien mengenai sejauh mana pelayanan memenuhi atau melampaui harapan.
Patient-Centered Care	Pelayanan yang menghormati preferensi, nilai, kebutuhan, dan tujuan pasien.
PREMs	Patient-Reported Experience Measures; instrumen yang melaporkan pengalaman pelayanan dari perspektif pasien.
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures; instrumen yang mengukur outcome kesehatan dari laporan pasien.

Service Recovery	Tindakan untuk merespons kegagalan pelayanan, memulihkan kepercayaan, dan mencegah pengulangan.
Shared Decision-Making	Proses keputusan bersama antara pasien dan klinisi dengan menggabungkan evidence dan preferensi pasien.
Teach-back	Teknik memastikan pemahaman dengan meminta pasien menjelaskan kembali informasi menggunakan kata-katanya sendiri.
Touchpoint	Titik interaksi antara pasien dan rumah sakit sepanjang journey.
Wayfinding	Sistem membantu orang memahami orientasi dan menemukan lokasi dalam fasilitas.

Daftar Pustaka

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2026). What is patient experience? CAHPS. AHRQ.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2026). CAHPS patient experience surveys and guidance. AHRQ.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2025). HCAHPS: Patients' perspectives of care survey. CMS.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2026). Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems (CAHPS). CMS.
- Davidson, K. W., Shaffer, J., Ye, S., Falzon, L., Emeruwa, I. O., Sundquist, K., Inneh, I. A., Mosovich, S. A., & Mascitelli, S. L. (2017). Interventions to improve hospital patient satisfaction with healthcare providers and systems: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 596-606. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004758>
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Gleeson, H., Calderon, A., Swami, V., Deighton, J., Wolpert, M., & Edbrooke-Childs, J. (2016). Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open*, 6(8), e011907. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011907>
- Manary, M. P., Boulding, W., Staelin, R., & Glickman, S. W. (2013). The patient experience and health outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368(3), 201-203. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1211775>
- Oben, P. (2021). Understanding the patient experience: A conceptual framework. *Journal of Patient Experience*, 8, 23743735211013752. <https://doi.org/10.1177/23743735211013752>
- Bull, C., Byrnes, J., Hettiarachchi, R., & Downes, M. (2019). A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Services Research*, 54(5), 1023-1035. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13187>
- Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Republik Indonesia. (2024). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.