

Patient-Reported Experience Measures (PREMs) dalam Evaluasi Mutu Pelayanan

Oleh

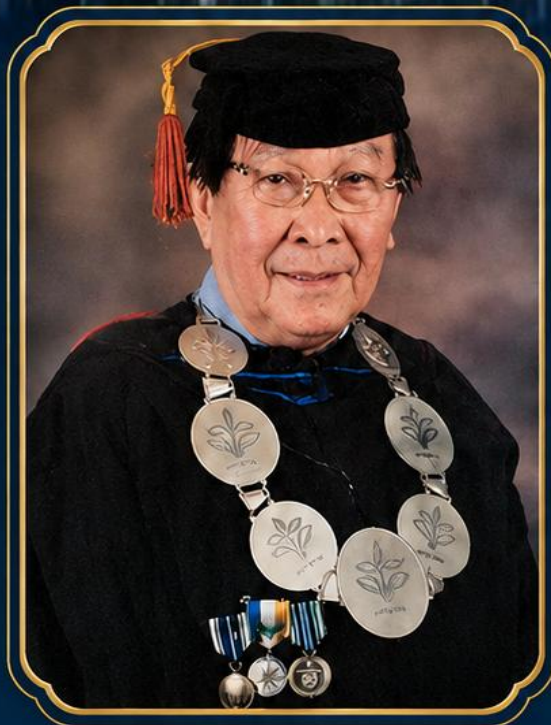
Prof Ir Rudy C Tarumingkeng, PhD

www.rudyclt.com/cv.pdf

Institut Bisnis dan Multimedia (IBM ASMI)

Patient-Reported Experience Measures (PREMs) dalam Evaluasi Mutu Pelayanan

Mengukur pengalaman pasien untuk meningkatkan mutu, keselamatan, empati, dan keberlanjutan layanan kesehatan.



Berbasis Pasien
Mengangkat suara pasien sebagai pusat evaluasi.



Terukur & Relevan
Data pengalaman nyata untuk keputusan bermakna.



Berorientasi Perbaikan
Mendorong inovasi dan pembelajaran berkelanjutan.



Berdaya Saing & Berkelanjutan
Membangun kepercayaan dan loyalitas pasien.



PREMs =
pengalaman pasien terhadap proses layanan



Mutu Pelayanan =
hasil perbaikan berbasis suara pasien



Oleh: Prof Ir Rudy C Tarumingkeng, PhD

www.rudyc.com/cv.pdf

IBM-ASMI

(Institut Bisnis dan Multimedia)



“

Suara pasien bukan sekadar umpan balik, melainkan fondasi pembelajaran mutu rumah sakit.

”

Abstrak

Patient-Reported Experience Measures (PREMs) merupakan instrumen terstruktur untuk menangkap pengalaman pasien terhadap proses dan interaksi dalam pelayanan kesehatan dari perspektif pasien sendiri. Berbeda dari patient satisfaction yang banyak dipengaruhi oleh ekspektasi, dan berbeda pula dari Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) yang berfokus pada status kesehatan atau hasil klinis yang dilaporkan pasien, PREMs menilai apa yang terjadi sepanjang perjalanan pelayanan: akses, komunikasi, penghormatan, keterlibatan dalam keputusan, koordinasi, lingkungan layanan, keselamatan yang dirasakan, transisi, dan kontinuitas perawatan. Artikel ini membahas landasan konseptual, evolusi, domain pengukuran, psikometri, pengembangan dan adaptasi instrumen, sampling, metode pengumpulan, analisis skor, case-mix adjustment, integrasi PREMs dengan indikator mutu dan keselamatan pasien, serta penggunaannya dalam patient journey, service design, akreditasi, governance, dan manajemen SDM. Artikel juga membahas digital PREMs, analisis komentar bebas dengan natural language processing dan artificial intelligence, risiko bias, privasi, health equity, dan model kematangan implementasi. Dalam konteks Indonesia, PREMs diposisikan sebagai pelengkap penting bagi indikator mutu nasional dan sistem peningkatan mutu rumah sakit, bukan sebagai pengganti indikator klinis. Argumen utama artikel ini adalah bahwa nilai PREMs tidak terletak pada banyaknya survei yang dikumpulkan, melainkan pada kemampuan organisasi membangun closed-loop improvement: mendengar pasien, menginterpretasi data secara valid, menetapkan prioritas, melakukan intervensi, mengukur ulang, dan mempertanggungjawabkan perubahan. Dengan governance yang baik, PREMs dapat menjadi infrastruktur pembelajaran organisasi menuju rumah sakit yang aman, bermutu, adil, human-centered, dan berkelanjutan.

Kata Kunci: Patient-Reported Experience Measures; PREMs; patient experience; patient satisfaction; PROMs; mutu pelayanan; patient-centered care; CAHPS; keselamatan pasien; patient journey; digital health; quality improvement.

Ringkasan Konseptual

Konsep	Pertanyaan Utama	Fokus	Contoh
PREMs	Apa yang dialami pasien dalam proses pelayanan?	Pengalaman/interaksi	Apakah dokter menjelaskan dengan mudah dipahami?
Patient Satisfaction	Seberapa puas pasien?	Evaluasi global dipengaruhi ekspektasi	Seberapa puas Anda terhadap layanan?
PROMs	Bagaimana kondisi kesehatan menurut pasien?	Outcome/gejala/fungsi/kualitas hidup	Apakah nyeri atau fungsi membaik?
Clinical indicators	Bagaimana performa klinis terukur?	Outcome/proses klinis	Infeksi, mortalitas, readmission, kepatuhan bundle

1. Pendahuluan: Mengapa Suara Pasien Menjadi Ukuran Mutu

Bagian ini menempatkan pendahuluan: mengapa suara pasien menjadi ukuran mutu sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Pendahuluan: Mengapa Suara Pasien Menjadi Ukuran Mutu, suara pasien sebagai sumber informasi mutu perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Perubahan menuju pelayanan berpusat pada manusia membuat pengalaman pasien menjadi sumber data yang melengkapi indikator struktur, proses, dan outcome. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, suara pasien sebagai sumber informasi mutu menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Perubahan menuju pelayanan berpusat pada manusia membuat pengalaman pasien menjadi sumber data yang melengkapi indikator struktur, proses, dan outcome. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, keterbatasan indikator konvensional memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Angka mortalitas, infeksi, waktu tunggu, dan biaya tetap penting, tetapi tidak sepenuhnya menjelaskan apakah pasien merasa dihormati, dipahami, dan dilibatkan. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, pergeseran dari kepuasan menuju pengalaman menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Konsep pengalaman pasien menilai kejadian dan interaksi yang benar-benar dialami, bukan hanya perasaan puas atau tidak puas. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari PREMs sebagai infrastruktur pembelajaran adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. PREMs memberi bahasa terstruktur untuk mengubah pengalaman subjektif menjadi informasi yang dapat dianalisis dan ditindaklanjuti. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien.

Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

2. Evolusi Konsep Mutu dan Patient-Centered Care

Bagian ini menempatkan evolusi konsep mutu dan patient-centered care sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Evolusi Konsep Mutu dan Patient-Centered Care, mutu multidimensional perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Mutu modern memadukan efektivitas klinis, keselamatan, ketepatan waktu, efisiensi, keadilan, dan orientasi pada pasien. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, mutu multidimensional menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Mutu modern memadukan efektivitas klinis, keselamatan, ketepatan waktu, efisiensi, keadilan, dan orientasi pada pasien. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, patient-centered care memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Pelayanan berpusat pada pasien menuntut penghormatan terhadap nilai, preferensi, kebutuhan informasi, dan konteks kehidupan pasien. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, people-centred health systems menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Pendekatan sistem memperluas fokus dari encounter klinis menuju kontinuitas lintas fasilitas dan lintas episode perawatan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari pengalaman sebagai dimensi tata kelola adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Board dan manajemen perlu memperlakukan pengalaman pasien sebagai indikator strategis, bukan semata urusan front office. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

3. Definisi PREMs dan Batas Konseptualnya

Bagian ini menempatkan definisi prems dan batas konseptualnya sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Definisi PREMs dan Batas Konseptualnya, Patient-Reported Experience Measures perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. AHRQ menjelaskan PREMs sebagai pengukuran yang berfokus pada pengalaman pasien terhadap layanan, termasuk komunikasi, respek, akses, dan koordinasi. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, Patient-Reported Experience Measures menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. AHRQ menjelaskan PREMs sebagai pengukuran yang berfokus pada pengalaman pasien terhadap layanan, termasuk komunikasi, respek, akses, dan koordinasi. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, kejadian konkret versus penilaian global memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Pertanyaan berbasis kejadian cenderung lebih diagnostik bagi perbaikan proses daripada pertanyaan kepuasan umum. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, pengukuran dari perspektif pasien menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. PREMs mengakui bahwa pasien memiliki pengetahuan unik tentang komunikasi, koordinasi, akses, dan pengalaman yang tidak dapat sepenuhnya dinilai oleh klinisi. Satu interaksi yang

buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari fungsi evaluatif dan perbaikan adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Data dapat digunakan untuk benchmarking, evaluasi internal, akuntabilitas, dan desain intervensi peningkatan mutu. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

4. PREMs, Patient Satisfaction, dan PROMs: Apa Bedanya?

Bagian ini menempatkan prems, patient satisfaction, dan proms: apa bedanya? sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka PREMs, Patient Satisfaction, dan PROMs: Apa Bedanya?, patient satisfaction perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Kepuasan dipengaruhi oleh ekspektasi, preferensi, dan standar pembandingan personal, sehingga dua pasien dengan pengalaman serupa dapat memberi skor berbeda. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, patient satisfaction menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Kepuasan dipengaruhi oleh ekspektasi, preferensi, dan standar pembandingan personal, sehingga dua pasien dengan pengalaman serupa dapat memberi skor berbeda. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, patient experience memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Pengalaman berfokus pada apa yang terjadi selama perjalanan pasien dan apakah proses berlangsung sebagaimana seharusnya. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar

meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, PROMs menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. PROMs menilai status kesehatan, fungsi, gejala, atau kualitas hidup yang dilaporkan langsung pasien; fokusnya adalah outcome, bukan pengalaman pelayanan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari komplementaritas PREMs dan PROMs adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. AHRQ menekankan bahwa pengalaman dan outcome yang dilaporkan pasien saling melengkapi untuk memperkuat patient-centered care. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

5. Domain Utama yang Diukur oleh PREMs

Bagian ini menempatkan domain utama yang diukur oleh prems sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Domain Utama yang Diukur oleh PREMs, komunikasi klinis perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Kejelasan penjelasan, kemampuan mendengar, respek, dan kesempatan bertanya merupakan domain yang berulang dalam instrumen pengalaman pasien. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, komunikasi klinis menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Kejelasan penjelasan, kemampuan mendengar, respek, dan kesempatan bertanya merupakan domain yang berulang dalam instrumen pengalaman pasien. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut

kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, akses dan ketepatan waktu memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Pengalaman sebelum bertemu klinisi—mendapat jadwal, informasi, navigasi, dan respons atas pertanyaan—mempengaruhi penilaian keseluruhan. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, koordinasi dan kontinuitas menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Pasien menilai apakah informasi bergerak bersama mereka ketika berpindah dokter, unit, atau tingkat pelayanan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari lingkungan dan kenyamanan adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Kebersihan, privasi, kebisingan, orientasi ruang, dan rasa aman membentuk pengalaman yang tidak selalu tercermin dalam outcome klinis. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

Dalam konteks rumah sakit Indonesia, keterlibatan dalam keputusan juga harus dibaca melalui realitas heterogenitas pasien, sistem rujukan, pembiayaan, kapasitas digital, dan budaya komunikasi. Shared decision-making tercermin ketika pasien merasa nilai dan preferensinya sungguh dipertimbangkan. Instrumen yang diadopsi dari negara lain tidak otomatis valid bila diterjemahkan secara literal. Adaptasi memerlukan proses linguistik dan budaya, uji kognitif, penilaian keterbacaan, serta validasi pada kelompok yang relevan. Rumah sakit di kota besar mungkin mampu menggunakan survei digital real-time, sedangkan fasilitas dengan populasi lanjut usia atau keterbatasan konektivitas memerlukan pilihan multimoda. Kesetaraan dalam pengumpulan data harus menjadi prinsip, agar suara pasien yang paling rentan tidak justru paling sedikit tercatat.

6. CAHPS, HCAHPS, dan Keluarga Instrumen Pengalaman Pasien

Bagian ini menempatkan cahps, hcahps, dan keluarga instrumen pengalaman pasien sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka CAHPS, HCAHPS, dan Keluarga Instrumen Pengalaman Pasien, CAHPS sebagai keluarga instrumen perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Program CAHPS AHRQ menggunakan survei terstandar untuk menilai pengalaman pasien pada berbagai setting dan memungkinkan perbandingan lintas unit serta waktu. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, CAHPS sebagai keluarga instrumen menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Program CAHPS AHRQ menggunakan survei terstandar untuk menilai pengalaman pasien pada berbagai setting dan memungkinkan perbandingan lintas unit serta waktu. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, composite, single-item, dan rating measures memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. AHRQ membedakan ukuran komposit, item tunggal, dan rating global; masing-masing memiliki kegunaan interpretatif yang berbeda. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, standardisasi menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Item inti menjaga komparabilitas, sedangkan item tambahan dapat dipakai untuk kebutuhan lokal selama tidak merusak inti pengukuran. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari pelajaran bagi rumah sakit Indonesia adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Model CAHPS menunjukkan pentingnya governance instrumen, dokumentasi, analisis yang konsisten, dan penggunaan hasil untuk perbaikan. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien.

Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

7. Psikometri PREMs: Validitas, Reliabilitas, dan Responsivitas

Bagian ini menempatkan psikometri prems: validitas, reliabilitas, dan responsivitas sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Psikometri PREMs: Validitas, Reliabilitas, dan Responsivitas, validitas isi perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Instrumen harus mencakup aspek pengalaman yang benar-benar penting bagi pasien dan relevan bagi konteks pelayanan. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, validitas isi menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Instrumen harus mencakup aspek pengalaman yang benar-benar penting bagi pasien dan relevan bagi konteks pelayanan. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, validitas konstruk memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Analisis faktor dan pengujian hipotesis membantu memastikan bahwa item mengukur konstruk yang dimaksud. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, reliabilitas menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Konsistensi internal dan stabilitas pengukuran perlu dinilai, tetapi reliabilitas tinggi tidak otomatis berarti instrumen valid atau berguna. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari responsivitas adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Instrumen ideal mampu mendeteksi perubahan yang bermakna setelah intervensi perbaikan. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

Dalam konteks rumah sakit Indonesia, temuan systematic review juga harus dibaca melalui realitas heterogenitas pasien, sistem rujukan, pembiayaan, kapasitas digital, dan budaya komunikasi. Bull dan kolega menemukan puluhan PREMs dengan kualitas pengujian psikometrik yang bervariasi, sehingga pemilihan instrumen harus berbasis bukti. Instrumen yang diadopsi dari negara lain tidak otomatis valid bila diterjemahkan secara literal. Adaptasi memerlukan proses linguistik dan budaya, uji kognitif, penilaian keterbacaan, serta validasi pada kelompok yang relevan. Rumah sakit di kota besar mungkin mampu menggunakan survei digital real-time, sedangkan fasilitas dengan populasi lanjut usia atau keterbatasan konektivitas memerlukan pilihan multimoda. Kesetaraan dalam pengumpulan data harus menjadi prinsip, agar suara pasien yang paling rentan tidak justru paling sedikit tercatat.

8. Pengembangan dan Adaptasi Instrumen PREMs

Bagian ini menempatkan pengembangan dan adaptasi instrumen prems sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Pengembangan dan Adaptasi Instrumen PREMs, co-design dengan pasien perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Wawancara, focus group, dan uji kognitif dapat membantu memastikan bahasa item sesuai dengan pengalaman nyata pasien. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, co-design dengan pasien menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Wawancara, focus group, dan uji kognitif dapat membantu memastikan bahasa item sesuai dengan pengalaman nyata pasien. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, terjemahan dan adaptasi budaya memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Terjemahan perlu mempertahankan makna konstruk, bukan sekadar kesetaraan kata. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya

apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, pilot testing menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Uji coba awal menilai keterbacaan, waktu pengisian, missing responses, distribusi jawaban, dan potensi ceiling effect. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari governance perubahan instrumen adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Perubahan item harus dikendalikan agar tren longitudinal dan benchmarking tetap dapat dipertahankan. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

9. Sampling, Waktu Pengukuran, dan Mode Pengumpulan Data

Bagian ini menempatkan sampling, waktu pengukuran, dan mode pengumpulan data sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Sampling, Waktu Pengukuran, dan Mode Pengumpulan Data, representativitas sampel perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Pasien yang merespons survei tidak selalu mewakili seluruh populasi; bias nonresponse perlu diperhatikan. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, representativitas sampel menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Pasien yang merespons survei tidak selalu mewakili seluruh populasi; bias nonresponse perlu diperhatikan. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi.

Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, timing memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Survei terlalu cepat dapat dipengaruhi kondisi akut, sedangkan terlalu lambat meningkatkan recall bias. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, multimode collection menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. SMS, aplikasi, email, telepon, kertas, dan wawancara dapat dikombinasikan untuk meningkatkan akses. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari response burden adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Instrumen yang terlalu panjang menurunkan partisipasi dan kualitas jawaban, sehingga prinsip minimum sufficient data penting. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

10. Analisis Skor dan Interpretasi Hasil PREMs

Bagian ini menempatkan analisis skor dan interpretasi hasil prems sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Analisis Skor dan Interpretasi Hasil PREMs, skor item dan komposit perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Skor harus dibangun sesuai struktur psikometrik instrumen dan dilaporkan dengan definisi denominator yang jelas. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, skor item dan komposit menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Skor harus dibangun sesuai struktur psikometrik instrumen dan dilaporkan dengan definisi denominator yang jelas. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam

desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, case-mix adjustment memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Perbandingan antarrumah sakit perlu mempertimbangkan karakteristik pasien yang dapat memengaruhi respons tanpa menjadi bagian dari kualitas pelayanan. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, confidence interval dan ketidakpastian menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Perbedaan skor kecil tidak boleh langsung ditafsirkan sebagai perbedaan kinerja bila ketidakpastian statistik besar. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari segmentasi adalah perlunya mekanisme **closed-loop improvement**. Analisis menurut unit, kelompok umur, jenis pembiayaan, diagnosis, bahasa, dan karakteristik kerentanan dapat mengungkap inequity yang tersembunyi. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

Dalam konteks rumah sakit Indonesia, trend analysis juga harus dibaca melalui realitas heterogenitas pasien, sistem rujukan, pembiayaan, kapasitas digital, dan budaya komunikasi. Perubahan dari waktu ke waktu lebih bermakna bila metode sampling dan administrasi stabil. Instrumen yang diadopsi dari negara lain tidak otomatis valid bila diterjemahkan secara literal. Adaptasi memerlukan proses linguistik dan budaya, uji kognitif, penilaian keterbacaan, serta validasi pada kelompok yang relevan. Rumah sakit di kota besar mungkin mampu menggunakan survei digital real-time, sedangkan fasilitas dengan populasi lanjut usia atau keterbatasan konektivitas memerlukan pilihan multimoda. Kesetaraan dalam pengumpulan data harus menjadi prinsip, agar suara pasien yang paling rentan tidak justru paling sedikit tercatat.

11. Dari Dashboard ke Keputusan: Closed-Loop Improvement

Bagian ini menempatkan dari dashboard ke keputusan: closed-loop improvement sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan

disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Dari Dashboard ke Keputusan: Closed-Loop Improvement, dashboard pengalaman pasien perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Visualisasi harus memfasilitasi tindakan, bukan sekadar menampilkan banyak grafik. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, dashboard pengalaman pasien menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Visualisasi harus memfasilitasi tindakan, bukan sekadar menampilkan banyak grafik. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, prioritas memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Tim perlu memilih beberapa masalah dengan dampak tinggi, frekuensi besar, dan kemampuan intervensi yang realistis. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, PDSA dan eksperimen perubahan menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Perbaikan kecil yang diuji berulang dapat menghasilkan pembelajaran lebih cepat daripada proyek besar tanpa umpan balik. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari feedback to staff adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Data akan lebih efektif bila tenaga kesehatan memahami konteks, menerima contoh naratif, dan terlibat dalam solusi. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

Dalam konteks rumah sakit Indonesia, feedback to patients juga harus dibaca melalui realitas heterogenitas pasien, sistem rujukan, pembiayaan, kapasitas digital, dan budaya komunikasi. Rumah sakit perlu menunjukkan bahwa suara pasien benar-benar menghasilkan perubahan agar kepercayaan terhadap survei terjaga. Instrumen yang diadopsi dari negara lain tidak otomatis valid bila diterjemahkan secara literal. Adaptasi memerlukan proses linguistik dan budaya, uji kognitif, penilaian keterbacaan, serta validasi pada kelompok yang relevan. Rumah sakit di kota besar mungkin mampu menggunakan survei digital real-time, sedangkan fasilitas dengan populasi lanjut usia atau keterbatasan konektivitas memerlukan pilihan multimoda. Kesetaraan dalam pengumpulan data harus menjadi prinsip, agar suara pasien yang paling rentan tidak justru paling sedikit tercatat.

12. PREMs, Keselamatan Pasien, dan Mutu Klinis

Bagian ini menempatkan prems, keselamatan pasien, dan mutu klinis sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka PREMs, Keselamatan Pasien, dan Mutu Klinis, pengalaman sebagai sinyal keselamatan perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Pasien dapat mengamati kegagalan komunikasi, koordinasi, identifikasi, atau informasi obat yang belum tentu tertangkap sistem insiden. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, pengalaman sebagai sinyal keselamatan menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Pasien dapat mengamati kegagalan komunikasi, koordinasi, identifikasi, atau informasi obat yang belum tentu tertangkap sistem insiden. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, komplementaritas data memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. PREMs, incident reporting, audit klinis, indikator outcome, dan keluhan perlu dianalisis bersama. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, communication-sensitive safety menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Kesalahan komunikasi dapat menjadi titik temu antara pengalaman buruk dan risiko keselamatan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur,

atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari trust and disclosure adalah perlunya mekanisme **closed-loop improvement**. Respons organisasi yang transparan terhadap kejadian tidak diinginkan memengaruhi kepercayaan dan pengalaman pasien. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

13. PREMs dalam Patient Journey dan Service Design

Bagian ini menempatkan prems dalam patient journey dan service design sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka PREMs dalam Patient Journey dan Service Design, pemetaan journey perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. PREMs dapat dihubungkan dengan fase sebelum, selama, dan sesudah perawatan untuk mengidentifikasi titik friksi. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, pemetaan journey menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. PREMs dapat dihubungkan dengan fase sebelum, selama, dan sesudah perawatan untuk mengidentifikasi titik friksi. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, moments that matter memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Tidak semua touchpoint memiliki bobot emosional yang sama; beberapa momen menentukan kepercayaan pasien secara tidak proporsional. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain

instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, service blueprint menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Menghubungkan pengalaman frontstage dengan proses backstage membantu organisasi menemukan akar masalah operasional. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari co-production adalah perlunya mekanisme **closed-loop improvement**. Pasien dapat dilibatkan dalam prototyping solusi, bukan hanya memberi skor setelah layanan selesai. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

14. Digital PREMs dan Real-Time Experience Measurement

Bagian ini menempatkan digital prems dan real-time experience measurement sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Digital PREMs dan Real-Time Experience Measurement, digital survey perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Pengumpulan digital memungkinkan respons lebih cepat dan integrasi langsung dengan dashboard. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, digital survey menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Pengumpulan digital memungkinkan respons lebih cepat dan integrasi langsung dengan dashboard. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, real-time feedback memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Umpan balik mendekati waktu kejadian memungkinkan service recovery sebelum hubungan pasien dengan rumah sakit berakhir. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, interoperabilitas menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. PREMs sebaiknya terhubung dengan data episode pelayanan melalui identitas dan metadata yang aman. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari digital divide adalah perlunya mekanisme **closed-loop improvement**. Kanal digital tidak boleh menghilangkan suara pasien lanjut usia, disabilitas, atau berliterasi digital rendah. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

15. AI, NLP, dan Analisis Komentar Bebas

Bagian ini menempatkan ai, nlp, dan analisis komentar bebas sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka AI, NLP, dan Analisis Komentar Bebas, komentar naratif perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Teks bebas menangkap nuansa yang tidak dapat direduksi menjadi skor numerik. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, komentar naratif menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Teks bebas menangkap nuansa yang tidak dapat direduksi menjadi skor numerik. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan

sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, natural language processing memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. NLP dapat membantu klasifikasi tema, sentiment, urgency, dan pengenalan pola pada ribuan komentar. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, human-in-the-loop menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Model AI harus mendukung, bukan menggantikan, interpretasi manusia terutama untuk konteks klinis, ironi, dan bahasa lokal. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari governance AI adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Analisis otomatis membutuhkan validasi, monitoring bias, proteksi data, dan mekanisme eskalasi bila komentar menunjukkan risiko keselamatan. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

16. Data Governance, Privasi, Etika, dan Keamanan

Bagian ini menempatkan data governance, privasi, etika, dan keamanan sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Data Governance, Privasi, Etika, dan Keamanan, data minimization perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Rumah sakit hanya perlu mengumpulkan informasi identitas yang relevan untuk tujuan analisis dan tindak lanjut. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, data minimization menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Rumah sakit hanya perlu mengumpulkan informasi identitas yang relevan untuk tujuan analisis dan tindak lanjut. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, consent and transparency memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Pasien perlu memahami tujuan pengumpulan, penggunaan data, dan kemungkinan tindak lanjut. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, akses berbasis peran menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Informasi pengalaman pasien dapat mengandung data sensitif yang tidak boleh tersedia secara luas. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari de-identification adalah perlunya mekanisme **closed-loop improvement**. Analisis agregat dan pembelajaran organisasi sebaiknya meminimalkan risiko re-identifikasi. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

Dalam konteks rumah sakit Indonesia, ethical feedback management juga harus dibaca melalui realitas heterogenitas pasien, sistem rujukan, pembiayaan, kapasitas digital, dan budaya komunikasi. Keluhan, pengalaman diskriminasi, dan laporan risiko harus ditangani melalui jalur yang aman serta tidak merugikan pelapor. Instrumen yang diadopsi dari negara lain tidak otomatis valid bila diterjemahkan secara literal. Adaptasi memerlukan proses linguistik dan budaya, uji kognitif, penilaian keterbacaan, serta validasi pada kelompok yang relevan. Rumah sakit di kota besar mungkin mampu menggunakan survei digital real-time, sedangkan fasilitas dengan populasi lanjut usia atau keterbatasan konektivitas memerlukan pilihan multimoda. Kesetaraan dalam pengumpulan data harus menjadi prinsip, agar suara pasien yang paling rentan tidak justru paling sedikit tercatat.

17. PREMs dan Health Equity

Bagian ini menempatkan prems dan health equity sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka PREMs dan Health Equity, equity lens perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Rata-rata skor yang baik dapat menyembunyikan pengalaman buruk pada kelompok minoritas atau rentan. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, equity lens menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Rata-rata skor yang baik dapat menyembunyikan pengalaman buruk pada kelompok minoritas atau rentan. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, bahasa dan literasi memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Instrumen harus dapat dipahami oleh pasien dengan tingkat pendidikan dan bahasa yang berbeda. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, aksesibilitas menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Pasien dengan disabilitas membutuhkan mode pengisian yang sesuai, termasuk dukungan visual, audio, atau asistif. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari fair comparison adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Interpretasi case-mix tidak boleh digunakan untuk menormalkan pengalaman buruk yang sebenarnya dapat diperbaiki. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk

merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

18. PREMs dalam Akreditasi, Regulasi, dan Governance Rumah Sakit

Bagian ini menempatkan prems dalam akreditasi, regulasi, dan governance rumah sakit sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka PREMs dalam Akreditasi, Regulasi, dan Governance Rumah Sakit, regulasi mutu Indonesia perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Permenkes No. 30 Tahun 2022 menetapkan indikator nasional mutu bagi rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain, menegaskan pentingnya pengukuran mutu yang sistematis. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, regulasi mutu Indonesia menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Permenkes No. 30 Tahun 2022 menetapkan indikator nasional mutu bagi rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain, menegaskan pentingnya pengukuran mutu yang sistematis. Implikasi ini perlu diterjemahkan ke dalam desain proses, indikator, dan akuntabilitas yang dapat ditinjau secara berkala. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, akreditasi memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Pengalaman pasien dapat menjadi bukti budaya patient-centered care bila dihubungkan dengan perbaikan nyata. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, board oversight menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Dewan pengawas dan pimpinan perlu menerima ringkasan PREMs yang tersegmentasi dan dikaitkan dengan risiko strategis. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi

perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari accountability adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Kinerja pengalaman pasien harus memiliki owner, target, dan mekanisme tindak lanjut yang eksplisit. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

19. PREMs dan Manajemen SDM Rumah Sakit

Bagian ini menempatkan prems dan manajemen sdm rumah sakit sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka PREMs dan Manajemen SDM Rumah Sakit, employee experience perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Pengalaman pasien sangat dipengaruhi oleh kondisi kerja, beban, koordinasi, dan psychological safety tenaga kesehatan. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, kompetensi komunikasi menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Pelatihan komunikasi perlu berbasis observasi perilaku, simulasi, coaching, dan feedback pasien. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, recognition memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Sistem penghargaan sebaiknya tidak mendorong manipulasi skor, tetapi mengakui perilaku patient-centered yang konsisten. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, learning culture menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. PREMs harus digunakan untuk pembelajaran, bukan sekadar mencari siapa yang salah. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan

tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

20. Studi Kasus Naratif: Transformasi PREMs di Rumah Sakit Umum

Bagian ini menempatkan studi kasus naratif: transformasi prems di rumah sakit umum sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Studi Kasus Naratif: Transformasi PREMs di Rumah Sakit Umum, situasi awal perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Sebuah rumah sakit umum dapat memiliki skor kepuasan tinggi namun tetap menerima keluhan berulang tentang informasi, koordinasi pulang, dan waktu tunggu. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, diagnosis organisasi menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Tim mutu memetakan komentar pasien pada journey dan menemukan bahwa masalah terbesar terletak pada handoff informasi, bukan keramahan petugas. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, intervensi memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Rumah sakit menguji bedside explanation, discharge checklist, status antrean digital, dan follow-up pascapulang. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, pengukuran ulang menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. PREMs digunakan untuk menilai apakah perubahan benar-benar mengubah pengalaman, bukan hanya kepatuhan staf pada SOP. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat

sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari pembelajaran adalah perlunya mekanisme **closed-loop improvement**. Kasus menunjukkan bahwa data pengalaman paling berguna ketika diterjemahkan menjadi perubahan proses yang spesifik. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

21. Model Kematangan Implementasi PREMs

Bagian ini menempatkan model kematangan implementasi prems sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Model Kematangan Implementasi PREMs, level reaktif perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Organisasi hanya mengukur ketika ada keluhan atau tuntutan eksternal. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, level terstandar menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Instrumen, sampling, dan pelaporan mulai konsisten antarunit. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, level terintegrasi memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. PREMs terhubung dengan indikator klinis, keselamatan, dan operasional. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, level prediktif menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Analitik digunakan untuk mengenali risiko pengalaman buruk dan memprioritaskan intervensi. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa

penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari level learning health system adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Suara pasien menjadi input rutin untuk desain layanan, governance, dan pembelajaran berkelanjutan. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

22. Roadmap Implementasi PREMs untuk Rumah Sakit Indonesia

Bagian ini menempatkan roadmap implementasi prems untuk rumah sakit indonesia sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Roadmap Implementasi PREMs untuk Rumah Sakit Indonesia, fase 1: tujuan dan governance perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Rumah sakit menetapkan tujuan pengukuran, pemilik proses, domain prioritas, dan perlindungan data. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, fase 2: pemilihan instrumen menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Tim memilih atau mengadaptasi instrumen yang valid, ringkas, dan sesuai konteks. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, fase 3: pilot memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Pengumpulan skala terbatas dipakai untuk menguji proses, respons, dan kualitas data. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, fase 4: integrasi menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. PREMs dihubungkan dengan dashboard mutu, patient journey, keluhan, dan indikator keselamatan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari fase 5: scale-up adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Program diperluas dengan monitoring equity, benchmarking internal, dan evaluasi dampak. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

23. Agenda Penelitian PREMs di Indonesia

Bagian ini menempatkan agenda penelitian prems di indonesia sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Agenda Penelitian PREMs di Indonesia, validasi instrumen lokal perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Diperlukan studi psikometrik pada berbagai konteks rumah sakit dan kelompok pasien di Indonesia. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, linkage dengan outcome menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Penelitian dapat menguji hubungan PREMs dengan readmission, adherence, patient safety, loyalitas, dan outcome klinis. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, digital inclusion memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Perlu bukti mengenai mode pengumpulan terbaik untuk populasi dengan akses digital berbeda. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang

sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, AI dan bahasa Indonesia menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. NLP untuk komentar pasien memerlukan korpus lokal, validasi lintas dialek, serta evaluasi bias. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari implementation science adalah perlunya mekanisme **closed-loop improvement**. Pertanyaan penting bukan hanya apakah PREMs valid, tetapi bagaimana data digunakan secara konsisten untuk memperbaiki pelayanan. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

24. Kesimpulan: Dari Pengukuran menuju Pembelajaran Organisasi

Bagian ini menempatkan kesimpulan: dari pengukuran menuju pembelajaran organisasi sebagai bagian dari sistem evaluasi mutu yang harus menghubungkan pengukuran, interpretasi, dan tindakan. Pembahasan disusun secara naratif agar konsep PREMs dapat dibaca sekaligus dari sudut pandang klinis, manajerial, metodologis, dan tata kelola.

Dalam kerangka Kesimpulan: Dari Pengukuran menuju Pembelajaran Organisasi, PREMs sebagai kompas mutu perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Nilai utama PREMs terletak pada kemampuannya membawa perspektif pasien ke pusat keputusan mutu. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, integrasi menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. PREMs menjadi lebih kuat bila dibaca bersama PROMs, indikator klinis, keselamatan, keluhan, dan data operasional. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, kepemimpinan memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Transformasi membutuhkan sponsorship pimpinan, kompetensi analitik, budaya belajar, dan

akuntabilitas tindakan. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, masa depan menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Digitalisasi dan AI membuka peluang pengukuran lebih cepat, tetapi tetap harus tunduk pada validitas, equity, etika, dan human-centered care. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

25. Kerangka Analitik Integrasi PREMs dengan Sistem Mutu

Pembahasan berikut memperluas dimensi implementasi agar PREMs tidak berhenti sebagai instrumen survei, tetapi berkembang menjadi mekanisme pembelajaran yang melekat pada governance mutu rumah sakit.

Dalam kerangka Kerangka Analitik Integrasi PREMs dengan Sistem Mutu, triangulasi data perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. PREMs menjadi lebih bermakna bila dibandingkan dengan keluhan, insiden keselamatan, outcome klinis, waktu tunggu, dan data proses. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, triangulasi data menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. PREMs menjadi lebih bermakna bila dibandingkan dengan keluhan, insiden keselamatan, outcome klinis, waktu tunggu, dan data proses. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, indikator leading dan lagging memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Sebagian pengalaman pasien dapat berfungsi sebagai leading indicator yang memberi peringatan sebelum masalah muncul pada outcome akhir. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi

ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, indikator leading dan lagging menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Sebagian pengalaman pasien dapat berfungsi sebagai leading indicator yang memberi peringatan sebelum masalah muncul pada outcome akhir. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari unit of analysis adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Rumah sakit harus membedakan analisis pada tingkat pasien, episode, unit, service line, dan organisasi. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

Dalam konteks rumah sakit Indonesia, unit of analysis juga harus dibaca melalui realitas heterogenitas pasien, sistem rujukan, pembiayaan, kapasitas digital, dan budaya komunikasi. Rumah sakit harus membedakan analisis pada tingkat pasien, episode, unit, service line, dan organisasi. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Instrumen yang diadopsi dari negara lain tidak otomatis valid bila diterjemahkan secara literal. Adaptasi memerlukan proses linguistik dan budaya, uji kognitif, penilaian keterbacaan, serta validasi pada kelompok yang relevan. Rumah sakit di kota besar mungkin mampu menggunakan survei digital real-time, sedangkan fasilitas dengan populasi lanjut usia atau keterbatasan konektivitas memerlukan pilihan multimoda. Kesetaraan dalam pengumpulan data harus menjadi prinsip, agar suara pasien yang paling rentan tidak justru paling sedikit tercatat.

Dalam kerangka Kerangka Analitik Integrasi PREMs dengan Sistem Mutu, governance dashboard perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Dashboard sebaiknya membatasi indikator pada ukuran yang memiliki definisi, target, pemilik, dan aturan eskalasi yang jelas. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, governance dashboard menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Dashboard sebaiknya membatasi indikator pada ukuran yang memiliki definisi, target, pemilik, dan aturan eskalasi yang jelas. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola

rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

26. Desain Pelaporan PREMs untuk Manajemen dan Board

Pembahasan berikut memperluas dimensi implementasi agar PREMs tidak berhenti sebagai instrumen survei, tetapi berkembang menjadi mekanisme pembelajaran yang melekat pada governance mutu rumah sakit.

Dalam kerangka Desain Pelaporan PREMs untuk Manajemen dan Board, laporan eksekutif perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Board membutuhkan ringkasan tren, variasi, inequity, risiko, dan status action plan, bukan detail seluruh item. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, laporan eksekutif menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Board membutuhkan ringkasan tren, variasi, inequity, risiko, dan status action plan, bukan detail seluruh item. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, laporan unit memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Unit klinis membutuhkan detail item dan komentar yang cukup untuk mengubah proses lokal. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, laporan unit menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Unit klinis membutuhkan detail item dan komentar yang cukup untuk mengubah proses lokal. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari story plus data adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Kombinasi skor kuantitatif dengan narasi pasien meningkatkan kemampuan pemimpin memahami konteks. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

Dalam konteks rumah sakit Indonesia, story plus data juga harus dibaca melalui realitas heterogenitas pasien, sistem rujukan, pembiayaan, kapasitas digital, dan budaya komunikasi. Kombinasi skor kuantitatif dengan narasi pasien meningkatkan kemampuan pemimpin memahami konteks. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Instrumen yang diadopsi dari negara lain tidak otomatis valid bila diterjemahkan secara literal. Adaptasi memerlukan proses linguistik dan budaya, uji kognitif, penilaian keterbacaan, serta validasi pada kelompok yang relevan. Rumah sakit di kota besar mungkin mampu menggunakan survei digital real-time, sedangkan fasilitas dengan populasi lanjut usia atau keterbatasan konektivitas memerlukan pilihan multimoda. Kesetaraan dalam pengumpulan data harus menjadi prinsip, agar suara pasien yang paling rentan tidak justru paling sedikit tercatat.

Dalam kerangka Desain Pelaporan PREMs untuk Manajemen dan Board, avoid ranking trap perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Ranking tanpa interval kepercayaan, case mix, dan konteks dapat menghasilkan keputusan yang menyesatkan. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, avoid ranking trap menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Ranking tanpa interval kepercayaan, case mix, dan konteks dapat menghasilkan keputusan yang menyesatkan. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

27. Tantangan Implementasi dan Kegagalan yang Sering Terjadi

Pembahasan berikut memperluas dimensi implementasi agar PREMs tidak berhenti sebagai instrumen survei, tetapi berkembang menjadi mekanisme pembelajaran yang melekat pada governance mutu rumah sakit.

Dalam kerangka Tantangan Implementasi dan Kegagalan yang Sering Terjadi, survey fatigue perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Terlalu banyak survei tanpa perubahan yang terlihat menurunkan respons dan kepercayaan pasien. Ketika rumah sakit hanya

mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, survey fatigue menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Terlalu banyak survei tanpa perubahan yang terlihat menurunkan respons dan kepercayaan pasien. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, gaming memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Target skor yang dikaitkan secara naif dengan insentif dapat mendorong seleksi responden atau coaching yang tidak etis. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, gaming menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Target skor yang dikaitkan secara naif dengan insentif dapat mendorong seleksi responden atau coaching yang tidak etis. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari data without action adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. Organisasi dapat memiliki dashboard yang canggih namun gagal memperbaiki pengalaman bila akuntabilitas tindakan lemah. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data, interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

Dalam konteks rumah sakit Indonesia, data without action juga harus dibaca melalui realitas heterogenitas pasien, sistem rujukan, pembiayaan, kapasitas digital, dan budaya komunikasi. Organisasi dapat memiliki dashboard yang canggih namun gagal memperbaiki pengalaman bila akuntabilitas tindakan lemah. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Instrumen yang diadopsi dari negara lain tidak otomatis valid bila diterjemahkan secara

literal. Adaptasi memerlukan proses linguistik dan budaya, uji kognitif, penilaian keterbacaan, serta validasi pada kelompok yang relevan. Rumah sakit di kota besar mungkin mampu menggunakan survei digital real-time, sedangkan fasilitas dengan populasi lanjut usia atau keterbatasan konektivitas memerlukan pilihan multimoda. Kesenjangan dalam pengumpulan data harus menjadi prinsip, agar suara pasien yang paling rentan tidak justru paling sedikit tercatat.

Dalam kerangka Tantangan Implementasi dan Kegagalan yang Sering Terjadi, ceiling effect perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Skor sangat tinggi pada hampir semua item dapat mengurangi sensitivitas untuk mendeteksi perbaikan. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, ceiling effect menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Skor sangat tinggi pada hampir semua item dapat mengurangi sensitivitas untuk mendeteksi perbaikan. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, fragmentasi memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Pengalaman pasien sering terpecah antardepartemen, sedangkan pasien mengalaminya sebagai satu perjalanan. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, fragmentasi menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Pengalaman pasien sering terpecah antardepartemen, sedangkan pasien mengalaminya sebagai satu perjalanan. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standarisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

28. Masa Depan PREMs: From Survey to Learning Health System

Pembahasan berikut memperluas dimensi implementasi agar PREMs tidak berhenti sebagai instrumen survei, tetapi berkembang menjadi mekanisme pembelajaran yang melekat pada governance mutu rumah sakit.

Dalam kerangka Masa Depan PREMs: From Survey to Learning Health System, continuous listening perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. Masa depan bergerak dari survei episodik menuju kombinasi data terstruktur, naratif, real-time, dan longitudinal. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, continuous listening menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. Masa depan bergerak dari survei episodik menuju kombinasi data terstruktur, naratif, real-time, dan longitudinal. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, precision experience memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Analitik dapat membantu menargetkan intervensi pada kelompok atau touchpoint berisiko tinggi tanpa kehilangan prinsip equity. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, precision experience menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Analitik dapat membantu menargetkan intervensi pada kelompok atau touchpoint berisiko tinggi tanpa kehilangan prinsip equity. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Implikasi strategis dari human-AI collaboration adalah perlunya mekanisme *closed-loop improvement*. AI dapat mempercepat coding komentar dan deteksi isu, tetapi interpretasi, empati, dan keputusan tetap memerlukan tanggung jawab manusia. Rumah sakit harus mampu bergerak dari pengumpulan data,

interpretasi, penetapan prioritas, intervensi, pengukuran ulang, hingga pembelajaran organisasi. Tanpa siklus ini, survei hanya menghasilkan angka. Dengan siklus ini, PREMs menjadi instrumen manajemen perubahan: temuan digunakan untuk merancang ulang alur, melatih tenaga kesehatan, menyederhanakan informasi, memperbaiki koordinasi lintas unit, dan menguji apakah perubahan benar-benar dirasakan pasien. Prinsip pentingnya adalah bahwa pasien tidak hanya menjadi objek pengukuran, tetapi mitra dalam mendefinisikan mutu.

Dalam konteks rumah sakit Indonesia, human-AI collaboration juga harus dibaca melalui realitas heterogenitas pasien, sistem rujukan, pembiayaan, kapasitas digital, dan budaya komunikasi. AI dapat mempercepat coding komentar dan deteksi isu, tetapi interpretasi, empati, dan keputusan tetap memerlukan tanggung jawab manusia. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Instrumen yang diadopsi dari negara lain tidak otomatis valid bila diterjemahkan secara literal. Adaptasi memerlukan proses linguistik dan budaya, uji kognitif, penilaian keterbacaan, serta validasi pada kelompok yang relevan. Rumah sakit di kota besar mungkin mampu menggunakan survei digital real-time, sedangkan fasilitas dengan populasi lanjut usia atau keterbatasan konektivitas memerlukan pilihan multimoda. Kesetaraan dalam pengumpulan data harus menjadi prinsip, agar suara pasien yang paling rentan tidak justru paling sedikit tercatat.

Dalam kerangka Masa Depan PREMs: From Survey to Learning Health System, interoperable patient voice perlu dipahami bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari arsitektur mutu yang menghubungkan suara pasien dengan keputusan organisasi. PREMs yang terhubung dengan sistem informasi klinis memungkinkan pembelajaran lintas episode dan lintas fasilitas. Ketika rumah sakit hanya mengumpulkan skor tanpa menelusuri makna di balik jawaban, data pengalaman pasien mudah berubah menjadi ritual pelaporan. Sebaliknya, bila temuan dipetakan pada alur pelayanan, kelompok pasien, unit klinis, dan titik kegagalan proses, PREMs berfungsi sebagai sensor organisasi yang memperlihatkan bagian layanan yang tidak selalu terlihat dari indikator klinis maupun finansial. Perspektif ini penting karena pengalaman pasien terbentuk dari rangkaian interaksi: akses, penerimaan, komunikasi, koordinasi, penghormatan, keamanan, transisi, hingga tindak lanjut setelah pasien meninggalkan fasilitas.

Secara manajerial, interoperable patient voice menuntut rumah sakit mengubah orientasi dari sekadar 'mengukur kepuasan' menuju 'mengelola pengalaman'. PREMs yang terhubung dengan sistem informasi klinis memungkinkan pembelajaran lintas episode dan lintas fasilitas. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada desain proses, pembagian tanggung jawab, sistem informasi, serta pola rapat mutu. Data PREMs tidak cukup ditempatkan sebagai laporan triwulanan; data harus hadir dalam forum yang sama dengan indikator keselamatan pasien, mutu klinis, keluhan, waktu tunggu, readmission, dan indikator efisiensi. Dengan demikian, pengalaman pasien tidak diperlakukan sebagai atribut kosmetik, tetapi sebagai dimensi kinerja yang dapat dipengaruhi melalui keputusan operasional, klinis, dan kepemimpinan.

Dari perspektif metodologis, trustworthy measurement memerlukan kejelasan tentang konstruk apa yang ingin diukur. Kecepatan digital tidak boleh mengorbankan validitas, transparansi, privasi, atau representativitas. Pertanyaan PREMs yang baik umumnya meminta pasien melaporkan apa yang benar-benar terjadi—misalnya apakah dokter menjelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi transisi disampaikan dengan jelas—bukan sekadar meminta penilaian umum. Fokus pada kejadian konkret membantu mengurangi ketergantungan pada ekspektasi individual yang sering memengaruhi skor kepuasan. Namun, desain instrumen tetap harus mempertimbangkan validitas isi, struktur faktor, reliabilitas, responsivitas, beban responden, bahasa, literasi kesehatan, dan kesetaraan akses.

Pada tingkat pelayanan sehari-hari, trustworthy measurement menjadi nyata melalui pengalaman mikro yang berulang. Kecepatan digital tidak boleh mengorbankan validitas, transparansi, privasi, atau

representativitas. Karena itu, keberhasilan harus dinilai dari perubahan pengalaman yang terukur dan perubahan proses yang berkelanjutan. Satu interaksi yang buruk—misalnya komunikasi yang terburu-buru, ketidakjelasan prosedur, atau keterlambatan tanpa penjelasan—dapat membentuk persepsi pasien terhadap keseluruhan organisasi. Sebaliknya, pelayanan yang penuh respek, transparan, dan konsisten dapat mempertahankan kepercayaan bahkan ketika kondisi klinis kompleks atau waktu tunggu tidak dapat sepenuhnya dihindari. Karena itu, peningkatan PREMs sering kali tidak bergantung pada teknologi mahal, tetapi pada standardisasi perilaku layanan, desain komunikasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim merespons kebutuhan pasien secara empatik.

Lampiran A. Matriks Domain PREMs dan Contoh Tindak Lanjut

Domain	Contoh pertanyaan pengalaman	Sinyal masalah	Contoh tindakan
Akses	Apakah pasien memperoleh pelayanan pada waktu yang dibutuhkan?	Sulit jadwal, informasi tidak jelas	Redesign booking, kanal informasi, triase akses
Komunikasi	Apakah penjelasan mudah dipahami?	Istilah teknis, pasien tidak sempat bertanya	Teach-back, plain language, bedside communication
Respek	Apakah pasien diperlakukan hormat?	Pengalaman diskriminasi atau diabaikan	Standar perilaku, coaching, escalation pathway
Koordinasi	Apakah antarpetugas tampak berbagi informasi?	Pasien mengulang cerita, pesan berbeda	Handoff standar, shared care plan
Keputusan	Apakah pasien dilibatkan?	Pilihan tidak dibahas	Shared decision-making tools
Transisi	Apakah instruksi pulang jelas?	Obat/tindak lanjut tidak dipahami	Discharge bundle, follow-up call
Digital	Apakah kanal digital mudah digunakan?	Portal sulit, notifikasi tidak jelas	Usability testing, assisted digital
Continuity	Apakah pasien tahu siapa yang dihubungi setelah pulang?	Pasien kehilangan arah	Care navigator, hotline klinis terstruktur

Lampiran B. Contoh Roadmap 12 Bulan Implementasi PREMs

Periode	Fokus
Bulan 1-2	Menetapkan governance, tujuan, domain prioritas, data protection impact, dan tim lintas fungsi.
Bulan 3-4	Memilih/adaptasi instrumen, uji kognitif, pilot bahasa dan mode pengumpulan.
Bulan 5-6	Pilot pada beberapa service line, audit response bias, missing data, dan beban responden.
Bulan 7-8	Membangun dashboard, definisi indikator, segmentation, dan action register.
Bulan 9-10	Mengintegrasikan PREMs dengan keluhan, keselamatan pasien, mutu klinis, dan patient journey.
Bulan 11-12	Evaluasi dampak, refinement instrumen, scale-up, publikasi internal, dan rencana tahun berikutnya.

Glossarium

CAHPS: Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems; keluarga survei pengalaman pasien yang dikembangkan dalam program AHRQ.

Case-mix adjustment: Penyesuaian statistik terhadap karakteristik pasien yang relevan agar perbandingan kinerja lebih adil.

Ceiling effect: Kondisi ketika sebagian besar respons berkumpul pada skor tertinggi sehingga instrumen sulit membedakan kinerja atau perubahan.

Closed-loop improvement: Siklus pengumpulan data, analisis, tindakan perbaikan, pengukuran ulang, dan umpan balik kepada pemangku kepentingan.

Composite measure: Ukuran yang menggabungkan beberapa item yang mengukur domain pengalaman yang sama.

Content validity: Derajat sejauh mana item instrumen mewakili domain yang hendak diukur.

COSMIN: Kerangka dan standar untuk menilai kualitas metodologis studi properti pengukuran instrumen kesehatan.

Digital PREMs: Pengumpulan PREMs melalui kanal digital seperti SMS, aplikasi, portal pasien, atau web survey.

Health equity: Prinsip keadilan yang menuntut tidak adanya perbedaan pengalaman yang tidak adil dan dapat dihindari antar kelompok.

HCAHPS: Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems; survei terstandar pengalaman pasien rawat inap di Amerika Serikat.

Human-in-the-loop: Model kerja AI di mana manusia tetap memvalidasi, menginterpretasi, atau mengambil keputusan atas keluaran sistem otomatis.

Natural Language Processing (NLP): Teknik komputasi untuk menganalisis dan memahami bahasa manusia, termasuk komentar bebas pasien.

Patient experience: Rangkaian interaksi yang dialami pasien dengan sistem kesehatan, termasuk akses, komunikasi, koordinasi, respek, dan transisi.

Patient journey: Urutan touchpoint pasien sebelum, selama, dan setelah menerima pelayanan.

Patient satisfaction: Evaluasi subjektif pasien mengenai sejauh mana layanan memenuhi harapan atau ekspektasinya.

PREMs: Patient-Reported Experience Measures; instrumen untuk mengukur pengalaman pasien terhadap proses dan interaksi pelayanan.

PROMs: Patient-Reported Outcome Measures; instrumen yang mengukur status kesehatan, gejala, fungsi, atau kualitas hidup yang dilaporkan pasien.

Psychometrics: Ilmu dan metode untuk menilai properti pengukuran seperti validitas, reliabilitas, dan responsivitas.

Reliability: Konsistensi atau kestabilan hasil pengukuran dalam kondisi yang sebanding.

Responsiveness: Kemampuan instrumen mendeteksi perubahan yang bermakna dari waktu ke waktu.

Service blueprint: Peta yang menghubungkan interaksi pasien di frontstage dengan proses, sistem, dan aktivitas backstage.

Shared decision-making: Proses keputusan klinis kolaboratif yang menggabungkan bukti terbaik dengan nilai dan preferensi pasien.

Touchpoint: Titik interaksi pasien dengan organisasi, tenaga kesehatan, proses, fasilitas, atau kanal digital.

Validity: Derajat sejauh mana instrumen benar-benar mengukur konstruk yang dimaksud.

Daftar Pustaka

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2025). What are patient-reported measures? PREMs and PROMs. U.S. Department of Health and Human Services.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2024). CAHPS measures of patient experience. U.S. Department of Health and Human Services.
- Benson, T. (2020). Measure what we want: A taxonomy of short generic person-reported outcome and experience measures (PROMs and PREMs). *BMJ Open Quality*, 9(1), e000789. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000789>
- 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>
- 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>
- Fujisawa, R., & Klazinga, N. S. (2017). Measuring patient experiences (PREMs): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016. *OECD Health Working Papers*, No. 102. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/893a07d2-en>
- Kang, Y., Guan, T., Chen, X., & Zhang, Y. (2024). Patient-reported experience measures in adult inpatient settings: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 2024, 5166392. <https://doi.org/10.1155/jonm/5166392>
- Male, L., Noble, A., Atkinson, J., & Marson, T. (2017). Measuring patient experience: A systematic review to evaluate psychometric properties of patient reported experience measures (PREMs) for emergency care service provision. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(3), 314-326. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx027>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). Measuring what matters: The Patient-Reported Indicator Surveys. *OECD Health Policy Studies*. <https://doi.org/10.1787/2148719d-en>
- Virdun, C., Garcia, M., Phillips, J. L., & Luckett, T. (2023). Description of patient reported experience measures (PREMs) for hospitalised patients with palliative care needs and their families, and how these map to noted areas of importance for quality care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 37(7), 1001-1015. <https://doi.org/10.1177/02692163231169319>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.
- Kendir, C., Tran, S., van den Berg, M., & de Bienassis, K. (2025). PROMoting quality of care through patient reported outcome measures (PROMs): Systematic collection of PROMs for quality improvement and assurance in 38 countries. *OECD Health Working Papers*, No. 183. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/c17bb968-en>

Catatan Penutup

Pengukuran pengalaman pasien bukan tujuan akhir. PREMs memperoleh makna ketika rumah sakit mampu menunjukkan hubungan antara suara pasien, keputusan manajemen, perubahan proses, dan hasil perbaikan yang dapat dirasakan. Rumah sakit yang matang tidak bertanya hanya 'berapa skor pengalaman kita?', tetapi 'apa yang pasien alami, mengapa itu terjadi, kelompok mana yang paling terdampak, apa yang telah kita ubah, dan apakah perubahan tersebut benar-benar memperbaiki mutu?'. Pertanyaan-pertanyaan inilah yang menempatkan PREMs sebagai bagian dari tata kelola mutu, bukan sekadar survei tambahan.