

PATIENT EXPERIENCE SEBAGAI INDIKATOR BARU MUTU RUMAH SAKIT

Oleh

Prof Ir Rudy C Tarumingkeng, PhD

www.rudycr.com/cv.pdf

Institut Bisnis dan Multimedia (IBM ASMI)

Artikel Akademik

Patient Experience sebagai Indikator Baru Mutu Rumah Sakit

Dari pengalaman pasien menuju transformasi mutu pelayanan yang lebih **manusiawi, aman, dan berkelanjutan.**

PATIENT EXPERIENCE DASHBOARD

★★★★★

KOMUNIKASI

EMPATI

WAKTU TUNGGU

KESELAMATAN

PENGALAMAN DIGITAL

KEPUASAN PASIEN

92%

KEPUASAN PASIEN



KOMUNIKASI



EMPATI



WAKTU TUNGGU



KESELAMATAN PASIEN



PENGALAMAN DIGITAL



KEPUASAN



MUTU LAYANAN

DIMENSI UTAMA



Komunikasi Klinis
Komunikasi yang jelas, jujur, dan mudah dipahami membangun kepercayaan.



Patient Journey
Memahami seluruh perjalanan pasien untuk pengalaman yang mulus dan bermakna.



PREMs & PROMs
Mengukur pengalaman dan hasil yang dilaporkan langsung oleh pasien.



Shared Decision-Making
Melibatkan pasien dalam keputusan klinis yang disepakati bersama.



Service Recovery
Merespons keluhan dengan cepat, adil, dan memperbaiki pengalaman pasien.



Transformasi Digital
Teknologi mempermudah akses, komunikasi, dan pengalaman yang aman.

DAMPAK STRATEGIS



KEPERCAYAAN PASIEN



MUTU PELAYANAN



LOYALITAS



KESELAMATAN



PERBAIKAN BERKELANJUTAN

“ Mutu rumah sakit tidak hanya diukur dari apa yang dilakukan kepada pasien, tetapi juga dari bagaimana pasien mengalaminya.”



Oleh:

Prof Ir Rudy C Tarumingkeng, PhD

www.rudyct.com/cv.pdf

IBM-ASMI (Institut Bisnis dan Multimedia)

Abstrak

Patient experience semakin menempati posisi sentral dalam diskursus mutu rumah sakit karena memperlihatkan dimensi pelayanan yang tidak sepenuhnya tertangkap oleh indikator klinis, keselamatan, efisiensi, atau kepatuhan prosedural. Artikel ini membahas patient experience sebagai indikator baru mutu rumah sakit, bukan dalam arti menggantikan indikator tradisional, melainkan melengkapinya dengan perspektif langsung pasien mengenai akses, komunikasi, penghormatan, koordinasi, keterlibatan, kenyamanan, transisi pelayanan, dan kepercayaan. Berangkat dari kerangka mutu yang menempatkan pelayanan efektif, aman, people-centred, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien sebagai tujuan, tulisan ini menguraikan perbedaan antara patient experience, patient satisfaction, Patient-Reported Experience Measures (PREMs), dan Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). Pembahasan meliputi patient journey mapping, moments that matter, komunikasi klinis, shared decision-making, pengalaman keluarga, pelayanan IGD dan rawat inap, discharge experience, keluhan dan narasi pasien, digital patient experience, artificial intelligence, employee experience, equity, service recovery, value-based healthcare, Balanced Scorecard, maturity model, serta tata kelola pengukuran mutu berbasis pengalaman. Artikel menekankan bahwa data pengalaman pasien baru bernilai ketika dihubungkan dengan data klinis, keselamatan, proses, sumber daya manusia, dan outcome, lalu diterjemahkan menjadi quality improvement yang memiliki pemilik proses, target, eksperimen perubahan, dan evaluasi dampak. Bukti ilmiah menunjukkan hubungan yang konsisten antara pengalaman pasien dengan keselamatan dan efektivitas klinis, sementara perkembangan terbaru pengukuran patient-reported experience menunjukkan semakin kuatnya posisi suara pasien dalam penilaian kinerja sistem kesehatan. Dalam konteks Indonesia, patient experience dapat menjadi jembatan antara akreditasi, transformasi digital, budaya mutu, dan human-centered care. Kesimpulan utama artikel adalah bahwa rumah sakit bermutu bukan hanya rumah sakit yang melakukan prosedur yang benar, tetapi juga organisasi yang mampu memastikan bahwa proses yang benar tersebut dialami pasien secara jelas, aman, adil, penuh hormat, terkoordinasi, dan bermakna.

Kata Kunci: patient experience; mutu rumah sakit; indikator mutu; patient-centered care; PREMs; PROMs; keselamatan pasien; patient journey; quality improvement; digital health; human-centered care; rumah sakit

1. Pendahuluan: Dari Kepuasan Menuju Indikator Mutu

Dalam sejarah pengukuran mutu rumah sakit, organisasi kesehatan cenderung memulai dari apa yang paling mudah dihitung dari dalam: jumlah tempat tidur, angka pemakaian, produktivitas, kepatuhan terhadap standar, mortalitas, infeksi, lama rawat, biaya, dan indikator keselamatan. Ukuran-ukuran tersebut tetap sangat penting karena mutu klinis tidak dapat digantikan oleh persepsi. Namun, sudut pandang internal memiliki keterbatasan mendasar: rumah sakit dapat melaksanakan prosedur sesuai standar tetapi pasien tetap mengalami perjalanan pelayanan yang membingungkan, komunikasi yang tidak memadai, pengulangan informasi, waktu tunggu tanpa penjelasan, kurangnya pelibatan dalam keputusan, atau transisi pulang yang tidak jelas. Kesenjangan antara proses yang secara teknis benar dan pengalaman yang secara manusiawi buruk menunjukkan perlunya lensa mutu tambahan. Patient experience mengisi ruang tersebut dengan menanyakan bukan sekadar apakah pasien menyukai pelayanan, tetapi apa yang benar-benar terjadi sepanjang episode pelayanan dan apakah proses itu memenuhi prinsip penghormatan, keterbukaan, koordinasi, keterlibatan, dan keselamatan.

Perubahan ini penting karena mutu modern semakin dipahami sebagai konsep multidimensi. World Health Organization menempatkan pelayanan yang efektif, aman, dan people-centred sebagai inti kualitas, serta menekankan ketepatan waktu, keadilan, integrasi, dan efisiensi sebagai karakteristik yang diperlukan agar

pelayanan benar-benar bermutu. Dalam kerangka semacam ini, patient experience bukan dekorasi di sekitar pelayanan klinis. Ia menjadi salah satu sumber bukti apakah sistem yang dirancang rumah sakit sungguh berpusat pada manusia. Pengalaman pasien dapat mengungkap persoalan yang tidak tampak dalam audit berkas: pasien tidak memahami obat yang diberikan, keluarga menerima informasi yang saling bertentangan, pasien merasa tidak berani bertanya, orang dengan disabilitas kesulitan menavigasi fasilitas, atau portal digital menambah beban administratif. Ketika pengalaman ini dikumpulkan secara sistematis dan dibandingkan dengan indikator klinis, rumah sakit memperoleh gambaran mutu yang lebih lengkap.

Bukti empiris memperkuat alasan tersebut. Tinjauan sistematis Doyle, Lennox, dan Bell (2013) terhadap berbagai setting pelayanan menemukan asosiasi positif yang konsisten antara pengalaman pasien, keselamatan, dan efektivitas klinis. Manary dan kolega (2013) menegaskan bahwa survei pengalaman yang dirancang dan dilaksanakan dengan baik dapat memberikan ukuran mutu yang robust untuk dimensi pelayanan yang sulit ditangkap secara objektif. Bull dan kolega (2019) kemudian menunjukkan perlunya perhatian serius pada validitas dan reliabilitas Patient-Reported Experience Measures. Literatur ini membawa konsekuensi manajerial yang jelas: patient experience tidak boleh dipakai sebagai skor kosmetik, tetapi harus diperlakukan sebagai bagian dari sistem measurement, assurance, dan improvement yang sama seriusnya dengan indikator mutu lainnya.

Perkembangan global memperlihatkan arah yang semakin tegas. Pada 2025, WHO menerbitkan perangkat pengukuran patient-reported experiences untuk pelayanan primer sebagai bagian dari Health Systems Performance Assessment, dengan domain seperti akses kontak pertama, kontinuitas, komprehensivitas, koordinasi, people-centredness, kompetensi profesional, perencanaan perawatan, dan pengalaman keseluruhan. Walaupun perangkat tersebut berfokus pada primary care, pesan metodologisnya relevan bagi rumah sakit: pengalaman pasien perlu diterjemahkan menjadi indikator yang jelas, terstandar, dapat dibandingkan, dan dapat dipakai untuk perbaikan. Dengan demikian, patient experience bergerak dari survei tambahan menuju salah satu komponen performance intelligence. Rumah sakit masa depan membutuhkan dashboard yang mampu membaca outcome klinis dan operasional sekaligus pengalaman manusia yang berada di balik angka-angka tersebut.

Dalam konteks Indonesia, kebutuhan tersebut semakin nyata karena rumah sakit melayani masyarakat dengan keragaman sosial, budaya, bahasa, pendidikan, kemampuan ekonomi, literasi kesehatan, dan akses digital. Skor rata-rata yang tinggi dapat menyembunyikan pengalaman buruk kelompok tertentu. Karena itu patient experience perlu disegmentasi menurut usia, jenis pelayanan, kondisi klinis, pembiayaan, wilayah, kebutuhan disabilitas, literasi, dan kanal layanan. Artikel ini membahas patient experience sebagai indikator baru mutu rumah sakit dalam pengertian integratif: bukan menggantikan keselamatan, outcome, dan efisiensi, tetapi menambahkan suara pasien sebagai bukti yang setara penting untuk menjelaskan bagaimana mutu diproduksi, dialami, dan diperbaiki. Fokusnya mencakup definisi dan pengukuran, PREMs dan PROMs, patient journey, komunikasi, patient safety, digital experience, budaya organisasi, AI, equity, governance, Balanced Scorecard, serta mekanisme mengubah data pengalaman menjadi quality improvement yang terukur.

2. Memahami Patient Experience: Konsep, Batas, dan Makna

Wolf dan koleganya (2014) merumuskan patient experience sebagai keseluruhan interaksi yang dibentuk oleh budaya organisasi dan memengaruhi persepsi pasien sepanjang continuum of care. Definisi tersebut penting karena menekankan empat hal: pengalaman merupakan akumulasi interaksi; pengalaman tidak hanya dibentuk oleh individu tetapi juga budaya dan sistem; pengalaman berisi persepsi serta makna; dan pengalaman melintasi episode serta tempat pelayanan. Pada 2021, gagasan ini diperluas menuju human experience in healthcare, yang mengingatkan bahwa pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan berada di dalam

sistem relasional yang sama. Dengan kata lain, pengalaman pasien tidak dapat ditingkatkan secara berkelanjutan apabila pengalaman tenaga kesehatan terus memburuk.

Patient experience perlu dibedakan dari patient satisfaction. Kepuasan merupakan evaluasi setelah pasien membandingkan apa yang dialami dengan harapan. Dua pasien dapat mengalami proses yang sama tetapi memberi skor kepuasan berbeda karena harapan berbeda. PREMs berusaha menanyakan kejadian yang lebih konkret: apakah pasien diberi penjelasan yang dapat dipahami, apakah petugas merespons ketika diperlukan, apakah pasien dilibatkan dalam keputusan, atau apakah informasi pulang diberikan dengan jelas. Pemisahan ini membantu rumah sakit berpindah dari skor abstrak menuju diagnosis proses. Skor kepuasan tetap berguna, tetapi tidak cukup menjelaskan apa yang harus diperbaiki.

Patient experience juga tidak identik dengan hospitality. Rumah sakit dapat belajar dari hotel mengenai navigasi, kenyamanan, personalisasi, dan konsistensi layanan, tetapi pelayanan kesehatan memiliki dimensi risiko dan ketidakpastian yang jauh lebih besar. Pasien tidak datang sebagai konsumen bebas yang selalu dapat memilih; banyak pasien datang dalam keadaan nyeri, takut, tidak sadar, atau bergantung pada keputusan klinis. Karena itu prinsip utama bukan “pelanggan selalu benar”, melainkan martabat, keselamatan, komunikasi jujur, shared decision-making, dan perlindungan kelompok rentan. Orientasi hospitality harus tunduk kepada clinical governance, bukan sebaliknya.

Dalam perspektif manajemen, patient experience dapat dipandang sebagai hasil emergen dari sistem sosioteknis. Pengalaman pasien dipengaruhi oleh kompetensi klinis, jumlah staf, beban kerja, desain ruangan, sistem informasi, alur obat, kebijakan kunjungan, mekanisme eskalasi, cara jadwal disusun, sistem pembayaran, dan budaya komunikasi. Karena itu organisasi yang hanya melakukan pelatihan keramahan tanpa mengubah akar struktural biasanya memperoleh perubahan singkat. Perawat tidak dapat selalu memberi penjelasan panjang jika rasio staf tidak memadai; dokter sulit mempertahankan kontak mata jika sistem dokumentasi menghabiskan perhatian; pasien akan tetap frustrasi bila informasi dari unit yang berbeda saling bertentangan.

Konsep yang matang akhirnya mengubah patient experience dari proyek departemen customer service menjadi tanggung jawab enterprise-wide. Direksi bertanggung jawab terhadap kebijakan dan sumber daya; pimpinan medis terhadap standardisasi komunikasi klinis; keperawatan terhadap continuity dan bedside care; teknologi informasi terhadap pengalaman digital; keuangan terhadap transparansi proses; fasilitas terhadap wayfinding dan lingkungan penyembuhan; sementara unit mutu bertanggung jawab memastikan data pengalaman pasien menjadi bagian dari siklus perbaikan. Pasien sendiri tidak ditempatkan sebagai objek survei, melainkan mitra yang ikut membantu organisasi memahami apa yang selama ini tidak terlihat dari perspektif internal.

3. Patient Experience sebagai Indikator Baru Mutu Rumah Sakit

Menyebut patient experience sebagai indikator baru mutu memerlukan ketelitian konseptual. Kata baru tidak berarti pengalaman pasien baru ditemukan dalam praktik kesehatan. Pasien selalu mengalami komunikasi, antrean, sentuhan klinis, rasa takut, kenyamanan, kebingungan, atau rasa dihormati. Yang berubah adalah status epistemiknya dalam manajemen mutu: pengalaman tersebut semakin diperlakukan sebagai data yang dapat dikumpulkan secara sistematis, diuji kualitas pengukurannya, dibandingkan antarwaktu, dikaitkan dengan outcome, dan digunakan untuk menentukan prioritas perbaikan. Dengan kata lain, yang baru adalah pengakuan organisasi bahwa perspektif pasien merupakan sumber informasi mutu yang tidak dapat sepenuhnya digantikan oleh rekam medis, audit klinis, atau laporan operasional.

Kerangka klasik Donabedian membedakan struktur, proses, dan outcome. Patient experience terutama memperkaya pemahaman tentang proses, tetapi juga dapat mencerminkan struktur dan berhubungan dengan outcome. Misalnya, pertanyaan tentang apakah pasien memperoleh informasi yang konsisten dapat

mengungkap kualitas handoff dan koordinasi tim; pertanyaan tentang kemudahan akses mencerminkan desain kapasitas dan sistem appointment; pengalaman privasi dapat berkaitan dengan desain fasilitas; sedangkan pengalaman komunikasi dapat memengaruhi adherence dan tindak lanjut. Karena itu patient experience dapat berfungsi sebagai indikator penghubung yang membuat hubungan struktur-proses-outcome lebih terlihat dari sudut pandang orang yang mengalami sistem secara keseluruhan.

Status sebagai indikator mutu juga menuntut perbedaan antara pengalaman dan kepuasan. Kepuasan dipengaruhi oleh harapan, preferensi, latar budaya, dan perbandingan personal. Dua pasien dapat mengalami proses yang sama tetapi memberikan tingkat kepuasan berbeda. PREMs lebih kuat untuk quality improvement ketika menanyakan kejadian konkret: apakah tenaga kesehatan memperkenalkan diri, apakah penjelasan dapat dipahami, apakah pasien mengetahui apa yang harus dilakukan setelah pulang, apakah privasi dijaga, apakah kekhawatiran ditanggapi, atau apakah terjadi pengulangan informasi yang tidak perlu. Pertanyaan seperti itu lebih mudah diterjemahkan menjadi tindakan proses dibandingkan pertanyaan umum “seberapa puas Anda?”. Karena itu rumah sakit sebaiknya menggunakan kepuasan sebagai salah satu outcome persepsi, tetapi tidak menjadikannya satu-satunya representasi suara pasien.

Indikator yang baik bukan sekadar angka yang tersedia; ia harus mempunyai validitas, reliabilitas, interpretabilitas, sensitivitas terhadap perubahan, kemampuan segmentasi, dan hubungan dengan keputusan. Risiko terbesar adalah menjadikan patient experience sebagai target reputasi. Ketika unit hanya mengejar skor, muncul gaming: memilih pasien yang mudah memberi respons, menekan kritik, mengubah komunikasi menjadi skrip mekanis, atau menilai staf semata dari rating. Quality governance harus mencegah hal tersebut. Data pengalaman perlu dipakai bersama narasi, keluhan, observation, indikator klinis, dan data operasional. Pengukuran harus memiliki aturan sampling, minimum response, case-mix adjustment bila diperlukan, audit kualitas data, dan mekanisme eskalasi untuk sinyal keselamatan atau diskriminasi.

Dari perspektif direksi, nilai strategis patient experience terletak pada kemampuannya mengubah “suara pasien” menjadi management intelligence. Skor komunikasi yang menurun dapat menjadi sinyal beban kerja atau continuity problem; peningkatan keluhan discharge dapat menandai masalah koordinasi farmasi dan edukasi; ketidakjelasan waktu tunggu di IGD dapat menunjukkan kebutuhan redesign informasi; pengalaman digital yang buruk dapat menghambat akses dan memperlebar inequity. Rumah sakit perlu menetapkan beberapa indikator inti enterprise-wide, kemudian melengkapinya dengan indikator spesifik unit. Setiap indikator harus mempunyai pemilik, baseline, target, analisis akar masalah, rencana intervensi, dan evaluasi ulang. Dengan mekanisme tersebut, patient experience menjadi indikator mutu yang hidup: bukan angka untuk laporan tahunan, tetapi sistem pembelajaran yang terus menguji apakah rumah sakit benar-benar memberikan pelayanan yang aman, efektif, terintegrasi, adil, dan manusiawi.

4. PREMs: Mengukur Apa yang Benar-Benar Dialami Pasien

Premis mengubah pengalaman pasien menjadi informasi terstruktur mengenai kejadian konkret selama pelayanan. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup komunikasi, penghormatan, koordinasi, responsivitas, shared decision-making, akses, informasi pulang. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf et al., 2014, 2021).

Masalah penting pada area ini adalah risiko memilih instrumen hanya karena populer tanpa memeriksa validitas dan kesesuaian budaya. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien rawat inap menerima penjelasan obat tetapi tidak memahami efek samping karena bahasa terlalu teknis. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Gunakan instrumen tervalidasi, uji keterbacaan, pantau response bias, dan hubungkan skor dengan perbaikan proses. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

5. PROMs, PREMs, dan Data Klinis: Tiga Lensa yang Saling Melengkapi

Rumah sakit membutuhkan kombinasi pengalaman, outcome yang dilaporkan pasien, dan outcome klinis. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup fungsi fisik, gejala, kualitas hidup, pengalaman komunikasi, readmission, infeksi, mortalitas. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Doyle et al., 2013).

Masalah penting pada area ini adalah menganggap satu tipe ukuran cukup untuk menilai kualitas. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Gleeson et al., 2016).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien bedah memiliki outcome klinis baik tetapi nyeri dan kemampuan fungsi pascaoperasi belum pulih seperti yang diharapkan. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Gabungkan dashboard prems-proms-clinical outcomes untuk melihat nilai secara utuh. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

6. Patient Journey Mapping: Melihat Rumah Sakit dari Mata Pasien

Patient journey memetakan rangkaian touchpoint sebelum, selama, dan setelah episode pelayanan. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup digital front door, registrasi, triase, konsultasi, diagnostik, tindakan, pembayaran, discharge, follow-up. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Masalah penting pada area ini adalah fragmentasi antarunit membuat setiap departemen merasa prosesnya baik walaupun perjalanan keseluruhan buruk. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard

operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (WHO, 2025; OECD, 2025).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien kanker harus mengulang identitas dan riwayat yang sama di tiga loket berbeda pada hari yang sama. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Buat journey map lintas fungsi, identifikasi moment that matter, pain point, dan handoff berisiko. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

Tabel 1. Contoh touchpoint dan indikator pengalaman

Tahap	Pertanyaan pasien	Risiko pengalaman	Contoh indikator
Pra-kunjungan	Bagaimana saya memperoleh akses?	Informasi tidak jelas	Keberhasilan booking; kemudahan navigasi
Registrasi	Apakah prosesnya sederhana?	Pengulangan data	Waktu registrasi; effort score
Pelayanan klinis	Apakah saya didengar dan memahami rencana?	Komunikasi satu arah	PREM komunikasi; teach-back
Transisi	Siapa yang bertanggung jawab berikutnya?	Handoff lemah	Pemahaman rencana; follow-up terselesaikan
Pasca-pulang	Apa yang harus saya lakukan di rumah?	Readmission; medication error	Discharge PREM; contact resolution

7. Moments that Matter dan Psikologi Pengalaman

Tidak semua interaksi memiliki bobot emosional yang sama bagi pasien. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup berita diagnosis, waktu menunggu hasil, nyeri, keputusan operasi, pemulangan, pertama kali berjalan, komunikasi prognosis. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Gleeson et al., 2016).

Masalah penting pada area ini adalah rata-rata skor dapat menyembunyikan pengalaman buruk pada momen yang sangat penting. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Wolf, 2015).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: keluarga ICU mengingat ketidakjelasan komunikasi prognosis lebih lama daripada kenyamanan ruang tunggu. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Prioritaskan intervensi pada momen berisiko tinggi dan rancang komunikasi untuk ketidakpastian. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

8. Komunikasi Klinis sebagai Infrastruktur Patient Experience

Komunikasi adalah teknologi sosial yang menghubungkan pengetahuan klinis dengan pemahaman pasien. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup listening, plain language, teach-back, empathy, agenda setting, bad news, informed consent. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (WHO, 2025; OECD, 2025).

Masalah penting pada area ini adalah tekanan waktu dan dokumentasi sering mendorong komunikasi menjadi monolog. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Wolf et al., 2014, 2021).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: dokter menjelaskan diagnosis dengan benar tetapi pasien pulang tanpa mengetahui tanda bahaya. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Standarkan teach-back, handover pasien, dan dokumentasi preferensi komunikasi. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

9. Shared Decision-Making dan Otonomi Pasien

Pengalaman yang bermutu menempatkan pasien sebagai peserta keputusan sesuai kapasitas dan preferensinya. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup pilihan terapi, risiko-manfaat, nilai pasien, keluarga, decision aids, consent. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf, 2015).

Masalah penting pada area ini adalah paternalisme dapat muncul kembali ketika teknologi atau spesialis dianggap memiliki jawaban tunggal. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Doyle et al., 2013).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien lanjut usia memilih terapi lebih konservatif setelah memahami trade-off kualitas hidup. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Jadikan shared decision-making bagian dari pathway dan audit kualitas komunikasi. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

10. Pengalaman Keluarga dan Care Partner

Keluarga sering menjadi bagian operasional dan emosional dari perawatan. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup informasi, akses, peran pendamping, caregiver burden, transisi rumah, ICU, pediatri. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf et al., 2014, 2021).

Masalah penting pada area ini adalah kebijakan yang memperlakukan keluarga hanya sebagai pengunjung kehilangan sumber keselamatan dan kontinuitas. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: keluarga menemukan perbedaan daftar obat saat pasien akan pulang. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Libatkan care partner dengan persetujuan pasien dan berikan instruksi yang jelas. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

11. Patient Safety dan Patient Experience: Dua Agenda yang Tidak Terpisah

Rasa aman pasien terbentuk dari kompetensi klinis sekaligus kemampuan sistem menjelaskan dan merespons risiko. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup identifikasi, obat, komunikasi, fall prevention, infection prevention, escalation, disclosure. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Doyle et al., 2013).

Masalah penting pada area ini adalah organisasi dapat memiliki skor kepatuhan tinggi namun pasien tidak tahu bagaimana melaporkan kekhawatiran. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Gleeson et al., 2016).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien menyadari obat berbeda dari biasanya tetapi takut bertanya. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Ciptakan speak-up culture dan jadikan patient feedback sumber safety intelligence. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

12. Pengalaman di Instalasi Gawat Darurat

Igd menguji kemampuan rumah sakit menggabungkan kecepatan, prioritas klinis, informasi, dan empati. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup triase, crowding, waktu tunggu, pain management, update status, keluarga, discharge. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Masalah penting pada area ini adalah pasien sering menilai menunggu sebagai pengabaian ketika tidak memperoleh informasi. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (WHO, 2025; OECD, 2025).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien kategori non-gawat menunggu lama tetapi lebih menerima ketika alasan triase dijelaskan. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Ukur perceived waiting experience dan actual waiting time secara bersamaan. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

13. Pengalaman Rawat Inap: Koordinasi, Tidur, Nyeri, dan Martabat

Rawat inap menciptakan pengalaman 24 jam yang sangat dipengaruhi konsistensi tim. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup rounding, respons bel, noise, privasi, makanan, hygiene, pain, obat, visite, pergantian shift. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Gleeson et al., 2016).

Masalah penting pada area ini adalah pengalaman mudah terfragmentasi karena pasien berinteraksi dengan banyak profesi. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Wolf, 2015).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien menerima tiga pesan berbeda mengenai rencana pulang dari tiga tenaga kesehatan. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Gunakan interdisciplinary bedside rounds dan daily goals yang dapat dipahami pasien. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

14. Discharge Experience dan Continuity of Care

Pemulangan adalah perpindahan risiko dari lingkungan terkontrol ke rumah pasien. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup medication reconciliation, warning signs, follow-up, caregiver readiness, transport, contact channel. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (WHO, 2025; OECD, 2025).

Masalah penting pada area ini adalah discharge sering diperlakukan sebagai pekerjaan administratif yang terburu-buru. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Wolf et al., 2014, 2021).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien pulang sore hari dengan lima obat baru namun tidak memahami mana obat lama yang dihentikan. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Mulai discharge planning sejak awal dan ukur pemahaman serta readiness sebelum pasien pulang. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

15. Experience-Based Co-Design: Merancang Bersama, Bukan untuk Pasien

Co-design mengubah pasien dari sumber feedback menjadi mitra desain. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup observasi, narrative interview, emotion mapping, prototyping, patient advisory council. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf, 2015).

Masalah penting pada area ini adalah tokenisme terjadi bila pasien diundang tetapi keputusan tetap sepenuhnya internal. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Doyle et al., 2013).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien menunjukkan bahwa petunjuk arah lebih membingungkan daripada yang diasumsikan staf. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Berikan mandat, data, dan ruang pengambilan keputusan nyata kepada pasien dan keluarga. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

16. Keluhan, Komplimen, dan Narasi Pasien sebagai Data Strategis

Narasi bebas menangkap nuansa yang sering hilang dalam skor kuantitatif. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup complaints, compliments, social media, open text, call center, incident narratives. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf et al., 2014, 2021).

Masalah penting pada area ini adalah organisasi sering menghitung jumlah keluhan tanpa memahami tema dan akar proses. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: keluhan tentang sikap petugas sebenarnya berulang kali terkait keterlambatan informasi. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Gunakan coding tematik dan nlp dengan verifikasi manusia untuk menemukan pola. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

17. Digital Patient Experience

Pengalaman digital kini menjadi bagian integral dari pengalaman rumah sakit. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup portal pasien, appointment, telemedicine, pembayaran, hasil laboratorium, messaging, accessibility. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Doyle et al., 2013).

Masalah penting pada area ini adalah digitalisasi yang buruk memindahkan beban kerja dari organisasi kepada pasien. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Gleeson et al., 2016).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien diminta mengunggah dokumen yang sebenarnya sudah ada di sistem rumah sakit. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Ukur task completion, digital friction, accessibility, dan continuity across channels. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

18. AI dan Analitik untuk Patient Experience

AI dapat membantu mengekstrak pola dari volume besar feedback dan data perjalanan pasien. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup NLP, sentiment analysis, clustering, prediction, personalization, copilots, routing. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Masalah penting pada area ini adalah algoritma dapat salah membaca ironi, bahasa daerah, konteks klinis, dan kelompok minoritas. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (WHO, 2025; OECD, 2025).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: model menandai komentar singkat sebagai netral padahal konteksnya merupakan keluhan serius. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Gunakan human-in-the-loop, audit bias, dan transparansi penggunaan data. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

19. Personalisasi tanpa Menjadi Surveillance

Personalisasi dapat meningkatkan relevansi pelayanan tetapi harus menjaga otonomi dan privasi. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup preferensi bahasa, kebutuhan disabilitas, riwayat komunikasi, channel choice, cultural needs. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Gleeson et al., 2016).

Masalah penting pada area ini adalah pengumpulan data berlebihan menimbulkan ketidaknyamanan dan risiko sekunder. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Wolf, 2015).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: sistem mengingat preferensi bahasa pasien tetapi tidak perlu memprofilkan hal yang tidak relevan. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Terapkan data minimization, purpose limitation, dan consent yang proporsional. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

20. Budaya Organisasi dan Employee Experience

Patient experience yang konsisten sulit muncul dari tenaga kesehatan yang lelah, takut, atau tidak memiliki dukungan. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup psychological safety, staffing, teamwork, recognition, workload, learning, leadership. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (WHO, 2025; OECD, 2025).

Masalah penting pada area ini adalah program keramahan dapat berubah menjadi emotional labor bila akar beban kerja diabaikan. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Wolf et al., 2014, 2021).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: perawat diminta selalu tersenyum tetapi sering bekerja tanpa waktu istirahat. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Integrasikan workforce well-being dan patient experience dalam agenda yang sama. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

21. Kepemimpinan dan Governance Patient Experience

Transformasi memerlukan sponsor eksekutif dan akuntabilitas lintas fungsi. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup board oversight, executive owner, clinical champions, PX office, patient council, unit ownership. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf, 2015).

Masalah penting pada area ini adalah patient experience mudah menjadi proyek komunikasi jika tidak masuk governance. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Doyle et al., 2013).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: direksi melihat skor nasional tetapi unit tidak tahu indikator mana yang harus ditindaklanjuti. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Bangun governance berjenjang dari board sampai microsystem dengan review rutin. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

22. Mengubah Data Menjadi Quality Improvement

Nilai data muncul setelah organisasi mampu menerjemahkan feedback menjadi eksperimen perbaikan. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup prioritization, root cause, PDSA, visual management, action registry, feedback loop. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf et al., 2014, 2021).

Masalah penting pada area ini adalah survei tanpa tindakan menciptakan measurement fatigue bagi pasien dan staf. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: skor komunikasi turun tetapi organisasi hanya mengirim memo agar staf lebih ramah. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Hubungkan setiap gap dengan owner, target, intervensi, dan evaluasi dampak. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

23. Service Recovery dan Restorasi Kepercayaan

Kesalahan pelayanan tidak selalu dapat dihindari tetapi respons organisasi menentukan dampak jangka panjang. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup acknowledgement, apology, explanation, remedy, follow-up, learning. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Doyle et al., 2013).

Masalah penting pada area ini adalah defensiveness dan pemindahan tanggung jawab memperbesar kerusakan kepercayaan. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Gleeson et al., 2016).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien menunggu berjam-jam karena hasil hilang lalu menerima penjelasan jujur dan tindak lanjut personal. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Bangun protokol service recovery yang cepat, manusiawi, dan berorientasi pembelajaran. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

24. Equity dan Inklusi dalam Patient Experience

Rata-rata pengalaman dapat menyembunyikan ketidakadilan pada kelompok tertentu. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup usia, disabilitas, bahasa, literasi, gender, sosial ekonomi, geografis, digital divide. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Masalah penting pada area ini adalah survei digital saja dapat menghilangkan suara pasien yang paling rentan. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (WHO, 2025; OECD, 2025).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien lanjut usia tidak mengisi QR survey sehingga pengalaman kelompoknya tidak terlihat. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Gunakan multimode sampling, stratified analysis, dan accessibility-by-design. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

25. Patient Experience dalam Kerangka Mutu dan Value-Based Healthcare

Nilai bagi pasien menggabungkan outcome bermakna dengan pengalaman dan penggunaan sumber daya yang tepat. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup outcomes, experience, cost, continuity, appropriateness, self-management. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Gleeson et al., 2016).

Masalah penting pada area ini adalah mengejar skor kepuasan secara terpisah dapat mendorong perilaku yang tidak bernilai. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Wolf, 2015).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: memberikan antibiotik hanya agar pasien puas justru bertentangan dengan kualitas. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Tautkan pengalaman dengan outcome klinis, proms, biaya, dan appropriateness. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

26. Balanced Scorecard Mutu Berbasis Patient Experience

Patient experience perlu diterjemahkan ke sasaran dan indikator strategis yang saling terkait. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup patient, process, learning, finance, safety, digital, workforce. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (WHO, 2025; OECD, 2025).

Masalah penting pada area ini adalah terlalu banyak KPI membuat perhatian manajemen tersebar. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Wolf et al., 2014, 2021).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: rumah sakit memiliki puluhan survei tetapi tidak ada tiga prioritas yang jelas. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Pilih limited critical metrics dan kombinasikan lagging dengan leading indicators. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

Tabel 2. Balanced Scorecard Mutu Berbasis Patient Experience

Perspektif	Sasaran	Indikator	Contoh inisiatif
------------	---------	-----------	------------------

Pasien	Pasien merasa aman, didengar, dan memahami rencana	PREMs; complaint themes; trust	Teach-back; bedside communication
Proses	Mengurangi friction dan handoff gagal	Waiting time; repeat information; discharge completeness	Journey redesign; standard work
Pembelajaran	Membangun budaya pengalaman	Training; leader rounding; staff psychological safety	Coaching; patient stories
Digital	Menyederhanakan perjalanan digital	Portal task success; response time; accessibility	Single digital front door
Nilai	Menghubungkan pengalaman dengan outcome dan biaya	Readmission; LOS; retention; cost-to-serve	Integrated analytics

27. Model Kematangan Pengukuran Patient Experience

Organisasi berkembang dari pengukuran sporadis menuju sistem pengalaman yang terintegrasi. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup ad hoc, measured, managed, integrated, co-designed, learning system. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf, 2015).

Masalah penting pada area ini adalah melompat ke teknologi canggih tanpa fondasi budaya dan data memperbesar kompleksitas. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Doyle et al., 2013).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: rumah sakit membeli platform experience analytics tetapi unit belum memiliki owner. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Nilai kematangan secara periodik dan sesuaikan investasi dengan tahap organisasi. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki

pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

28. Roadmap Integrasi Patient Experience ke Sistem Mutu 24 Bulan

Transformasi patient experience harus dipecah menjadi tahapan yang realistis dan dapat dipelajari. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup baseline, governance, listening system, priority journeys, pilots, scale, integration. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf et al., 2014, 2021).

Masalah penting pada area ini adalah program besar yang terlalu luas sering kehilangan momentum. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: rumah sakit memilih satu journey rawat jalan dan satu discharge pathway sebagai pilot. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Gunakan roadmap bertahap dengan milestone 90 hari dan review kuartalan. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

Tabel 3. Roadmap integrasi patient experience ke sistem mutu 24 bulan

Fase	Periode	Fokus	Deliverable
1. Fondasi	0-3 bulan	Governance, baseline, listening inventory	PX charter, baseline dashboard
2. Prioritas	4-6 bulan	Journey mapping, quick wins, validasi instrumen	2 journey prioritas; PREM set
3. Pilot	7-12 bulan	Co-design dan eksperimen	Pilot terukur; action registry
4. Scale	13-18 bulan	Standardisasi dan integrasi digital	Playbook; dashboard unit
5. Integrasi	19-24 bulan	Link ke outcome, workforce, strategy	Balanced scorecard; annual PX review

29. Patient Experience dalam Konteks Indonesia

Strategi lokal harus mempertimbangkan sistem rujukan, jkn, keberagaman budaya, kapasitas digital, dan distribusi layanan. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup JKN, rujukan, bahasa, kepulauan, keluarga, digital, akreditasi, continuity. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Doyle et al., 2013).

Masalah penting pada area ini adalah model impor dapat gagal bila tidak sesuai karakter sosial dan operasional lokal. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Gleeson et al., 2016).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: keluarga memiliki peran besar dalam perawatan sehingga desain komunikasi perlu memasukkan care partner. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma

komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Kembangkan premis lokal yang tervalidasi dan benchmark secara adil. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

30. Skenario Kasus: Peningkatan Mutu Rumah Sakit melalui Patient Experience

Transformasi dapat digambarkan sebagai perubahan dari masalah lintas unit menuju perbaikan sistem. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup journey mapping, PREMs, complaints, staff insight, co-design, digital tools, governance. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Masalah penting pada area ini adalah organisasi cenderung mencari satu penyebab padahal pengalaman buruk bersifat sistemik. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (WHO, 2025; OECD, 2025).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: pasien kronis mengalami antrean panjang, pengulangan data, komunikasi obat buruk, dan follow-up tidak jelas. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Gabungkan data, bentuk tim lintas fungsi, co-design solusi, ukur hasil, lalu scale. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

31. Agenda Penelitian dan Pendidikan

Patient experience memerlukan kapasitas ilmiah agar tidak berhenti sebagai jargon manajemen. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup psychometrics, implementation science, causal inference, qualitative research, design science, AI ethics. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Gleeson et al., 2016).

Masalah penting pada area ini adalah banyak organisasi memiliki data tetapi sedikit kemampuan analitik dan penelitian implementasi. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Wolf, 2015).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: tesis manajemen rumah sakit dapat menguji PREMs, mediasi kepuasan, atau outcome tertentu. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Bangun kolaborasi rumah sakit-universitas dan jadikan patient experience laboratorium pembelajaran. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik

untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

32. Kesimpulan: Dari Mendengar menuju Mengukur dan Memperbaiki Sistem

Strategi patient experience mencapai maknanya ketika suara pasien menghasilkan perubahan sistem. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup listening, learning, acting, co-design, trust, safety, value. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (WHO, 2025; OECD, 2025).

Masalah penting pada area ini adalah tantangan terbesar bukan memperoleh data tetapi mengubah kebiasaan dan keputusan organisasi. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Wolf et al., 2014, 2021).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: rumah sakit yang mendengar tetapi tidak berubah akan kehilangan kepercayaan. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Jadikan patient experience sebagai cara kerja organisasi, bukan proyek sementara. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki

pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

33. Patient Experience dan Ekonomi Operasional Rumah Sakit

Patient experience memiliki konsekuensi ekonomi melalui loyalitas, efisiensi proses, utilisasi, readmission, complaint handling, dan cost-to-serve. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup loyalitas, reputasi, rework, no-show, waktu tunggu, readmission, retention. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf, 2015).

Masalah penting pada area ini adalah mengukur pengalaman hanya sebagai biaya layanan membuat organisasi kehilangan hubungan antara friction dan pemborosan. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Doyle et al., 2013).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: proses registrasi berulang memperlama antrean sekaligus menambah beban staf dan frustrasi pasien. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Ukur hubungan antara perbaikan pengalaman, produktivitas, outcome, dan biaya secara transparan. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat, melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

34. Dashboard Direksi dan Akuntabilitas Strategis

Direksi memerlukan dashboard patient experience yang ringkas tetapi mampu memicu keputusan sumber daya dan governance. Dalam kerangka pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, isu ini perlu dilihat bukan sebagai aktivitas tambahan, tetapi sebagai bagian dari sistem produksi nilai bagi pasien. Dimensi yang menonjol mencakup PREMs, trust, complaints, discharge, digital friction, equity, workforce, safety, outcomes. Ketika dimensi-dimensi tersebut dikelola secara terpisah, organisasi cenderung memperoleh potongan data tanpa pemahaman menyeluruh. Sebaliknya, ketika diletakkan dalam satu perjalanan pasien, manajemen dapat melihat hubungan sebab-akibat antara desain proses, perilaku tenaga kesehatan, teknologi, dan persepsi pasien. Pendekatan ini sejalan dengan perkembangan patient experience yang menekankan keseluruhan interaksi dan kontinuitas pengalaman, bukan sekadar peristiwa tunggal (Wolf et al., 2014, 2021).

Masalah penting pada area ini adalah dashboard yang terlalu penuh menghasilkan data tanpa prioritas dan mudah menjadi ritual pelaporan. Tantangan tersebut sering tidak tampak dari dashboard operasional karena indikator internal dapat menunjukkan bahwa proses “selesai”, sementara dari sisi pasien masih terdapat ketidakpastian, beban kognitif, atau perasaan tidak dihargai. Patient experience berfungsi seperti sensor tambahan bagi organisasi: ia menangkap kualitas koordinasi dan komunikasi yang tidak selalu terlihat dalam data transaksi. Karena itu hasil survei, komentar bebas, wawancara, observasi, dan data klinis perlu dibaca bersama. Prinsipnya bukan mengganti data objektif dengan persepsi, melainkan menggabungkan keduanya sehingga rumah sakit memiliki gambaran yang lebih lengkap tentang kualitas (Bull et al., 2019; Fujisawa & Klazinga, 2017).

Contoh sederhana menggambarkan mekanisme tersebut: skor kepuasan stabil tetapi keluhan transisi meningkat pada kelompok lansia dan tidak terlihat dalam rata-rata. Dari perspektif departemen, setiap petugas mungkin telah menjalankan prosedurnya. Namun bagi pasien, keseluruhan pengalaman dapat tetap buruk karena informasi tidak tersambung atau kebutuhan emosional tidak dikenali. Kasus seperti ini menunjukkan mengapa transformasi patient experience tidak dapat didelegasikan kepada satu unit customer service. Akar masalah dapat berada pada kebijakan, staffing, desain formulir, interoperabilitas, alur keputusan, atau norma komunikasi. Dengan demikian intervensi yang efektif harus menyasar sistem yang menghasilkan pengalaman, bukan hanya ekspresi permukaan dari pengalaman itu.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya arsitektur akuntabilitas yang jelas. Gunakan beberapa indikator inti, segmentasi kelompok rentan, tren, benchmark, dan action status. Setiap prioritas harus memiliki baseline, pemilik proses, target, intervensi, dan mekanisme evaluasi. Di tingkat unit, data harus cukup spesifik untuk memicu tindakan; di tingkat direksi, indikator harus cukup ringkas untuk mendukung keputusan sumber daya. Selain itu, pasien dan keluarga perlu diberi kesempatan menilai apakah perubahan yang dilakukan benar-benar memperbaiki pengalaman. Pendekatan ini mencegah organisasi jatuh pada jebakan “survey and celebrate” atau “survey and blame”, dan mengubah pengukuran menjadi siklus pembelajaran yang berulang.

Dalam jangka panjang, area ini perlu diintegrasikan dengan clinical governance, keselamatan pasien, pengembangan SDM, serta strategi digital. Patient experience yang unggul bukan hasil kampanye singkat,

melainkan konsekuensi dari sistem yang dirancang untuk menghormati waktu, kebutuhan informasi, preferensi, dan martabat pasien. Data patient-reported harus menjadi salah satu masukan dalam keputusan investasi dan redesign proses. Ketika organisasi mampu menghubungkan feedback pasien dengan outcome, biaya, risiko, dan pengalaman tenaga kesehatan, maka patient experience berubah dari ukuran reputasi menjadi kapabilitas strategis yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan rumah sakit.

35. Deep Dive: Human-Centered Care sebagai Fondasi Mutu

Human-centered care berangkat dari pengakuan bahwa mutu pelayanan tidak dapat direduksi menjadi outcome biologis. Pasien menilai apakah mereka didengar, dihormati, diberi informasi, dilibatkan dalam keputusan, dan diperlakukan sebagai manusia. pengelolaan mutu rumah sakit berbasis patient experience harus mengukur pengalaman ini dengan serius melalui PREMs, patient narratives, complaint analysis, dan co-design. Teknologi yang meningkatkan throughput tetapi membuat pasien merasa diabaikan bukan kemajuan yang lengkap.

Berpusat pada manusia juga berarti memperhatikan caregiver dan keluarga. Banyak keputusan kompleks dibuat dalam relasi, terutama pada pediatri, geriatri, intensive care, dan end-of-life care. AI dapat menyediakan prognosis atau risk score, tetapi percakapan mengenai makna, harapan, dan trade-off tetap memerlukan manusia. Sistem harus memberi ruang waktu bagi percakapan tersebut, bukan justru menambah screen time.

Dari sisi tenaga kesehatan, human-centered berarti teknologi harus mengurangi cognitive burden dan moral distress. Banyak sistem digital generasi awal menambah klik, alert, dan pekerjaan dokumentasi. pengelolaan mutu rumah sakit berbasis patient experience menuntut desain yang memprioritaskan usability. Pengguna harus terlibat melalui contextual inquiry, simulation, usability testing, dan pilot. Keputusan antarmuka tidak boleh hanya ditentukan vendor atau tim teknis.

Empati sering dianggap sebagai kualitas yang tidak dapat diukur, padahal perilaku yang memungkinkan empati dapat didesain. Jika AI mengotomatisasi dokumentasi, dokter memperoleh kesempatan menjaga eye contact. Jika sistem prediktif memprioritaskan pasien berisiko, perawat dapat mengalokasikan perhatian lebih tepat. Jadi AI dapat meningkatkan human presence bila produktivitas yang dihasilkan dikembalikan kepada pasien, bukan seluruhnya diubah menjadi target volume tambahan.

Prinsip human agency penting. Pasien perlu memiliki kontrol wajar terhadap data dan pilihan. Tenaga kesehatan harus dapat mempertanyakan atau override rekomendasi AI dengan alasan yang didokumentasikan. Override rate tidak otomatis dianggap kegagalan; ia dapat menjadi sumber pembelajaran mengenai konteks yang belum ditangkap model. Sistem yang menghukum pengguna karena berbeda dari algoritma justru menciptakan pseudo-autonomy.

Human-centered design juga berhubungan dengan equity. Sistem yang sulit digunakan oleh lansia, penyandang disabilitas, orang dengan literasi rendah, atau pasien tanpa smartphone dapat memperbesar ketimpangan. Digital front door perlu menyediakan kanal alternatif. Chatbot harus kompatibel dengan bahasa lokal dan accessibility. Optimasi pelayanan tidak boleh mengasumsikan semua pasien memiliki kondisi sosial dan teknologi yang sama.

Kepercayaan adalah outcome strategis. Pasien mungkin menerima AI bila memahami manfaat, perlindungan data, dan peran manusia. Sebaliknya, penggunaan AI yang tersembunyi atau insiden data dapat merusak kepercayaan luas. Transparansi perlu proporsional: tidak semua detail algoritmik harus dijelaskan, tetapi pasien dan pengguna berhak mengetahui tujuan, keterbatasan, dan siapa yang bertanggung jawab.

Dengan demikian, pengelolaan mutu rumah sakit berbasis patient experience bukan 'high tech versus high touch'. Tujuannya adalah high tech for high touch: menggunakan teknologi untuk menciptakan kapasitas

manusiawi yang lebih besar. Prinsip ini menjadi kriteria desain untuk memilih use case. Jika suatu teknologi tidak memperbaiki outcome, keselamatan, pengalaman, atau kondisi kerja, maka alasan adopsinya perlu dipertanyakan.

36. Deep Dive: Pengalaman Pasien, PREMs, dan Trust

Pengalaman pasien menjadi indikator apakah transformasi benar-benar berpusat pada manusia. PREMs dapat mengukur komunikasi, koordinasi, penghormatan, akses, informasi, dan keterlibatan. Dalam pengelolaan mutu rumah sakit berbasis patient experience, dimensi digital perlu ditambahkan: kemudahan menggunakan portal, pemahaman terhadap AI, continuity informasi, dan pilihan kanal pelayanan.

AI dapat meningkatkan pengalaman dengan mengurangi waktu tunggu dan pengulangan informasi. Tetapi teknologi juga dapat menurunkan pengalaman bila pasien dipaksa menggunakan aplikasi atau chatbot saat ingin berbicara dengan manusia. Choice architecture harus menyediakan opsi. Digital-first tidak berarti digital-only.

Trust pada AI dipengaruhi oleh konteks. Pasien mungkin menerima AI untuk scheduling tetapi lebih berhati-hati pada diagnosis. Rumah sakit sebaiknya tidak menggunakan satu kebijakan komunikasi untuk semua aplikasi. Risk communication dapat disesuaikan dengan dampak. Pada use case tinggi, pasien perlu mengetahui peran AI dan human oversight.

Transparansi dapat dilakukan dengan bahasa sederhana: AI membantu menganalisis data, tetapi dokter tetap memeriksa hasil. Rumah sakit perlu menghindari istilah marketing seperti 'AI pasti lebih akurat'. Komunikasi harus menyebut keterbatasan tanpa menimbulkan ketakutan berlebihan. Kejujuran memperkuat trust.

PREMs dapat digunakan sebagai early warning. Jika setelah implementasi chatbot pasien merasa sulit mengakses manusia, skor pengalaman dapat turun sebelum outcome lain terlihat. Feedback harus dianalisis per kelompok usia, bahasa, dan digital literacy. Dengan demikian, patient voice menjadi input governance.

Co-design dengan pasien penting untuk portal, remote monitoring, dan consent interface. Pasien dapat menunjukkan kebutuhan yang tidak terlihat tim teknologi, seperti kekhawatiran siapa yang membaca data atau kesulitan mengingat password. Co-design bukan hanya focus group sekali, tetapi keterlibatan sepanjang lifecycle.

AI dapat membantu menganalisis ribuan komentar pasien menggunakan topic modeling atau LLM. Namun organisasi harus menggabungkan analitik dengan pembacaan naratif. Cerita individu dapat mengungkap isu serius yang tidak terlihat dari frekuensi. Patient story tetap memiliki kekuatan moral.

pengelolaan mutu rumah sakit berbasis patient experience yang dipercaya bukan rumah sakit yang menyembunyikan teknologi agar pasien tidak khawatir. Ia adalah rumah sakit yang mampu menjelaskan teknologi, menjaga data, menyediakan pilihan, dan tetap hadir secara manusiawi.

37. Deep Dive: Dari Empati Individual ke Empati Organisasional

Empati biasanya dibahas sebagai kualitas individu, tetapi organisasi dapat dirancang empatik atau tidak. Sistem appointment yang menyulitkan, tagihan tidak transparan, waktu tunggu tanpa informasi, dan discharge yang membingungkan merupakan bentuk pengalaman yang tidak peduli meskipun staf ramah.

AI dapat mendukung empati organisasional dengan mendeteksi friction dan menyesuaikan proses. NLP dapat mengidentifikasi tema keluhan; predictive analytics dapat menemukan pasien berisiko gagal follow-up; personalisasi dapat menyesuaikan edukasi.

Tetapi organisasi harus memilih apa yang dioptimalkan. Algoritma yang hanya mengurangi cost mungkin memotong layanan yang dianggap penting pasien. Karena itu patient voice perlu masuk objective function secara tidak langsung melalui KPI dan governance.

Empati organisasional juga mencakup staf. Jadwal yang adil, support, dan teknologi usable menunjukkan bahwa organisasi peduli pada workforce. Staf yang merasa dihargai lebih mampu memberi pelayanan empatik.

Dengan demikian pertemuan algoritma dan empati terjadi bukan hanya pada chatbot, tetapi pada desain seluruh sistem pelayanan.

38. Deep Dive: Analisis Keluhan dengan NLP

Rumah sakit menerima ribuan komentar bebas setiap bulan. Tim mutu sulit membaca semuanya dengan cepat. NLP digunakan untuk mengelompokkan tema seperti komunikasi, waktu tunggu, kebersihan, dan billing. Sistem juga menandai komentar yang berpotensi terkait safety.

Awalnya manajer tergoda menggunakan sentiment score sebagai ranking unit. Namun tim menyadari bahwa konteks pelayanan berbeda dan teks singkat dapat salah diklasifikasi. Sistem kemudian digunakan untuk triage informasi, bukan menilai kinerja secara otomatis.

Komentar dengan risiko tinggi tetap dibaca manusia. Tema yang meningkat menjadi bahan focus group dan audit proses. AI mempercepat deteksi pola, sedangkan interpretasi dan respons tetap manusia.

Kasus ini menunjukkan penggunaan AI yang sesuai dengan kekuatannya: menyaring volume besar. Empati muncul ketika organisasi menggunakan pola tersebut untuk mendengar suara pasien lebih cepat dan memperbaiki pengalaman.

39. Deep Dive: Mengukur Empati di Era Digital

Jika empati menjadi tujuan, organisasi perlu mengukurnya dengan hati-hati. Patient-reported experience dapat menanyakan apakah tenaga kesehatan mendengarkan, menjelaskan, menunjukkan kepedulian, dan melibatkan pasien. Observasi dan rekaman komunikasi dapat menambah data, tetapi memiliki isu privasi.

AI sendiri dapat menganalisis pola bahasa, interruption, atau speaking time. Namun menjadikan skor algoritmik sebagai ukuran tunggal empati berisiko menyederhanakan fenomena. Bahasa budaya berbeda, dan ekspresi empati tidak selalu verbal.

Pendekatan terbaik menggunakan triangulasi: PREMs, qualitative feedback, observation, dan indikator workflow. Misalnya, apakah waktu tatap muka meningkat setelah ambient AI? Apakah comprehension membaik?

Empati juga perlu diukur pada level organisasi melalui respons keluhan, akses, continuity, dan fairness. Dengan demikian human-centered care tidak dibatasi pada perilaku individu.

Pengukuran harus digunakan untuk pembelajaran, bukan sekadar ranking. Jika staf merasa setiap kata dinilai mesin, hubungan dapat menjadi performatif dan menambah stress.

40. Deep Dive: Peran Pasien dalam Co-Design Teknologi

Pasien sering hanya menjadi sumber data, padahal mereka seharusnya ikut mendefinisikan tujuan. Co-design dapat dilakukan melalui advisory panel, interview, usability testing, dan participatory workshop. Pasien membantu mengidentifikasi bahasa yang membingungkan, kekhawatiran privasi, serta fitur yang benar-benar berguna.

Kelompok yang paling terdampak perlu terwakili, termasuk lansia, disabilitas, penyakit kronis, dan literasi digital rendah. Co-design tidak boleh hanya melibatkan pasien yang mudah menggunakan teknologi.

Partisipasi juga dapat berlanjut setelah deployment melalui feedback dan patient-reported measures. Hasil monitoring dibagikan secara transparan.

Ketika pasien terlibat, AI lebih mungkin menyelesaikan masalah nyata dan memperoleh legitimacy. Human-centered care bukan hanya desain untuk manusia, tetapi desain bersama manusia.

41. Deep Dive: Peran Keluarga dan Health Literacy

Dalam banyak budaya, termasuk Indonesia, keluarga memiliki peran besar dalam keputusan dan perawatan. AI patient portal, monitoring, dan edukasi perlu mempertimbangkan caregiver access dengan permission yang tepat. Terlalu sedikit akses menyulitkan keluarga; terlalu luas mengurangi privasi pasien.

Sistem perlu mendukung delegated access dan preference. Pasien dapat menentukan siapa yang melihat informasi tertentu. Untuk pasien anak atau gangguan kognitif, aturan berbeda berlaku.

AI dapat membantu caregiver melalui reminder dan ringkasan, tetapi juga menambah beban notifikasi. Desain perlu menanyakan apa yang benar-benar membantu.

Human-centered AI memahami pasien sebagai bagian dari jaringan relasi, tanpa menghilangkan otonomi individu.

42. Penutup Reflektif: Rumah Sakit yang Mengukur, Mendengar, dan Belajar

pengelolaan mutu rumah sakit berbasis patient experience menggambarkan arah rumah sakit yang mampu memanfaatkan AI secara matang tanpa kehilangan tujuan utamanya: merawat manusia. Transformasi bukan perlombaan memiliki teknologi terbaru. Ia adalah kemampuan menggabungkan data, sistem, profesional, pasien, dan nilai menjadi pelayanan yang lebih aman, efektif, efisien, adil, dan bermakna.

AI menawarkan kekuatan besar dalam mengenali pola, memprediksi risiko, menyintesis informasi, mengotomatisasi tugas, dan mengoptimalkan sumber daya. Kekuatan tersebut seharusnya membebaskan kapasitas manusia untuk aktivitas yang membutuhkan empati, judgement, komunikasi, dan hubungan. Jika teknologi justru mengurangi ruang bagi aktivitas tersebut, desain perlu dikaji ulang.

Human-centered care memberi kompas. Setiap keputusan teknologi dapat diuji dengan beberapa pertanyaan: apakah meningkatkan outcome? apakah menjaga autonomy? apakah adil? apakah mengurangi atau menambah beban? apakah pengguna memahami keterbatasan? siapa yang bertanggung jawab? bagaimana pasien merasakan perubahan? Pertanyaan ini mengubah inovasi dari techno-centric menjadi value-centric.

Kepemimpinan memegang peran utama. Board dan direksi harus memahami bahwa AI governance adalah bagian enterprise governance. CIO dan tim IT tidak dapat bekerja sendiri; clinician, perawat, quality, legal, data scientist, HR, dan pasien perlu terlibat. Struktur lintas fungsi adalah prasyarat untuk teknologi lintas fungsi.

Bagi Indonesia, pengelolaan mutu rumah sakit berbasis patient experience dapat menjadi peluang lompatan. Namun lompatan hanya aman bila fondasi data, interoperability, cybersecurity, kompetensi, dan governance kuat. Rumah sakit dapat memulai dari use case sederhana yang menyelesaikan masalah nyata dan kemudian membangun capability secara kumulatif.

Masa depan rumah sakit mungkin dipenuhi sensor, algoritma, digital twin, robot, dan AI agent. Tetapi momen paling penting dalam pelayanan tetap sering berupa pertemuan manusia: ketika dokter menjelaskan kabar

sulit, perawat menenangkan keluarga, atau tim membantu pasien membuat keputusan. Teknologi terbaik adalah teknologi yang memberi lebih banyak ruang dan kualitas bagi momen tersebut.

pengelolaan mutu rumah sakit berbasis patient experience karena itu bukan akhir evolusi. Ia adalah prinsip adaptif bahwa teknologi dan organisasi harus terus belajar bersama masyarakat. Sistem yang cerdas adalah sistem yang mengetahui kekuatannya sekaligus batasnya; organisasi yang dewasa adalah organisasi yang mampu berinovasi sambil mempertahankan kehati-hatian.

Kesimpulannya, integrasi Artificial Intelligence dan Human-Centered Care bukan kompromi antara dua agenda. Keduanya dapat menjadi satu strategi. AI menyediakan kapasitas analitik dan otomatisasi; human-centered care memastikan kapasitas itu diarahkan kepada nilai. Rumah sakit yang berhasil menggabungkan keduanya akan bukan hanya lebih digital, tetapi lebih responsif, lebih dapat dipercaya, dan lebih manusiawi.

43. Sintesis Manajerial: Dua Belas Prinsip Patient Experience sebagai Indikator Mutu

- Patient experience adalah indikator mutu dan kapabilitas organisasi, bukan proyek keramahan.
- Kualitas pengalaman harus selalu tunduk dan terhubung pada keselamatan serta efektivitas klinis.
- PREMs mengukur pengalaman konkret; kepuasan adalah evaluasi; PROMs mengukur outcome dari perspektif pasien.
- Perjalanan pasien harus dipandang lintas unit, bukan melalui silo departemen.
- Momen dengan bobot emosional tinggi memerlukan desain komunikasi yang khusus.
- Pasien dan keluarga adalah mitra keselamatan dan co-designer, bukan sekadar responden survei.
- Data pengalaman harus menghasilkan tindakan, pemilik proses, target, dan evaluasi dampak.
- Pengalaman tenaga kesehatan dan patient experience saling terkait melalui budaya serta kapasitas kerja.
- Digitalisasi harus mengurangi friction, bukan memindahkan pekerjaan administratif kepada pasien.
- AI dapat membantu analitik dan personalisasi, tetapi memerlukan human oversight, privasi, dan audit bias.
- Equity harus dianalisis secara eksplisit agar rata-rata skor tidak menyembunyikan kelompok rentan.
- Mutu rumah sakit perlu dibaca secara integratif melalui trust, safety, outcomes, experience, workforce, equity, dan value.

Dua belas prinsip tersebut dapat dipakai sebagai agenda direksi, kerangka evaluasi program, maupun dasar pembelajaran bagi mahasiswa manajemen rumah sakit. Kekuatan utamanya terletak pada pengakuan bahwa pengalaman pasien tidak pernah berdiri sendiri. Ia adalah hasil dari interaksi antara manusia, proses, teknologi, struktur, budaya, dan keputusan alokasi sumber daya. Karena itu setiap rumah sakit dapat memiliki bentuk implementasi berbeda, tetapi prinsip-prinsip dasarnya tetap sama: dengarkan pasien secara valid, pahami perjalanan secara utuh, libatkan orang yang menjalani sistem, desain ulang akar proses, dan ukur apakah perubahan benar-benar meningkatkan kualitas hidup serta rasa aman pasien.

Glossarium

Quality Indicator: Ukuran terdefinisi yang digunakan untuk memantau aspek struktur, proses, outcome, keselamatan, pengalaman, atau nilai dalam pelayanan kesehatan.

Patient-Reported Indicator: Indikator yang bersumber langsung dari laporan pasien mengenai pengalaman atau outcome, bukan hanya dari catatan klinis atau administratif.

Top-Box Score: Persentase responden yang memilih kategori respons paling positif pada suatu item pengalaman, digunakan pada sebagian sistem pelaporan patient experience.

Case-Mix Adjustment: Penyesuaian statistik untuk mempertimbangkan perbedaan karakteristik pasien ketika membandingkan skor pengalaman antarunit atau antarorganisasi.

Patient Experience: Keseluruhan interaksi dan persepsi pasien sepanjang continuum of care yang dibentuk oleh proses, manusia, budaya, dan lingkungan pelayanan.

Patient Satisfaction: Evaluasi pasien setelah membandingkan pelayanan yang dialami dengan harapan atau standar pribadi.

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

PROMs: Patient-Reported Outcome Measures; instrumen yang mengukur outcome kesehatan dari perspektif pasien, seperti fungsi, gejala, dan kualitas hidup.

Patient-Centered Care: Pelayanan yang menghormati kebutuhan, preferensi, nilai, dan konteks individual pasien serta melibatkannya dalam keputusan.

Human-Centered Care: Pendekatan yang memperluas perhatian pada pasien, keluarga, tenaga kesehatan, dan relasi manusia di dalam sistem pelayanan.

Patient Journey: Rangkaian touchpoint yang dilalui pasien sebelum, selama, dan setelah episode pelayanan.

Touchpoint: Titik interaksi pasien dengan orang, proses, teknologi, atau lingkungan rumah sakit.

Moment that Matters: Momen dalam perjalanan pasien yang memiliki bobot emosional, klinis, atau keputusan yang tinggi.

Shared Decision-Making: Proses keputusan bersama yang menggabungkan bukti klinis dengan nilai, tujuan, dan preferensi pasien.

Teach-Back: Teknik memeriksa pemahaman pasien dengan meminta pasien menjelaskan kembali informasi menggunakan kata-katanya sendiri.

Experience-Based Co-Design: Metode perbaikan pelayanan yang menggunakan pengalaman nyata pasien dan staf untuk bersama-sama merancang ulang proses.

Listening System: Arsitektur terintegrasi untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menindaklanjuti suara pasien dari berbagai sumber.

Service Recovery: Tindakan sistematis untuk memulihkan kepercayaan setelah kegagalan pelayanan melalui pengakuan, penjelasan, solusi, dan tindak lanjut.

Patient Advisory Council: Kelompok pasien dan/atau keluarga yang secara terstruktur memberi masukan dan ikut dalam desain kebijakan atau pelayanan.

Digital Patient Experience: Pengalaman pasien ketika berinteraksi dengan kanal digital rumah sakit, seperti portal, aplikasi, telemedicine, dan messaging.

Digital Friction: Hambatan atau beban tidak perlu yang dialami pengguna ketika menyelesaikan tugas melalui sistem digital.

NLP: Natural Language Processing; teknik komputasi untuk menganalisis bahasa alami seperti komentar pasien atau keluhan.

Human-in-the-Loop: Desain sistem AI yang mempertahankan penilaian, verifikasi, atau keputusan manusia pada tahap penting.

Health Literacy: Kemampuan memperoleh, memahami, menilai, dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat keputusan.

Clinical Governance: Sistem akuntabilitas untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta keselamatan pelayanan klinis.

Quality Improvement: Pendekatan sistematis dan iteratif untuk memperbaiki proses dan hasil pelayanan.

PDSA: Plan-Do-Study-Act; siklus eksperimen perbaikan dalam skala terkontrol.

IPMA: Importance-Performance Map Analysis; analisis untuk memprioritaskan faktor yang penting tetapi kinerjanya relatif rendah.

Value-Based Healthcare: Pendekatan yang berorientasi pada outcome yang bermakna bagi pasien relatif terhadap sumber daya yang digunakan.

Continuity of Care: Kesenambungan informasi, hubungan, dan manajemen pelayanan sepanjang waktu dan antarsetting.

Psychological Safety: Kondisi tim ketika anggota merasa aman menyampaikan pertanyaan, kekhawatiran, atau kesalahan tanpa takut dipermalukan.

Experience Maturity: Tingkat kematangan organisasi dalam mengukur, mengelola, mengintegrasikan, dan bersama pasien mendesain pengalaman.

Equity: Keadilan dalam akses, proses, pengalaman, dan outcome pelayanan sesuai kebutuhan yang berbeda.

Trust: Kepercayaan pasien bahwa organisasi dan tenaga kesehatan kompeten, jujur, dapat diandalkan, dan bertindak untuk kepentingan pasien.

Daftar Pustaka

- Bate, P., & Robert, G. (2006). Experience-based design: From redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care*, 15(5), 307–310.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016527>
- 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>
- Gleeson, H., Calderon, A., Swami, V., Deighton, J., Wolpert, M., & Edbrooke-Childs, J. (2016). Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open*, 6(8), e011907. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011907>
- Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510–515. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr024>
- Manary, M. P., Boulding, W., Staelin, R., & Glickman, S. W. (2013). The patient experience and health outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368(3), 201–203. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1211775>
- OECD. (2019). Measuring what matters: The Patient-Reported Indicator Surveys. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/2148719d-en>
- OECD. (2025). Does healthcare deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>

- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829–1843. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00128-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00128-7)
- Verlis, K., et al. (2024). Australian private healthcare staff perspectives on patient reported experience measures (PREMs): A qualitative interview study. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 8, 127. <https://doi.org/10.1186/s41687-024-00809-6>
- Wolf, J. A. (2015). Why experience matters: Moving from words to action. *Creative Nursing*, 21(1), 5–10. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.21.1.5>
- Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7–19. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004>
- Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2021). Reexamining “Defining patient experience”: The human experience in healthcare. *Patient Experience Journal*, 8(1), 16–29. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1594>
- Bastemeijer, C. M., Boosman, H., van Ewijk, H., Verweij, L. M., Voogt, L., & Hazelzet, J. A. (2019). Patient experiences: A systematic review of quality improvement interventions in a hospital setting. *Patient Related Outcome Measures*, 10, 157–169. <https://doi.org/10.2147/PROM.S201737>
- Larson, E., Sharma, J., Bohren, M. A., & Tunçalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: Measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 563–569. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.225201>
- World Health Organization. (2025). Patient-reported experiences in primary care: Metrics and assessment tool, reference version. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025). Quality health services. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025). Patient-reported experiences in primary care: Guidance for implementing the assessment. World Health Organization.

Catatan Penutup

Artikel ini disusun untuk kepentingan akademik, pengajaran, dan diskusi manajemen rumah sakit. Penggunaan patient experience sebagai indikator mutu harus disesuaikan dengan konteks klinis, karakteristik populasi, validitas instrumen, kebijakan rumah sakit, regulasi yang berlaku, serta prinsip perlindungan data dan etika. Skor pengalaman tidak dimaksudkan menggantikan indikator keselamatan atau outcome klinis, melainkan melengkapinya dalam sistem mutu yang berpusat pada manusia.