

TESIS

**PENILAIAN IMPLEMENTASI *ORGANIZATIONAL HEALTH LITERACY*
(OHL) DALAM MENINGKATKAN KAPASITAS *HEALTH LITERACY*
PASIEEN DI RUMAH SAKIT PEMERINTAH PROVINSI
SULAWESI SELATAN**



**NUR CHAIRUL
R012211008**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

TESIS

**PENILAIAN IMPLEMENTASI *ORGANIZATIONAL HEALTH LITERACY*
(OHL) DALAM MENINGKATKAN KAPASITAS *HEALTH LITERACY*
(HL) PASIEN DI RUMAH SAKIT PEMERINTAH PROVINSI
SULAWESI SELATAN**

*Assessment of Organizational Health Literacy (OHL) Implementation in
Enhancing Patients' Health Literacy (HL) Capacity in
Government Hospitals of South Sulawesi Province*



**NUR CHAIRUL
R012211008**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

TESIS

**PENILAIAN IMPLEMENTASI *ORGANIZATIONAL HEALTH LITERACY*
(OHL) DALAM MENINGKATKAN KAPASITAS *HEALTH LITERACY*
(HL) PASIEN DI RUMAH SAKIT PEMERINTAH PROVINSI
SULAWESI SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh

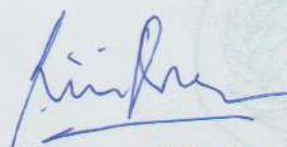
NUR CHAIRUL

Nomor Pokok: R012211008

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 26 Juli 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Kusriani Semarwati Kadar, S.Kp., MN., Ph.D
NIP. 19760311 200501 2 003



Dr. Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19830415 201012 2 006

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes
NIP. 19740422 199903 2 002



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Nur Chairul
NIM : R012211008
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judul : Penilaian Implementasi *Organizational Health Literacy* (OHL) Dalam Meningkatkan Kapasitas *Health Literacy* (HL) Pasien Di Rumah Sakit Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan .

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini, asli hasil pemikiran sendiri dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain, maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 16 Juni 2023

Yang menyatakan



(Nur Chairul)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga dapat menyelesaikan proposal tesis ini dengan judul “Penilaian Implementasi *Organizational Health Literacy* (OHL) Dalam Meningkatkan Kapasitas *Health Literacy* (HL) Pasien Di Rumah Sakit Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan”.

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik dari keluarga, dosen mata kuliah, maupun rekan-rekan mahasiswa. Secara khusus, kami mengucapkan terima kasih kepada Ibu Kusrini S. Kadar, S.Kp., MN., Ph.D sebagai Pembimbing I dan Ibu DR. Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Pembimbing II atas ketulusan memberikan bimbingan dan masukan dalam penyelesaian hasil tesis ini.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
4. Penguji tesis, Syahrul, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D, Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, dan Dr. Andina Setyawati, S.Kep., Ns., M.Kep yang telah memberikan masukan serta saran dalam penyusunan tesis ini.

5. Para Dosen dan Staf pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu dalam proses pendidikan berlangsung.
6. Direktur UPT. RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan, RSUD Labuang Baji, RSUD Haji, RSUD Sayang Rakyat, RSKDIA Pertiwi, RSKDIA Siti Fatimah, dan RSKD Gigi & Mulut yang telah memberikan izin penelitian dan para responden yang telah bersedia menjadi sampel pada penelitian ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan tesis ini terdapat beberapa kekurangan, baik dari hal penulisan hingga penyusunan tata bahasa yang belum sesuai dengan kaidah Kamus Besar Bahasa Indonesia. Olehnya itu, penulis sebagai penyusun berharap dapat memperoleh masukan, baik saran maupun kritik yang bersifat membangun agar kami dapat melakukan perbaikan-perbaikan.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, 26 Juli 2023

Yang menyatakan



(Nur Chairul)

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGAJUAN TESIS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN TESIS.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Pernyataan Originalitas.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan Umum Health Literacy.....	9
1. Pengertian <i>Health Literacy</i>	9
2. Konsep <i>Health Literacy</i>	12
3. Dimensi <i>Health Literacy</i>	16
4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Health Literacy</i>	19
5. Pengukuran <i>Health Literacy</i>	20
B. Tinjauan Umum <i>Organizational Health Literacy</i> (OHL).....	29
C. Tinjauan Umum Kualitas Pelayanan.....	41
1. Pengertian Kualitas Pelayanan.....	42
2. Dimensi Mutu.....	43
3. Mutu Pelayanan Kesehatan.....	47
D. Kerangka Teori.....	49
BAB III KERANGKA KONSEP.....	50
A. Kerangka Konsep Penelitian.....	50
B. Variabel Penelitian.....	51

C.	Definisi Operasional	51
BAB IV	METODE PENELITIAN	53
A.	Desain Penelitian	53
B.	Tempat dan Waktu Penelitian.....	53
1.	Waktu	53
2.	Tempat.....	54
C.	Populasi dan Sampel Penelitian.....	54
1.	Populasi.....	54
2.	Sampel	55
3.	Teknik Sampling	56
D.	Instrumen, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data	57
1.	Instrumen.....	57
2.	Prosedur Pengumpulan Data	59
E.	Analisa Data.....	60
F.	Etik Penelitian.....	60
G.	Alur Penelitian	63
BAB V	HASIL PENELITIAN	64
A.	Penilaian Staf Rumah Sakit Terkait Implementasi OHL.....	64
1.	Karakteristik Responden	64
2.	Penilaian Implementasi HLHO-10 di Rumah Sakit	66
B.	Penilaian Pasien Terkait Implementasi OHL.....	70
1.	Karakteristik Responden	70
2.	Penilaian Implementasi CAHPS-HL	74
BAB VI	DISKUSI	78
A.	Penilaian Staf Rumah Sakit Terkait Implementasi OHL.....	78
B.	Penilaian Pasien Terkait Implementasi OHL.....	81
C.	Implementasi OHL dalam Peningkatan HL Pasien	86
D.	Implikasi Dalam Keperawatan.....	88
E.	Keterbatasan Penelitian.....	90
BAB VII	PENUTUP.....	91
A.	Kesimpulan	91
B.	Saran	91
DAFTAR	PUSTAKA	92

Lampiran100

ABSTRAK

NUR CHAIRUL. Penilaian Implementasi *Organizational Health Literacy* (OHL) Dalam Meningkatkan Kapasitas *Health Literacy* (HL) Pasien di Rumah Sakit Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan (dibimbing oleh Kusrini S. Kadar dan Erfina)

Latar Belakang: Implementasi OHL di rumah sakit belum menjadi prioritas pelayanan kesehatan. Sementara hal tersebut dibutuhkan untuk meningkatkan pemahaman pasien dalam pengambilan keputusan. **Tujuan:** Untuk mengetahui penilaian implementasi OHL dalam meningkatkan kapasitas HL pasien di tujuh rumah sakit Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dari perspektif staf maupun pasien. **Metode:** Desain kuantitatif deskriptif analitik dengan metode survei. Penilaian OHL dari perspektif staf menggunakan instrumen HLHO-10 (skala 1-5, 5 “mencakup keseluruhan”), dan dari perspektif pasien menggunakan CAHPS-HL. Kriteria inklusi staf adalah staf klinis dan nonklinis yang tidak cuti/tugas belajar sebanyak 239. Kriteria inklusi pasien adalah pasien (≥ 18 tahun), rawat inap > 24 jam, pasien persiapan pulang, dan tidak di rawat di ruang kritis sebanyak 182. Analisa data menggunakan statistik deskriptif secara univariat. **Hasil:** Penilaian implementasi OHL menggunakan HLHO-10 dari tujuh rumah sakit menunjukkan domain komunikasi tentang biaya perawatan (skor rerata 4,28) merupakan domain dengan skor tertinggi sedangkan pelatihan karyawan (3,25), keterampilan HL (3,33), dan variasi media (3,43) merupakan domain terendah. Penilaian menggunakan CAHPS-HL pada enam rumah sakit secara keseluruhan 72% OHL telah diterapkan. Penerapan HL rendah pada domain informasi tentang cara merawat diri di rumah (34%), komunikasi tentang formulir (54%), dan komunikasi tentang hasil pemeriksaan (71,14%). **Kesimpulan:** Penilaian implementasi OHL baik dari perspektif staf maupun pasien masih terbatas sehingga diperlukan kebijakan untuk mendorong partisipasi aktif staf maupun pasien dalam meningkatkan kapasitas HL dan kualitas pelayanan.

Kata Kunci: *Health literacy; Kualitas pelayanan kesehatan; Organizational health literacy*

ABSTRACT

NUR CHAIRUL. Assessment of Organizational Health Literacy (OHL) Implementation in Enhancing Patients' Health Literacy (HL) Capacity in Government Hospitals of South Sulawesi Province (supervised by Kusrini S. Kadar and Erfina).

Background: Implementation of Organizational Health Literacy (OHL) in hospitals has not become a priority for health services, even though it is important to increase patient understanding in decision making. **Purpose:** The aim of this study was to assess the implementation of OHL in seven South Sulawesi Provincial Government hospitals and its impact on patient health literacy capacity, both from the perspective of staff and patients. **Methods:** This study uses a descriptive quantitative analytical design with a survey method. OHL was assessed from a staff perspective using the HLHO-10 instrument (graded on a scale of 1-5, with 5 indicating comprehensive coverage), and from a patient perspective using the CAHPS-HL. Inclusion criteria for staff were clinical and non-clinical employees who were not on leave or study assignments, a total of 239. Patient inclusion criteria were patients aged 18 years and over, hospitalized for more than 24 hours, preparing to go home, and not receiving treatment in critical care settings (182 in total). Data analysis was performed using univariate descriptive statistics. **Results:** The assessment of OHL implementation using HLHO-10 from seven hospitals reveals that the communication domain regarding treatment costs (average score 4.28) is the highest-scoring domain, while employee training (3.25), HL skills (3.33), and media variations (3.43) constitute the lowest-scoring domains. The assessment utilizing CAHPS-HL across six hospitals demonstrates an overall 72% implementation of OHL. Low HL application is observed in the information domain pertaining to self-care at home (34%), communication about forms (54%), and communication concerning examination results (71.14%). **Conclusion:** Assessment of the implementation of OHL from both staff and patient perspectives reveals limitations, indicating the need for policies to encourage active participation of staff and patients in improving health literacy capacity and service quality.

Keywords: Health literacy; Quality of health services; Organizational health literacy

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Selain menyediakan perawatan medis, rumah sakit juga berfungsi membantu pasien dalam memahami kondisi dan perawatannya (Permenkes, 2018). Rumah sakit bukan lagi sekedar tempat merawat pasien, tetapi dapat juga dipandang sebagai pusat kesehatan mandiri bagi masyarakat (Raynor, 2012). Jika pusat kesehatan mempromosikan, mengatur, melaksanakan dan mengevaluasi kegiatan pendidikan kesehatan, hal ini dapat memberikan pengaruh jangka panjang terhadap perilaku pasien dan keluarganya dalam meningkatkan kesehatannya (Wang & Lo, 2021). Namun, rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan memiliki berbagai permasalahan dan tantangan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna.

Penyedia layanan kesehatan memiliki permasalahan yang kompleks seperti meningkatnya populasi lansia, pertumbuhan penyakit kronis, meningkatnya biaya perawatan, kurangnya tenaga kesehatan dan perubahan akan harapan masyarakat (Australian Institute of Health and Welfare, 2012). Kompleksitas sistem perawatan kesehatan tersebut membuat sepertiga orang dewasa di Amerika Serikat sulit menerima perawatan terbaik (ME et al., 2006). Sementara, penyediaan layanan kesehatan yang aman, merata, mudah diakses, dan pengelolaan rawat inap yang sebenarnya dapat dihindari merupakan

tantangan yang berkelanjutan bagi semua penyedia layanan kesehatan (National Health Performance Authority, 2013). Dengan demikian, untuk menghadapi permasalahan dan tantangan tersebut diperlukan *Health Literacy* (HL) pasien yang dirawat di rumah sakit.

HL telah menjadi isu penting dalam sistem kesehatan karena berhubungan dengan pemanfaatan, efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan. Survei HLS-EU telah menemukan bahwa lebih dari 40% populasi Eropa memiliki HL yang terbatas, dengan prevalensi sekitar 30% di Belanda hingga 60% di Bulgaria (Noordman et al., 2019). HL bukan hanya sumber daya individu tetapi juga merupakan sumber daya masyarakat yang menghasilkan keuntungan sosial, yaitu dengan menggerakkan masyarakat untuk mengatasi faktor-faktor determinan kesehatan, sosial, ekonomi dan lingkungan. HL yang tinggi akan membuat masyarakat dapat mengontrol kesehatannya serta membantu mereka dengan mudah untuk memanfaatkan informasi kesehatan yang bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya (Peerson & Saunders, 2009). Oleh sebab itu, HL sangat berperan dalam pemberdayaan masyarakat dan individu untuk memahami informasi kesehatannya.

Beberapa hasil penelitian sebelumnya terkait dampak HL menunjukkan bahwa HL sangat diperlukan oleh individu untuk mengakses dan memahami semua informasi serta dukungan yang mereka butuhkan untuk mengelola penyakit akut yang tidak terduga atau kondisi kronis yang ada secara tepat (Jessup et al., 2017). Oleh karena itu, Individu dengan tingkat HL yang rendah berisiko lebih besar terkena penyakit kronis dan diketahui memiliki tingkat

rawat inap yang lebih tinggi, kesalahan pengobatan, hasil kesehatan lebih buruk pada anak-anak dan peningkatan angka kematian dibandingkan dengan individu dengan HL yang memadai (Bostock & Steptoe, 2012). Menurut Mullen (2013) individu yang memiliki HL rendah meliputi individu dengan tingkat pendidikan yang rendah, status minoritas, lansia, dan orang yang memiliki kemampuan kognitif rendah (Mardiana et al., 2020), masalah HL ini didapatkan pada orang-orang yang memiliki usia yang lebih tua dengan tingkat pendidikan yang rendah (Sørensen et al., 2015). Penelitian lain mengemukakan bahwa kurangnya keterampilan HL yang berdampak pada hasil yang tidak diinginkan seperti kepatuhan terhadap pengobatan, keterampilan manajemen diri, pemanfaatan perawatan darurat dan rawat inap yang lebih sering (Altin & Stock, 2016). Disamping itu, dampak positif tingkat HL individu dikaitkan dengan hasil kesehatan yang lebih baik (Berkman et al., 2011; Kaphingst et al., 2014) dan penurunan pengeluaran kesehatan (Eichler et al., 2009; Hardie et al., 2011). Dengan demikian, HL yang dimiliki oleh individu memberikan dampak positif dan negatif terkait masalah kesehatannya.

Implementasi HL di rumah sakit saat ini belum menjadi prioritas pelayanan kesehatan, padahal HL merupakan isu yang semakin penting di bidang kesehatan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa organisasi kesehatan saat ini masih berfokus pada pengembangan pengobatan (Pelikan & Ganahl, 2017) dan salah satu faktor penting yang mempengaruhi implementasi HL adalah peran petugas kesehatan melalui kegiatan pendidikan kesehatan. Untuk mencapai tujuan pendidikan kesehatan petugas kesehatan harus memiliki HL yang lebih tinggi, sehingga dapat membangun komunikasi yang

efektif, dapat mengidentifikasi individu dengan HL yang rendah serta dapat melakukan pendekatan komunikasi yang tepat agar informasi kesehatan yang disampaikan dapat dimengerti oleh individu dan masyarakat (Budhathoki et al., 2019). Oleh karenanya HL sangat penting diterapkan di rumah sakit dan petugas kesehatan harus mempunyai pemahaman terkait HL.

Berdasarkan survei pada tahun 2019 yang dirilis oleh *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD), dan dilakukan oleh *Program for International Student Assessment* (PISA), Indonesia menempati ranking ke 62 dari 70 negara, ini membuktikan bahwa tingkat literasi di Indonesia tergolong masih rendah dibandingkan dengan negara-negara lainnya (Mandels, 2021). Penelitian lain menguatkan hal tersebut, bahwa tidak semua petugas kesehatan di Indonesia paham tentang HL, walaupun sudah banyak penelitian yang dilakukan terkait dengan HL. Masih rendahnya pengetahuan, sikap positif penyedia layanan kesehatan terutama perawat dan masih banyaknya hambatan dalam penerapan HL di pelayanan kesehatan (Sriyanah et al., 2019).

Salah satu hambatannya adalah metode komunikasi yang tidak efektif dan kurangnya informasi yang diberikan kepada pasien disebabkan karena tingkat pengetahuan perawat yang rendah atau sebenarnya perawat memiliki tingkat pengetahuan dan pengalaman yang cukup tentang HL tetapi tidak cukup siap untuk memberikan informasi terkait HL (Mohebi et al., 2018). Ini dibuktikan dengan adanya sebanyak 71% petugas kesehatan tidak mengetahui dan tidak memahami mengenai HL termasuk akibatnya pada perawatan pasien (Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011). Faktor lainnya adalah

keterbatasan waktu dan sumber daya manusia dari PPA untuk melakukan penilaian HL di lingkungan klinis (Rajah et al., 2017), sehingga muncul kesenjangan pada implementasi HL di rumah sakit.

Menurut Rudd et al (2003) kesenjangan HL tersebut muncul karena adanya tuntutan pasien dan permasalahan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks. Dimana kesenjangan ini dapat menyebabkan persepsi negatif bagi individu dengan keterbatasan HL yang mengakibatkan sulit untuk mengakses dan mencari pelayanan kesehatan, berkomunikasi dengan profesional kesehatan, memahami informasi, dan terlibat dalam pengambilan keputusan dan manajemen diri (Van der Heide et al., 2015). Kesenjangan tersebut berdampak besar pada pasien seperti mempengaruhi keselamatan pasien, kualitas perawatan dan hasil kesehatannya. Untuk mengurangi dan mencegah masalah tersebut perlu dipahami bahwa masalah literasi kesehatan tidak hanya menjadi beban individu, tetapi sistem kesehatan dan organisasi kesehatan juga memiliki peranan penting yang disebut dengan *organizational health literacy* (OHL) (Brach et al., 2012).

OHL adalah merupakan upaya menyeluruh dari suatu organisasi untuk memudahkan individu, mengarahkan, memahami dan menggunakan informasi dan layanan untuk meningkatkan derajat kesehatannya (Brach, 2017; Farmanova et al., 2018). Konsep OHL pada rumah sakit bertujuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan mudah digunakan, termasuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, mendorong kesetaraan dan sistem kesehatan yang responsif, mendukung individu untuk mencari

sistem pelayanan kesehatan tersebut, dan melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya (Annarumma & Palumbo, 2016).

Implementasi OHL sangat dibutuhkan untuk mengurangi keterbatasan pemahaman individu terhadap HL melalui pendekatan pada tingkat pasien, tenaga profesional, dan organisasi penyedia layanan kesehatan itu sendiri (Zanobini et al., 2020). Pada tingkat pasien, implementasi OHL dapat meningkatkan komunikasi lisan, tertulis, dan digital serta aksesibilitas terhadap pelayanan, melibatkan pasien secara aktif dalam meningkatkan informasi dan pelayanan kesehatan. Pada tingkat tenaga profesional, implementasi OHL dapat meningkatkan kapasitas dan kemampuan dalam berkomunikasi terkait literasi kesehatan. Peningkatan HL pada organisasi dengan melibatkan beberapa domain seperti kepemimpinan dan budaya, kebijakan organisasi, proses alur, dan struktur organisasi dapat meningkatkan kualitas pelayanan (Farmanova et al., 2018). Oleh karena itu, peneliti ingin melakukan penelitian terkait penilaian implementasi OHL dalam meningkatkan kapasitas HL pasien di rumah sakit Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan.

B. Rumusan Masalah

Di negara-negara maju, perspektif pasien merupakan parameter penting yang digunakan untuk menyusun strategi tata kelola rumah sakit. Kurangnya keterampilan HL berdampak pada hasil yang tidak diinginkan. Implementasi OHL sangat dibutuhkan untuk mengurangi keterbatasan pemahaman individu terhadap HL melalui pendekatan pada tingkat pasien, tenaga profesional, dan organisasi penyedia pelayanan kesehatan. Pada tingkat pasien, implementasi OHL dapat meningkatkan komunikasi lisan, tertulis, dan digital serta

aksesibilitas terhadap pelayanan, melibatkan pasien secara aktif dalam meningkatkan informasi dan pelayanan kesehatan. Pada tingkat tenaga profesional, implementasi OHL dapat meningkatkan kapasitas dan kemampuan dalam berkomunikasi terkait literasi kesehatan. Peningkatan HL pada organisasi dengan melibatkan beberapa domain seperti kepemimpinan dan budaya, kebijakan organisasi, proses alur, dan struktur organisasi dapat meningkatkan kualitas pelayanan.

Oleh karena itu, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana penilaian implementasi OHL dalam peningkatan kapasitas *health literacy* (HL) pasien di rumah sakit Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan diketahuinya implementasi OHL dalam meningkatkan kapasitas HL pasien di rumah sakit Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahuinya penilaian implementasi OHL dalam meningkatkan kapasitas HL pasien di rumah sakit Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dari perspektif staf.
- b. Diketahuinya penilaian implementasi OHL dalam meningkatkan kapasitas HL pasien di rumah sakit Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dari perspektif pasien.

D. Pernyataan Orisinalitas

Keaslian penelitian bertujuan untuk menjamin orisinalitas dan menemukan kebaruan dari penelitian ini. HL merupakan area yang menjadi fokus penelitian pada abad 21 berbarengan dengan perubahan pandangan pelayanan kesehatan menjadi *patient centered care* (PCC). Kemampuan pasien dalam mengenali, memahami, mengambil keputusan dan berperan aktif dalam proses perawatannya ikut berpengaruh pada hasil klinis pasien. Oleh karena itu, kajian yang berhubungan dengan HL juga berkembang pesat. Hal ini sejalan dengan meningkatnya penelitian yang berkaitan dengan HL. Hasil penelitian menyebutkan bahwa penerapan perencanaan dan implementasi OHL masih terbatas (Farmanova et al., 2018). Hingga saat ini, sebagian implementasi hanya berfokus pada penilaian masalah HL pada tenaga profesional. Sedangkan untuk pasien dan organisasi pelayanan kesehatan belum secara menyeluruh di implementasikan hanya sebatas petunjuk arah, komunikasi tertulis, digital dan lisan (Lloyd et al., 2018). Implementasi OHL dapat dilihat dari dua sudut pandang yaitu perencanaan yang tujuannya untuk mengurangi tuntutan dalam organisasi pelayanan kesehatan, dan penilaian masalah HL dari perspektif pasien, tenaga profesional dan pengamat independen (Lloyd et al., 2018). Berdasarkan uraian diatas bahwa penilaian HL dinilai hanya dari perspektif tenaga kesehatan. Oleh karena itu, orisinalitas dalam penelitian ini adalah penilaian implementasi OHL dilihat dari perspektif pasien dan organisasi dengan menggunakan instrumen CAHPS-HL dan HLHO-10.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Health Literacy

Health literacy (HL) kini menjadi perhatian di beberapa negara maju di dunia seperti Amerika, Eropa, dan Asia. Konsep HL semakin penting dalam kesehatan masyarakat dan perawatan kesehatan, terutama mengingat tuntutan kesehatan yang semakin kompleks dalam masyarakat modern. HL berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat keputusan yang tepat terkait dengan kesehatan dan perawatan medis.

1. Pengertian *Health Literacy*

Istilah HL pertama kali digunakan pada tahun 1970-an, dalam tulisan yang membahas tentang pendidikan kesehatan dianggap sebagai komponen kebijakan sosial (Simonds, 1974), hingga saat ini merupakan topik utama dalam bidang kesehatan di abad 21 dan sampai muncul sejumlah definisi terkait dengan HL. Sangat penting bagi seseorang untuk memiliki kemampuan untuk mengelola kesehatan dan untuk menjalankan sistem kesehatan. HL digunakan di Amerika Serikat (terutama di pusat medis) untuk mempelajari efektivitas HL pada hasil pengobatan, terutama pada pasien dengan tingkat HL yang tidak memadai (Nutbeam, 2000).

HL tidak hanya mengarah untuk memperkirakan HL individu tetapi juga merupakan dasar bagi organisasi kesehatan untuk memberikan pelayanan kepada pasien dan masyarakat untuk memastikan kesehatan dan

kesejahteraannya (Charoghchian Khorasani et al., 2020). HL diartikan sebagai keterampilan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mendapatkan akses, memahami dan menggunakan informasi dengan cara mempromosikan dan mempertahankan kesehatan yang baik. HL berarti berbagai keterampilan yang dikembangkan orang untuk mencari, memahami, mengevaluasi dan menggunakan informasi kesehatan dalam mengurangi risiko kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup (Sørensen et al., 2012).

HL adalah tingkat dimana individu memiliki kapasitas untuk memperoleh, memproses, dan memahami informasi pelayanan kesehatan dasar yang diperlukan untuk membuat keputusan kesehatan yang tepat (Medicine, 2001). Sedangkan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) literasi diartikan sebagai kemampuan menulis dan membaca, kemampuan atau keterampilan dalam bidang atau aktivitas tertentu, serta kemampuan seseorang dalam mengolah informasi dan pengetahuan untuk keterampilan hidup. Adapun beberapa definisi HL dirangkum dalam tabel berikut (Sørensen et al., 2012).

Tabel 2. 1 Definisi Health Literacy (HL)

Nama pakar	Definisi
WHO (1998)	Keterampilan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mendapatkan akses informasi, memahami dan menggunakan informasi untuk mempromosikan dan menjaga kesehatan dengan baik.
Institute of Medicine (2004)	Kapasitas seseorang untuk mendapatkan, memproses, dan mengerti informasi dasar kesehatan dan pelayanan yang dibutuhkan dalam membuat keputusan yang sesuai terkait kondisi kesehatannya
Nutbeam (2000)	<i>Health literacy</i> terdiri dari 3 macam: a. Literasi fungsional didefinisikan sebagai kemampuan yang memadai dalam membaca

Nama pakar	Definisi
	<p>dan menulis. Dalam konteks kesehatan kemampuan ini berhubungan dengan resep obat, kartu kontrol, label obat dan perencanaan perawatan kesehatan di rumah.</p> <p>b. Literasi interaksi/komunikasi didefinisikan sebagai kombinasi antara kemampuan kognitif dan sosial yang digunakan untuk ikut berpartisipasi aktif dalam kegiatan sehari-hari, menyaring informasi dan mendapatkan makna dari berbagai bentuk komunikasi untuk selanjutnya dapat digunakan dalam memberikan informasi baru dalam perubahan.</p> <p>c. Literasi kritikal diartikan sebagai perpaduan keterampilan kognitif dan sosial yang digunakan untuk menganalisis informasi secara kritis, kemudian menggunakan informasi tersebut untuk melakukan kontrol yang lebih besar atas suatu peristiwa atau situasi kehidupan.</p>
Paasche-Orlow & Wolf (2007)	<i>Health literacy</i> berkaitan dengan keterampilan yang dimiliki individu yang diperlukan membuat keputusan terkait kesehatan. <i>Health literacy</i> tidak hanya mencakup kemampuan seseorang, tetapi juga kompleksitas tugas khusus yang dihadapi dan harus diselesaikan.
Nazmi, Galio, Rudolfo, Ridha Restilla (2015)	<i>Health literacy</i> adalah tingkat kemampuan individu untuk mendapat, memproses serta memahami informasi kesehatan dasar dan pelayanan yang dibutuhkan untuk membuat keputusan terkait kesehatan yang sesuai.
Kickbusch, Wait & Maag (2005)	Kemampuan untuk membuat keputusan, mencari informasi, bertanggung jawab atas kesehatannya dalam konteks kehidupan sehari-hari (rumah, masyarakat, tempat kerja, sistem perawatan kesehatan). Hal ini merupakan strategi pemberdayaan dalam meningkatkan kontrol masyarakat atas kesehatan mereka sendiri.
EU (2007)	Kemampuan seseorang dalam membaca, menyaring, dan memahami informasi kesehatan sehingga membentuk penilaian/derajat kesehatan yang optimal

Berdasarkan definisi yang telah dijabarkan di atas sebagian besar peneliti beranggapan bahwa HL adalah suatu konsep yang berfokus pada kemampuan membaca atau fungsional individu. Tetapi dengan berkembangnya penelitian tentang HL yang menjelaskan bahwa HL

mencakup banyak dimensi, heterogen dan kompleks serta melibatkan banyak faktor misalnya sistem pelayanan kesehatan, budaya dan status sosial ekonomi. HL adalah kemampuan seseorang dalam menggunakan keterampilan fungsional (membaca, menilai, memahami) dan keterampilan sosial (mencari informasi, menyaring informasi, berinteraksi, komunikasi) sebagai dasar untuk membuat keputusan terkait dengan kondisi kesehatan dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor individu, lingkungan, sistem pelayanan kesehatan, dan sosial ekonomi.

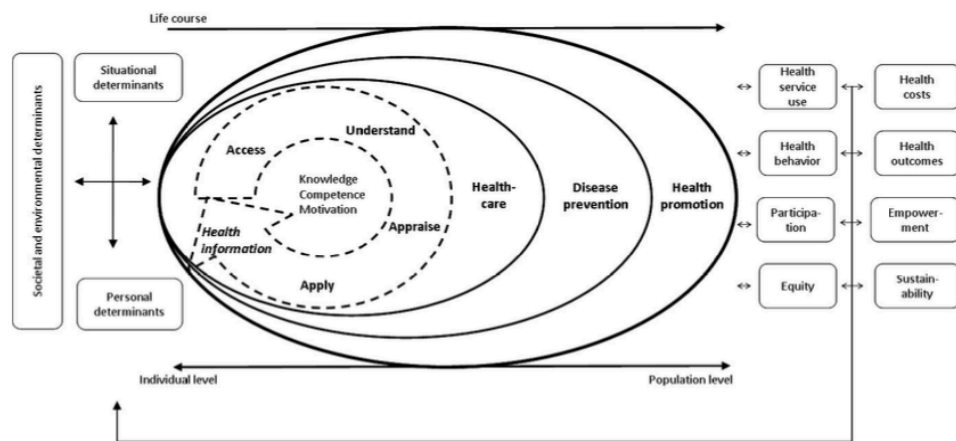
2. Konsep *Health Literacy*

HL merupakan topik yang hangat diperbincangkan oleh para peneliti. Terdapat perbedaan pendapat oleh para ahli dalam kaitannya dengan konsep HL. Walaupun demikian sektor politik merupakan sektor yang cukup menguntungkan untuk mempromosikan HL. HL sebaiknya didiskusikan oleh berbagai komponen, konsep ini juga harus meliputi dalam lingkup keilmuan, termasuk didalamnya membahas tentang metode dan kualitas (Sørensen et al., 2012).

HL adalah konten dan konteks khusus yang menyangkut kapasitas individu untuk memenuhi tuntutan kesehatan yang kompleks dalam masyarakat modern (Nutbeam, 2015; Sørensen, Pelikan, Röthlin, Ganahl, Slonska, Doyle, Fullam, Kondilis, Agrafiotis, Uiters, Falcon, Mensing, Tchamov, van den Broucke, et al., 2015). Ini terkait erat dengan prinsip utama promosi kesehatan, yang dipandang sebagai aset pribadi dan kelompok untuk mencapai otonomi dan kendali yang lebih besar atas

pengambilan keputusan kesehatan (Nutbeam, 2015). HL merupakan faktor penting dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan dan juga dianggap sebagai komponen penting dalam manajemen diri (Sørensen, Pelikan, Röthlin, Ganahl, Slonska, Doyle, Fullam, Kondilis, Agrafiotis, Uiters, Falcon, Mensing, Tchamov, van den Broucke, et al., 2015).

Model konseptual menguraikan dimensi utama HL (diwakili dalam bentuk oval konsentris di tengah) dan model logis yang menunjukkan faktor proksimal dan distal yang berdampak pada HL, juga sebagai jalur yang menghubungkan HL dengan *health outcomes* (Sørensen et al., 2012).



Gambar 2. 1 Model konseptual terpadu health literacy

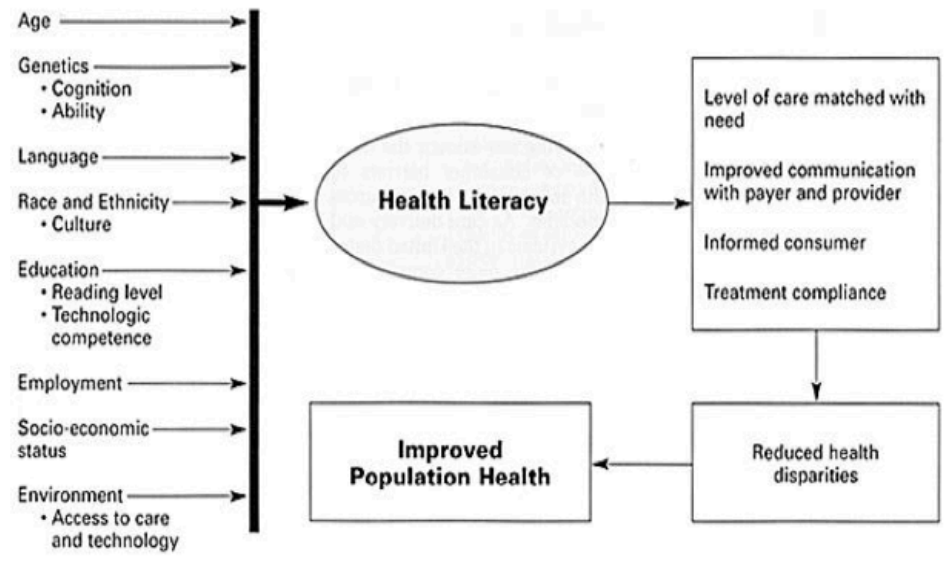
Model konseptual terpadu HL diatas menunjukkan hubungan antara HL dan faktor-faktor sosial dan lingkungan seperti; sosio-ekonomi, pekerjaan, pendapatan, dukungan sosial, budaya, bahasa, lingkungan dan politik, media sosial, kerabat dan keluarga (Sørensen et al., 2012). Kompetensi yang terkait dengan proses mengakses, memahami, menilai dan menerapkan informasi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Proses tersebut terdiri dari empat kompetensi yaitu 1) akses, mengacu pada keterampilan mencari, menemukan, dan memperoleh informasi kesehatan; 2)

pemahaman, mengacu pada kemampuan untuk memahami informasi yang diakses; 3) menilai, gambaran kemampuan untuk menginterpretasi, menyaring, menilai dan mengevaluasi informasi kesehatan yang telah diakses; dan 4) menerapkan, mengacu pada kemampuan untuk menyampaikan dan menggunakan informasi tersebut untuk membuat keputusan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan. Tiap kompetensi tersebut mewakili dimensi penting dari HL, dibutuhkan kualitas kognitif tertentu dan bergantung pada kualitas informasi yang diterima (Magasi et al., 2009).

Mendapatkan dan mengakses informasi kesehatan bergantung pada pemahaman, waktu, dan kepercayaan; memahami informasi bergantung pada ekspektasi, manfaat yang dirasakan, hasil tiap individu, dan interpretasi kausalitas; pengolahan dan penilaian informasi bergantung pada kompleksitas, dan pemahaman informasi; dan komunikasi yang efektif bergantung pada pemahaman. Kompetensi tersebut juga menggabungkan kualitas *functional/basic* yaitu keterampilan dasar yang cukup dalam terkait menulis dan membaca informasi kesehatan untuk dapat digunakan secara efektif dalam kegiatan sehari-hari, *communicative/interactive* adalah keterampilan kognitif dan tingkat literasi yang lebih baik, dengan keterampilan sosial untuk berperan aktif untuk mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari dan *critical health literacy* yaitu keterampilan kognitif yang lebih maju, dengan keterampilan sosial, untuk diterapkan secara kritis untuk menganalisis informasi dan menggunakan informasi

tersebut untuk kontrol yang lebih besar terhadap suatu peristiwa contohnya dalam program pengkaderan masyarakat (Nutbeam, 2000).

Dalam model *Determinants of Health Literacy* dari (Pawlak, 2005) menunjukkan determinan-determinan yang dapat mempengaruhi HL yaitu usia, genetik, bahasa, ras dan etnis, pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi dan faktor lingkungan (akses pelayanan kesehatan dan teknologi informasi). HL itu sendiri juga merupakan determinan untuk kesehatan populasi.



Gambar 2.2 Model *Determinants of health literacy*

Model *Improving Functional Health Literacy* berfokus pada pengembangan keterampilan membaca dan kemampuan untuk menerapkan keterampilan dalam pengambilan keputusan kesehatan dalam kehidupan sehari-hari terutama dalam area klinis. Selain itu, model tersebut juga dapat digunakan untuk menemukan cara meningkatkan kualitas organisasi pelayanan kesehatan. Waktu yang terbatas di klinik sering membatasi komunikasi antara petugas kesehatan dengan pasien terkait informasi

tentang risiko kesehatan, informasi terkait pengobatan serta informasi terkait layanan perawatan. Oleh karena itu perlu mengefektifkan waktu yang ada untuk tetap dapat memberikan informasi kepada pasien terkait prosedur perawatan kesehatannya maupun prosedur pengobatan (Nutbeam, 2008).



Gambar 2.3 *Framework Model Improving functional HL as a risk*

Dari perspektif kesehatan masyarakat HL dipandang sebagai aset yang harus dibangun, sebagai hasil dari pendidikan dan komunikasi kesehatan yang mendukung pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait dengan kesehatan. Tindakan untuk meningkatkan HL difokuskan pada pengembangan pengetahuan kesehatan spesifik usia dan konteks, serta efikasi diri yang diperlukan seseorang untuk mengontrol dan mengambil keputusan terkait dengan kesehatannya (Nutbeam, 2000).

3. Dimensi *Health Literacy*

Menurut *National Assessment of Adult Literacy (NAAL)* dalam (Kutner et al., 2006) HL dibagi menjadi 3 dimensi:

1. *Prose literacy* yaitu pengetahuan dan keahlian yang diperlukan untuk mencari, memahami dan menggunakan informasi dari bacaan (rangkaian kalimat dalam paragraf). Contohnya mengumpulkan informasi kesehatan melalui media cetak maupun media internet.
2. *Document literacy* yaitu pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki individu untuk dapat memahami dan menggunakan teks, brosur, bacaan dalam berbagai jenis format (daftar, baris, kolom, matriks, dan grafik). Contohnya seperti mengisi formulir pendaftaran saat berobat, mencari lokasi fasilitas kesehatan pada peta, dan memahami dosis obat yang tepat pada label obat.
3. *Quantitative literacy* yaitu pengetahuan dan kemampuan yang diperlukan untuk menghitung, menggunakan informasi dan angka bentuk cetak. Contohnya adalah jika seorang pasien dihadapkan pada biaya asuransi yang berbeda dan mereka dapat membandingkannya, menghitung informasi gizi pada label makanan, memahami waktu minum obat dan menyesuaikan dosis obat jika terjadi perkembangan kondisi.



Gambar 2.4 Dimensi *health literacy* NAAL

Tabel 2. 2 Dimensi *health literacy* NAAL

HEALTH LITERACY	Akses atau mendapatkan informasi kesehatan	Memahami informasi berkaitan dengan kesehatan	Menilai, menjustifikasi atau mengevaluasi informasi kesehatan	Menerapkan atau menggunakan informasi kesehatan
Pelayanan Kesehatan (<i>Health Care</i>)	Kemampuan mengakses informasi medis atau isu klinik	Kemampuan memahami informasi kesehatan dan menarik kesimpulan	Kemampuan mengartikan dan mengevaluasi informasi kesehatan	Kemampuan membuat keputusan berdasarkan informasi kesehatan
Pencegahan Penyakit (<i>Disease Prevention</i>)	Kemampuan mengakses informasi pada faktor risiko	Kemampuan memahami informasi kesehatan pada faktor risiko dan menarik kesimpulan	Kemampuan mengartikan dan mengevaluasi informasi kesehatan pada faktor risiko	Kemampuan menilai keterkaitan informasi kesehatan pada faktor risiko
Promosi Kesehatan (<i>Health Promotion</i>)	Kemampuan melakukan sendiri update informasi kesehatan	Kemampuan memahami informasi terkait kesehatan dan menarik kesimpulan	Kemampuan mengartikan dan mengevaluasi informasi terkait isu kesehatan	Kemampuan membentuk opini sendiri pada isu kesehatan.

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Health Literacy*

Adapun faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat HL seseorang adalah:

a. Usia

HL dapat menurun seiring dengan bertambahnya usia. Hal itu disebabkan karena adanya penurunan kemampuan berpikir, rentang waktu yang lama sejak pendidikan terakhir dan penurunan kemampuan sensoris. Penurunan kemampuan berpikir ini dapat mempengaruhi kemampuan dalam membaca dan memahami informasi.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin menyatakan perbedaan antara pria dan wanita secara biologis, namun sebenarnya yang berperan sebagai determinan HL adalah karakteristik, peran, tanggung jawab dan atribut antara pria dan wanita yang dibangun secara sosial yang dikenal dengan istilah *gender* (WHO, 2012).

c. Pendidikan

Menurut (Mullan et al., 2017) tingkat HL rendah ditemukan pada kelompok dengan tingkat pendidikan yang rendah, status minoritas, kelompok lansia serta individu yang memiliki kemampuan kognitif yang rendah. Berdasarkan hasil survei HL di Eropa menunjukkan bahwa masyarakat dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki HL yang baik.

d. Bahasa

Kemampuan dalam menerima informasi kesehatan sangat terkait dengan kemampuan dalam berbahasa karena dapat meningkatkan HL baik informasi yang diperoleh dari media cetak atau elektronik maupun dari tenaga kesehatan (Sørensen et al., 2012).

e. Akses Informasi Kesehatan

Akses informasi Kesehatan yang diperoleh masyarakat baik dari media cetak (surat kabar, majalah) dan media elektronik (televisi, radio, internet) maupun dari tenaga kesehatan memiliki pengaruh yang sangat erat dengan tingkat HL. Kemudahan masyarakat dalam mengakses informasi kesehatan melalui media online dilaporkan memiliki dampak terhadap perubahan perilaku kesehatan masyarakat.

5. Pengukuran *Health Literacy*

Tingkat HL seseorang dapat kita ketahui melalui beberapa alat ukur, tiap alat ukur dapat mencakup, memfasilitasi seseorang yang memiliki pengetahuan HL yang masih rendah untuk dapat berkembang dengan cara-cara yang efektif. Adapun alat ukur yang sering digunakan saat ini antara lain:

a. TOHFLA

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) merupakan suatu alat ukur berupa kuesioner untuk mengukur aspek fungsional. Alat ukur ini terdiri dari 66 item pertanyaan dan terdapat dua bagian yang berbeda.

Pada bagian pertama, pasien diberikan informasi medis (bisa berupa anjuran cara minum obat, prosedur tindakan medis). Responden dipersilahkan untuk membaca informasi tersebut, kemudian responden diminta menjawab pertanyaan untuk menguji pemahaman mereka dari informasi yang diberikan.

Bagian kedua, menggunakan metode *cloze* dimana responden diberikan bacaan medis, dan beberapa bagian yang sengaja dikosongi. Responden diminta untuk mengisi kata yang kosong tersebut dengan cara memilih pada pilihan yang telah disediakan. Alat ukur ini terdiri dari 50 poin digunakan untuk menguji pemahaman bacaan dan 17 poin untuk mengukur kemampuan berhitung. Nilai 0-59 ditunjukkan untuk *health literacy* yang kurang, nilai 60-74 menunjukkan *health literacy* marginal, sedangkan nilai 75-100 menunjukkan *health literacy* yang tinggi.

Waktu yang dibutuhkan untuk mengisi kuesioner tersebut sekitar 20-25 menit, kemudian pada penelitian selanjutnya dikembangkan versi pendek dari TOFHLA yaitu menjadi *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA). Dalam S-TOFHLA terdapat 33 pertanyaan dengan tidak menggunakan kemampuan angka dan hanya membutuhkan 7-12 menit untuk mengisi. Adapun interpretasinya nilai 0-53 menunjukkan *health literacy* rendah, nilai 54-66 menunjukkan *health literacy* marginal, dan nilai 67-100 menunjukkan *health literacy* yang tinggi (Dewalt & Pignone, 2005).

b. REALM

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) adalah alat ukur berupa kuesioner yang terdiri dari 66 kosa kata kesehatan yang digunakan pada tatanan kesehatan masyarakat dan pelayanan primer untuk menilai kemampuan membaca dan mengucapkan kata kesehatan yang sering digunakan. Kata-kata yang disediakan diurut berdasarkan tingkatan yang paling mudah hingga yang tersulit. REALM diharapkan dapat membantu profesi kesehatan dalam memperkirakan tingkat literasi pasien sehingga materi pendidikan kesehatan dapat disesuaikan dengan tingkat literasi pasien.

Hasil perolehan nilai dari alat ukur REALM yaitu berupa nilai 0-44 menyatakan tingkat HL yang rendah, 45-60 menyatakan tingkat HL yang marginal, dan 61-66 menyatakan tingkat HL yang tinggi. Kuesioner ini memakan waktu sekitar 3-6 menit untuk menguji kemampuan berhitung dan memahami informasi (Dewalt & Pignone, 2005).

c. NVS

The Newest Vital Sign (NVS) merupakan instrumen atau alat ukur yang mudah untuk dilakukan, dan dikembangkan untuk mengukur tingkat HL seseorang secara komprehensif dengan hasil yang akurat, objektif, dan hanya memakan waktu sekitar 3 menit. Instrumen ini terdiri dari 6 item pertanyaan yang berkaitan dengan pengetahuan tentang nutrisi. Interpretasi pengukuran NVS adalah skor 0-1 menunjukkan kemungkinan besar keterbatasan tentang literasi (50%), skor 2-3

menunjukkan kemungkinan kemampuan literasi terbatas, dan skor 4-6 menunjukkan kemampuan membaca, menulis yang memadai.

Berdasarkan dasar penggunaan instrumen ini adalah kemampuan responden dalam membaca, memahami label nutrisi dan menganalisa dan mengikuti petunjuk medis. Kemampuan ini sesuai dengan dimensi dari HL yaitu pemakaian kata (*prose literacy*), angka (*numeracy*), dan teks (*documents literacy*). Membaca label nutrisi ataupun mengikuti prosedur petunjuk pengobatan, pasien perlu mengingat angka-angka dan membuat perhitungan, mengidentifikasi dan mengambil keputusan berdasarkan informasi yang diberikan.

d. HLS-EU-Q16 (*Health Literacy Survey-Europe-16 Question*)

HLS-EU-Q16 adalah alat ukur yang dikembangkan oleh konsorsium HSL-EU dan digunakan untuk mengukur HL pada kelompok klinis serta dapat juga digunakan pada kelompok populasi atau komunitas secara umum. Kuesioner HLS- EU-Q16 merupakan versi singkat yang terdiri dari 16 pertanyaan dan digunakan untuk mengukur dimensi HL (fungsional, integratif dan kritis) yang berada di tiga domain yaitu pelayanan kesehatan, pencegahan penyakit, dan promosi kesehatan.

Adapun interpretasinya adalah nilai 0-8 menunjukkan HL fungsional, nilai 9-12 menunjukkan health Literacy interaktif, dan nilai 13-16 menunjukkan health Literacy kritis. Pada kuesioner ini untuk pilihan jawaban dari setiap pertanyaan menggunakan skala likert 1-4 dimana 1 sangat sulit, 2 cukup sulit, 3 cukup mudah dengan, dan sangat mudah dengan nilai (Sørensen et al., 2012)

e. HLQ (*Health literacy Questionnaire*)

Health literacy Questionnaire adalah alat untuk mengukur tingkat HL yang terdiri dari 9 domain yaitu (Mullan et al., 2017):

1. *Feeling Understood and supported by health care providers*

Pada domain ini responden ditanyakan tentang dukungan penyedia layanan kesehatan kepada dirinya, pada domain ini dikatakan tinggi apabila responden memiliki hubungan yang dekat paling sedikit dengan satu orang tenaga kesehatan dan menjadi sumber untuk mendapatkan saran, informasi dan pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka dan dikatakan rendah apabila responden tidak berinteraksi dengan penyedia layanan kesehatan serta tidak mempercayai penyedia layanan kesehatan sebagai sumber informasi atau saran.

2. *Having Sufficient information to manage my health*

Pada domain ini responden ditanyakan terkait sumber informasi yang diperlukan untuk menjaga kesehatannya, dikatakan tinggi apabila responden merasa yakin memiliki semua informasi yang dibutuhkan dalam mengelola kesehatannya serta mampu membuat keputusan terkait dengan kesehatannya.

3. *Actively Managing My Health*

Pada domain ini dikategorikan tinggi apabila responden mampu mengambil tanggung jawab terkait dengan kesehatannya, proaktif dalam mengupayakan kesehatan diri sendiri, mampu membuat keputusan tentang kesehatannya dan mampu membuat prioritas

kesehatan, sedangkan kategori rendah apabila responden tidak merasa bertanggung jawab dengan kesehatannya dan tidak terlibat aktif dalam perawatan kesehatan diri sendiri.

4. *Social Support for Health*

Pada domain ini dikategorikan tinggi apabila responden merasa mendapatkan dukungan dari masyarakat untuk hidup sehat, sedangkan untuk kategori rendah apabila responden menjawab merasa benar-benar sendirian dan tidak mendapat dukungan masyarakat untuk hidup sehat.

5. *Appraisal of Health Information*

Pada domain ini responden dikategorikan tinggi apabila mampu mengidentifikasi sumber informasi kesehatan terpercaya. Adapun kategori rendah apabila responden sulit dalam membedakan sumber informasi terpercaya.

6. *Ability to Actively Engage With Healthcare Provider*

Pada domain ini adalah kemampuan terlibat aktif dengan penyedia layanan kesehatan dikategorikan tinggi apabila responden proaktif tentang kesehatannya, merasa memegang kendali dalam hubungan dengan penyedia layanan kesehatan, mampu mencari saran dari penyedia layanan kesehatan tambahan apabila diperlukan, dan terus berusaha sampai mendapat apa yang mereka inginkan, adapun kategori rendah responden mengatakan pasif dalam penyediaan layanan kesehatan dengan tidak proaktif mencari atau mengklarifikasi informasi, saran atau pilihan layanan kesehatan, menerima informasi

tanpa pertanyaan, tidak dapat mengajukan pertanyaan untuk mendapatkan informasi atau untuk menjelaskan apa yang mereka tidak mengerti, mereka menerima apa yang ditawarkan tanpa berusaha untuk memastikan bahwa itu memenuhi kebutuhan mereka.

7. Navigating The HealthCare System

Pada domain ini terkait dengan pengetahuan tentang jenis pelayanan kesehatan. Responden dikategorikan tinggi apabila dapat mengetahui jenis layanan dan tingkat pelayanan kesehatan sedangkan kategori rendah apabila responden tidak dapat melakukan advokasi diri sendiri dan tidak dapat menemukan seseorang yang dapat membantunya untuk menggunakan sistem pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatannya.

8. Ability to Find Good Health Information

Pada domain ini terkait dengan kemampuan untuk mencari informasi kesehatan yang baik, responden dikategorikan tinggi apabila aktif menggunakan berbagai sumber untuk mencari informasi terbaru tentang kesehatan.

9. Understanding Health Information Well Enough to Know What to Do

Pada domain ini terkait dengan kemampuan memahami informasi kesehatan yang ditulis, instruksi tentang perawatan atau obat-obatan. Responden dikategorikan tinggi apabila mampu memahami semua informasi tertulis termasuk informasi numerik dalam kaitannya dengan kesehatannya dan mampu menulis secara tepat. Sedangkan

kategori rendah apabila responden tidak mampu membaca atau menulis dengan baik terkait informasi kesehatan.

f. CAHPS

Survei rumah sakit CAHPS (*Consumer Assessment of Healthcare Provider and System*) dirancang untuk mengumpulkan informasi tentang pengalaman pasien dengan perawatan kesehatan, termasuk pengalaman mereka memahami dan menggunakan informasi yang mereka terima dari penyedia layanan kesehatan. CAHPS-HL (*Consumer Assessment of Healthcare Provider and System-Health Literacy*) adalah sebuah instrumen survei yang digunakan untuk mengukur kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang mereka terima, serta sejauh mana pasien merasa mampu untuk memahami informasi kesehatan yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan.

Instrumen CAHPS-HL yang dikembangkan oleh *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dirancang untuk mengukur pemahaman pasien tentang informasi kesehatan dan kemampuan mereka untuk membuat keputusan tentang perawatan kesehatan mereka. Ini adalah alat survey yang dapat digunakan untuk menilai keterampilan melek kesehatan pasien di berbagai pengaturan perawatan kesehatan.

Instrumen CAHPS-HL mencakup pertanyaan tentang topik seperti memahami informasi medis, menavigasi sistem perawatan kesehatan, dan berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan. Survei juga menilai tingkat kenyamanan pasien dengan mengajukan

pertanyaan, mencari informasi tambahan, dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka.

Instrumen CAHPS-HL dimaksudkan untuk membantu penyedia layanan kesehatan dan organisasi mengidentifikasi area di mana mereka dapat meningkatkan komunikasi dan mendukung pasien dengan keterampilan literasi kesehatan yang rendah. Dengan menggunakan alat ini, penyedia layanan kesehatan dapat lebih memahami kebutuhan literasi kesehatan pasien dan menyesuaikan strategi komunikasi dan perawatan mereka.

Studi penelitian telah menggunakan instrumen CAHPS-HL untuk mengevaluasi literasi kesehatan pasien di berbagai pengaturan perawatan kesehatan, seperti perawatan primer, pengaturan rumah sakit, dan program manajemen penyakit kronis. Instrumen telah ditemukan memiliki reliabilitas dan validitas yang baik dalam mengukur keterampilan literasi kesehatan pasien.

Hasil survei CAHPS-HL memberikan informasi yang sangat berguna bagi penyedia layanan kesehatan untuk memahami kebutuhan dan preferensi pasien dalam hal pelayanan kesehatan dan keterampilan HL mereka. Sebagai contoh, hasil survei dapat membantu Sifat pengalaman ini dapat dipengaruhi oleh HL pasien yang didefinisikan sebagai sejauh mana individu memiliki kapasitas untuk memperoleh, memproses, dan memahami informasi kesehatan dasar dan layanan yang diperlukan untuk membuat keputusan yang tepat.

Secara keseluruhan, instrumen CAHPS-HL adalah alat yang berguna untuk menilai keterampilan literasi kesehatan pasien dan meningkatkan komunikasi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Dengan menggunakan instrumen ini, organisasi pelayanan kesehatan dapat mengidentifikasi area untuk perbaikan dan mengembangkan intervensi yang ditargetkan untuk mendukung pasien dengan keterampilan literasi kesehatan yang rendah. Adapun item instrumen CAHPS-HL terdiri dari 39 item yang dirancang untuk digunakan pada pasien dewasa dengan enam domain yaitu informasi tentang pengobatan, komunikasi antara perawat dan pasien, komunikasi antara dokter dan pasien, komunikasi terkait pemeriksaan penunjang, komunikasi tentang formulir, serta informasi tentang cara merawat diri sendiri di rumah.

B. Tinjauan Umum *Organizational Health Literacy* (OHL)

Istilah *organizational health literacy* (OHL) merupakan konsep baru yang muncul beberapa dekade yang lalu untuk mengatasi tantangan yang dihadapi oleh individu dengan HL yang sangat terbatas. OHL merupakan isu penting dalam beberapa tahun terakhir karena merupakan interaksi timbal balik antara sistem pelayanan dan organisasi kesehatan.

1. Pengertian *Organizational Health Literacy* (OHL)

Organizational Health Literacy (OHL) digambarkan sebagai upaya seluruh organisasi untuk mempermudah seseorang mencari, memahami, dan menggunakan informasi dan layanan untuk menjaga kesehatan individu (Brach, 2017; Brach et al., 2012). OHL didefinisikan sebagai kemampuan organisasi kesehatan untuk menyediakan layanan dan informasi yang mudah diperoleh, dipahami dan digunakan untuk membantu individu dalam pengambilan keputusan, dan untuk menghilangkan hambatan yang ada bagi semua individu yang mencari layanan. OHL terkait dengan komunikasi, petunjuk arah, dan kepemimpinan dalam organisasi yang tujuannya mengarah pada kepuasan pasien, kualitas layanan kesehatan yang baik untuk beragam budaya (Hayran & Dundar Ege, 2022).

Organizational Health Literacy (OHL) mengacu pada kemampuan organisasi untuk memahami, berkomunikasi, dan bertindak berdasarkan informasi kesehatan. Di lingkungan rumah sakit, OHL dapat berdampak pada kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien, keselamatan pasien, dan hasil kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa sistem kesehatan masih kurang perhatian dalam hal HL (Palumbo, 2017). Karena sifatnya yang multidimensi dan kompleks terdapat banyak kriteria, cara, metode penerapan dan evaluasi OHL. Menilai OHL di rumah sakit mungkin melibatkan beberapa faktor, seperti:

- a. Komunikasi: Komunikasi yang efektif sangat penting dalam pengaturan perawatan kesehatan. Menilai komunikasi dapat melibatkan evaluasi seberapa baik staf rumah sakit berkomunikasi dengan pasien,

seberapa baik anggota staf berkomunikasi satu sama lain, dan seberapa baik informasi dikomunikasikan kepada pasien dan keluarga mereka.

- b. Literasi kesehatan: Literasi kesehatan mengacu pada kemampuan individu untuk memahami dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat keputusan tentang kesehatan mereka. Menilai literasi kesehatan di rumah sakit dapat melibatkan evaluasi materi pendidikan pasien, pemahaman pasien tentang jargon medis, dan kepuasan pasien dengan informasi yang diberikan.
- c. Kebijakan dan prosedur: Menilai kebijakan dan prosedur rumah sakit dapat membantu mengidentifikasi potensi hambatan terhadap OHL. Misalnya, kebijakan yang mengharuskan pasien untuk menandatangani formulir persetujuan yang rumit tanpa penjelasan yang memadai atau kebijakan yang tidak memungkinkan komunikasi yang jelas antara pasien dan staf dapat menghambat OHL.
- d. Perawatan yang berpusat pada pasien: Perawatan yang berpusat pada pasien mengacu pada pendekatan perawatan kesehatan yang menempatkan pasien di pusat keputusan perawatan. Menilai perawatan yang berpusat pada pasien dapat melibatkan evaluasi seberapa baik staf rumah sakit melibatkan pasien dalam perawatan mereka, seberapa baik mereka mendengarkan kekhawatiran dan preferensi pasien, dan seberapa baik mereka memberikan dukungan untuk manajemen diri pasien.

2. Pengukuran *Organizational Health Literacy* (OHL)

Pengukuran OHL menjadi fenomena kompleks dengan berbagai alat ukur dan kerangka kerja yang berbeda (Ernstmann et al., 2017). Beberapa alat ukur seperti AHRQ, VHLO, dan HLHO-10 membahas kesepuluh item OHL, termasuk petunjuk arah, akses, dan komunikasi verbal/tulisan.

Selain itu, semua alat ukur ini bertujuan untuk mengatasi kekurangan dan hambatan dalam HL dengan cara meningkatkan pemahaman pasien tentang informasi kesehatan, mengurangi kesulitan dalam perawatan kesehatan, serta memberikan dukungan yang lebih baik kepada pasien di semua tingkatan. Alat-alat literasi kesehatan seperti AHRQ, VHLO, dan HLHO-10 menawarkan praktik terbaik dan rekomendasi berdasarkan bukti untuk meningkatkan kemampuan OHL (Kowalski et al., 2015).

Berikut adalah beberapa alat ukur yang dapat digunakan mengenai konseptualisasi, implementasi, dan ukuran OHL (Hayran & Dundar Ege, 2022).

2.1 *The Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire*

Konsep *Health Literate Health Care Organization* (HLHCO) diperkenalkan oleh *National Academy of Medicine* Amerika Serikat pada tahun 2012. HLHCO merupakan alat ukur yang dikembangkan oleh *Institute of Medicine* (IOM) menjadi HLHO-10 untuk menilai literasi kesehatan organisasi. Alat ini dirancang untuk membantu organisasi dalam mengevaluasi kemampuan mereka dalam menyediakan informasi dan layanan kesehatan yang bisa dipahami dan diakses oleh individu dengan berbagai tingkat literasi kesehatan. HLHO-10 terdiri dari sepuluh pertanyaan yang mencakup berbagai

aspek literasi kesehatan organisasi, seperti komunikasi, kompetensi budaya, dan akses ke informasi kesehatan. Pertanyaan-pertanyaan ini ditujukan untuk dijawab oleh pemimpin organisasi, anggota staf, dan pihak-pihak terkait.

HLHO didefinisikan sebagai organisasi perawatan kesehatan yang memudahkan individu mencari, memahami, dan menggunakan informasi dan layanan untuk menjaga kesehatannya. HLHO-10 dapat digunakan oleh berbagai organisasi, termasuk penyedia layanan kesehatan, organisasi berbasis masyarakat, dan lembaga kesehatan masyarakat. Dengan menggunakan alat ini, organisasi dapat mengidentifikasi bidang-bidang di mana mereka perlu meningkatkan praktik literasi kesehatan dan mengembangkan strategi untuk mengatasi kesenjangan tersebut. Konsep yang dikembangkan oleh Brach et al., (2012), dengan prinsip utama bahwa setiap organisasi dalam sistem kesehatan harus menciptakan lingkungan yang dapat memudahkan akses ke semua jenis informasi dan layanan kesehatan, komunikasi yang lebih baik, dan penggunaan layanan kesehatan yang efektif. Secara khusus menurut Brach et al., (2012) dalam Kowalski et al., (2015) HLHO terdiri dari sepuluh atribut seperti:

1. *Has leadership that makes health literacy integral to its mission, structure, and operations.*

HL adalah sebuah nilai organisasi untuk OHL, dan strategi HL diinternalisasikan di setiap level manajemen. Kepemimpinan adalah kunci keberhasilan dan kesinambungan implementasi OHL yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan misi, struktur, dan kebijakannya.

2. *Integrates health literacy into planning, evaluation measures, patient safety, and quality improvement.*

Mengintegrasikan HL ke dalam perencanaan, tindakan evaluasi, keselamatan pasien, dan peningkatan kualitas.

3. *Prepares the workforce to be health literate and monitors progress.*

Setiap profesional dalam organisasi harus paham dengan kesehatan dan memahami arti menjadi organisasi yang paham akan kesehatan. Jadi setiap profesional harus dilatih dan dididik dengan metode pendidikan dewasa yang tepat untuk pembentukan budaya organisasi yang paham kesehatan. Kegiatan pelatihan dan pendidikan harus berkesinambungan dan dipantau secara berkala. Mereka harus diatur di bawah tanggung jawab tim pelatihan dan mencakup seluruh anggota.

4. *Includes populations served in the design, implementation, and evaluation of health information and services.*

Partisipasi masyarakat dan berbagai keputusan sangat penting untuk keberhasilan semua kegiatan perawatan kesehatan termasuk HL.

Organisasi yang paham kesehatan akan mempertimbangkan desain, implementasi dan evaluasi layanan yang dapat menjangkau semua kalangan.

5. *Meets the needs of populations with a range of health literacy skills while avoid-ing stigmatization.*

Organisasi yang paham kesehatan menggunakan metode komunikasi yang sesederhana mungkin. Penggunaan komunikasi tertulis, visual atau digital untuk beberapa individu kadang mengalami kesulitan. Jadi alternatif seperti komunikasi lisan dengan panduan pendampingan adalah metode yang dapat dipakai. Metode-metode ini harus tersedia dan ditawarkan kepada setiap pengguna layanan untuk mengurangi stigma terkait rendahnya HL. Hal ini sangat penting bagi individu yang memiliki HL terbatas.

6. *Uses health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact.*

OHL menciptakan lingkungan yang memiliki kemampuan berkomunikasi dan budaya untuk mendukung strategi HL. Lingkungan seperti ini bertujuan untuk menyediakan komunikasi yang jelas selama semua interaksi dan untuk setiap layanan termasuk layanan klinis, administrasi, dan keuangan.

7. *Provides easy access to health information and services and navigation assistance.*

Organisasi yang paham kesehatan merancang fasilitas mereka untuk membantu individu untuk mengakses informasi dan layanan dengan

mudah. Rumah sakit akan menggunakan simbol, bahasa, dan tanda yang sederhana dan mudah dipahami.

8. *Designs and distributes print, audiovisual, and social media content that is easy to understand and act on.*

Organisasi yang paham kesehatan merancang semua materi cetak seperti dokumen pendidikan, panduan diagnosis dan pengobatan, hasil tes laboratorium, asuransi, tagihan dan berbagai informasi tertulis dengan bentuk dan bahasa yang mudah dipahami. Pendekatan yang sama juga berlaku untuk informasi melalui konten audio visual dan media sosial.

9. *Addresses health literacy in high-risk situations, including care transitions and communications about medicines.*

“*Do no harm*” merupakan prinsip pengobatan menurut Hippocrates. Namun, karena sifat pelayanan kesehatan terdapat beberapa situasi berisiko tinggi yang tidak dapat dihindari di fasilitas kesehatan. Seperti komplikasi setelah operasi bedah, reaksi obat yang merugikan, dan tidak adanya terapi radiasi. Rumah sakit harus dapat mengidentifikasi situasi seperti itu dan menginformasikan kepada pasien dengan tepat.

10. *Communicates clearly what health plans cover and what individuals will have to pay for services.*

Organisasi yang paham kesehatan akan berkomunikasi secara terbuka, jelas, dan tepat waktu mengenai masalah keuangan seperti cakupan rencana kesehatan pasien, dan berapa banyak pasien harus membayar

untuk setiap layanan. Petugas kesehatan memberikan jawaban yang relevan dan dalam bahasa yang mudah dimengerti untuk setiap pertanyaan yang disampaikan.

2.2 V-HLO

Vienna Concept of Health Literate Hospital and Healthcare Organization (V-HLO) dirancang sebagai kuesioner penilaian diri yang mencakup 9 standar, 22 sub-standar, dan 160 item (Dietscher & Pelikan, 2017). Kuesioner ini berdasarkan “*Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations*”, namun dikembangkan dengan konsep menunjukkan aspek-aspek spesifik yang diuji pada rumah sakit *Health Promoting Hospital* (HPH) yang mencakup lima standar yang diterbitkan oleh *World Health Organization Regional Office for Europe* (WHO-EURO) (Groene, 2006), 18 strategi HPH, dan mengacu pada konsep manajemen mutu (Pelikan et al., 2001). Adapun sembilan standar V-HLO adalah:

- 1) *Establishment of management policy and organizational structures for health literacy (includes 2 sub-standards).*
- 2) *Development of materials and services in participation with stakeholders (includes 2 sub-standards).*
- 3) *Qualification of staff for health-literate communication with service users (includes 2 sub-standards).*
- 4) *Provision of a supportive environment with health-literate navigation and access (includes 5 sub-standards).*

- 5) *Application of health literacy principles in routine communication with patients (includes 4 sub-standards).*
- 6) *Improvement of the health literacy of patients and their entourage (includes 2 sub-standards).*
- 7) *Improvement of the health literacy of the staff (includes 2 sub-standards).*
- 8) *Contribution to the health literacy in the region (includes 2 sub-standards).*
- 9) *Sharing experiences and being a role model (includes 1 sub-standard).*

2.3 OHL Self-AsseT

Self-Assessment Tool to Promote Organizational Health Literacy in Primary Care Settings digunakan untuk mengevaluasi tingkat OHL di perawatan kesehatan primer. Sebagian besar pendekatan OHL hanya berfokus pada pasien rawat inap, dan rawat jalan, dan/atau layanan kesehatan primer jarang untuk dilakukan pengukuran. Pengukuran OHL di perawatan kesehatan primer sangat penting untuk dilakukan karena merupakan kontak pertama pada sistem kesehatan. Enam dimensi alat ukur ini didasarkan pada sepuluh atribut HLHO dan sembilan standar V-HLO dan enam dimensi dari *toolkit Tasmania* (HelloTAS).

2.4 Org-HLR tool

Development of the Organizational Health Literacy Responsiveness self-assessment tool and process digunakan untuk mengukur penilaian responsif diri dalam keaksaraan kesehatan organisasi dan melakukan

proses penilaian untuk mendukung organisasi kesehatan dengan penerapan alat ukur tersebut. Alat Org-HLR *self-rating* memiliki tujuh dimensi penilaian dan membagi menjadi 24 sub dimensi dengan 135 indikator kinerja. Tujuh dimensi penilaian tersebut:

1. *External policy and funding environment*
2. *Leadership and culture*
3. *Systems, processes, and policies*
4. *Access to services and programs*
5. *Community engagement and partnerships*
6. *Communication practices and standards*
7. *Workforce*

2.5 OHL-Hosp

Rating Scale for Secondary and Tertiary Care Hospitals digunakan untuk menilai status OHL dari berbagai jenis rumah sakit perawatan sekunder dan tersier. Terdapat empat puluh tiga item skala dengan lima dimensi yaitu leadership and regulation, communication, operational access, indoor access, and outdoor access.

2.6 The HLE2 assessment tool

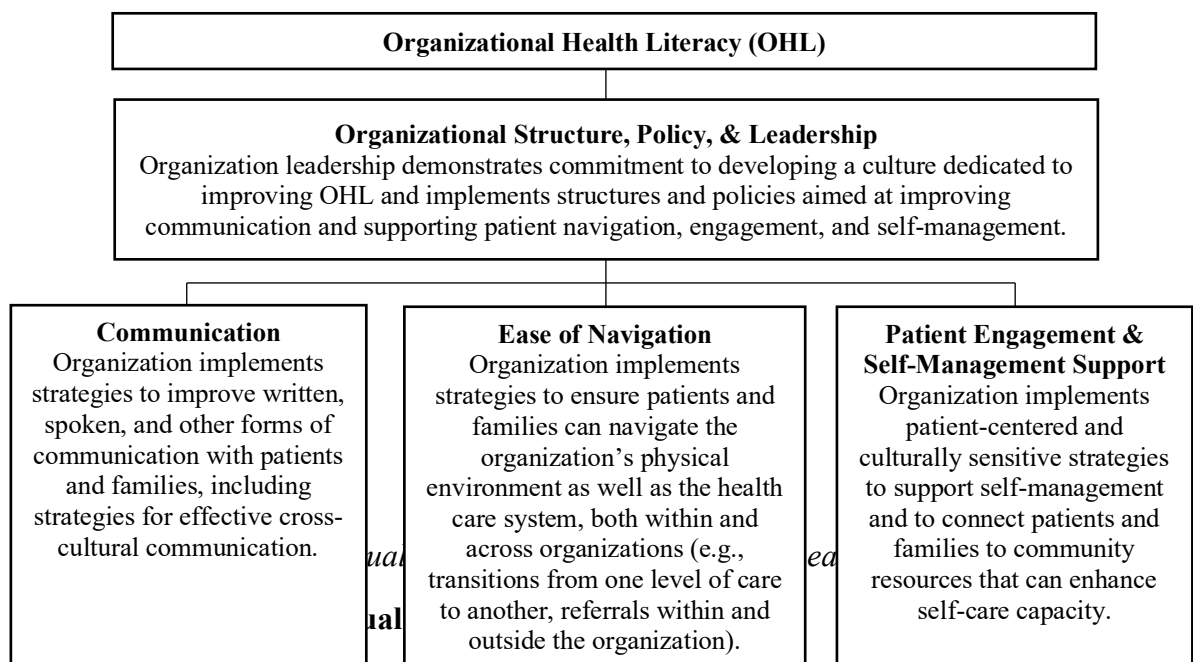
Health Literacy Environment of Hospital and Health Centers: Access to Information, Care, and Services Through the Lens of Health Literacy merupakan alat ukur versi terbaru dari “*Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers*” yang bertujuan untuk membantu mengidentifikasi dan menilai faktor-faktor yang terkait dengan OHL untuk meningkatkan HL dan memantau perubahan dari waktu ke waktu.

3. Teori dan Kerangka Konseptual OHL

Dalam tinjauan terbaru tentang kerangka teoritis dan sumber daya peningkatan kualitas (*quality improvement*) terdapat enam domain yang menjadi komponen penting OHL, termasuk pentingnya meningkatkan komunikasi dengan pasien dan keluarga, meningkatkan akses dan petunjuk arah terhadap fasilitas dan sistem perawatan kesehatan, mendorong keterlibatan pasien dalam proses perawatan kesehatan, membangun tenaga kesehatan dengan pengetahuan dan keterampilan terkait OHL, menciptakan budaya organisasi, sarana dan prasarana yang mendukung OHL (seperti komitmen kepemimpinan, pengembangan kebijakan yang tepat) dan memenuhi kebutuhan pasien (seperti penyediaan penerjemah dan dukungan manajemen mandiri (Farmanova et al., 2018).

Berdasarkan konsensus dengan *technical expert panel* (TEP) kerangka konsep tersebut dibagi menjadi empat domain dengan masing-masing mewakili bidang di mana organisasi dapat melakukan intervensi untuk mengurangi tuntutan dan meningkatkan dukungan bagi pasien dan keluarga. Domain struktur organisasi, kebijakan, dan kepemimpinan menyoroti peran pemimpin organisasi dalam menciptakan budaya yang berkomitmen untuk menangani HL. Misalnya, pemimpin dapat meningkatkan kemampuan staf dalam HL, memastikan setiap staf menerima pelatihan OHL, menunjukkan komitmen pribadi terhadap OHL dan mendukung pengembangan kebijakan untuk meningkatkan komunikasi, pencarian, keterlibatan, dan manajemen mandiri. Domain komunikasi terdiri dari strategi yang dapat digunakan organisasi untuk meningkatkan

komunikasi lisan, tertulis, dan lintas budaya dengan tujuan untuk meningkatkan pemahaman informasi kesehatan. Domain kemudahan dalam penggunaan petunjuk arah membahas strategi untuk menyederhanakan petunjuk arah terhadap fasilitas pelayanan kesehatan (misalnya rambu-rambu) dan sistem pelayanan kesehatan (misalnya menyederhanakan sistem rujukan), memudahkan pasien untuk mengakses dan menggunakan perawatan yang mereka butuhkan. Dan yang terakhir adalah domain keterlibatan pasien dan dukungan manajemen mandiri mencakup strategi untuk meningkatkan keterlibatan pasien dalam proses dan sistem perawatan kesehatan (misalnya menetapkan tujuan perawatan diri, melibatkan pasien dalam organisasi) (Brega et al., 2019).



Manajemen pelayanan kesehatan dan atau manajemen keperawatan merupakan suatu proses pengelolaan sumber daya melibatkan orang lain, berdasarkan pendekatan secara sistematis dan terukur dalam suatu lembaga

atau organisasi dalam hal ini rumah sakit untuk mencapai tujuan organisasi yang telah disepakati bersama antar elemen organisasi tersebut (Sudarta et al., 2019). Dalam manajemen pelayanan kesehatan memanfaatkan ilmu dan seni dalam menjalankan fungsi-fungsi manajemen dalam mencapai tujuan organisasi. Tujuan organisasi bisa tercapai apabila adanya komitmen semua pihak untuk menjalankan komitmen tersebut. Apabila dalam organisasi terjadi kesalahpahaman manajemen akan berdampak pada hasil kerja, dan menyebabkan mutu rumah sakit menurun yang pada akhirnya akan berdampak pada ketidakpuasan konsumen sebagai pengguna jasa dalam pelayanan kesehatan dan atau pelayanan keperawatan (Rosyidi et al., 2020).

1. Pengertian Kualitas Pelayanan

Konsep pengembangan mutu dalam pelayanan industri sudah sejak lama dikembangkan. Pada awalnya, gerakan pengembangan mutu dimulai pada tahun 1930-an di Amerika. Konsep mutu di perusahaan berkembang ke berbagai bentuk pelayanan termasuk pelayanan kesehatan. Pengembangan mutu di bidang kesehatan di Indonesia dilaksanakan dengan berbagai pendekatan, antara lain melalui penjaminan mutu (*quality assurance*) pelayanan kesehatan dasar di puskesmas, gugus kendali mutu di berbagai rumah sakit baik Pemerintah maupun swasta, pengendalian mutu terpadu, manajemen mutu terpadu (*total quality management*) dan sebagainya (Bustami, 2011).

Ukuran terpenting dalam mutu bukanlah harga atau biaya, melainkan kesamaan terhadap standar yang telah ditetapkan. Mutu adalah kesesuaian antara yang diharapkan atau *expected* dengan realita, jika

pelayanan/jasa/produk mendekati *expectasi* maka disebut berkualitas (Rosyidi et al., 2020). Dalam definisi lain mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan. W. Edward Deming (1980) mengemukakan bahwa mutu dapat dilihat dari aspek konteks, persepsi pelanggan, serta kebutuhan dan keinginan peserta.

- a. Dari aspek konteks, mutu adalah suatu karakteristik atau atribut dari suatu produk atau jasa.
- b. Dari aspek persepsi pelanggan, mutu adalah penilaian subyektif pelanggan. Persepsi pelanggan dapat berubah karena pengaruh berbagai hal seperti iklan, reputasi produk atau jasa yang dihasilkan, pengalaman, dan sebagainya.
- c. Dari aspek kebutuhan dan keinginan pelanggan, mutu adalah apa yang dikehendaki dan dibutuhkan oleh pelanggan.

Mutu adalah kesesuaian terhadap kebutuhan, bila mutu rendah merupakan hasil dari ketidaksesuaian. Mutu tidak sama dengan kemewahan. Slogan tentang mutu saat ini adalah “*return to quality*” untuk peningkatan pelayanan, artinya apapun yang kita lakukan seharusnya mengacu pada standar, mengevaluasi tindakan-tindakan yang telah dilakukan apakah telah memenuhi kriteria yang dibutuhkan untuk memenuhi kepuasan pelanggan.

2. Dimensi Mutu

Mutu merupakan konsep yang komprehensif dan multidimensional. Lori Diprete Brown dalam *QA Methodology Refirement Series* (1992)

mengemukakan bahwa kegiatan penjaminan mutu menyangkut satu atau beberapa dimensi mutu, yaitu:

- a. Kompetensi teknis (*technical competence*), yaitu berupa keterampilan, kemampuan, dan penampilan petugas, manajer dan staf pendukung, serta bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal kepatuhan, ketepatan, kebenaran, dan konsistensi.
- b. Akses terhadap pelayanan (*access to service*), maksudnya adalah pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial dan budaya, ekonomi, organisasi, atau hambatan bahasa. Akses geografis dapat diukur dengan jenis alat transportasi, jarak, waktu perjalanan, dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi pasien memperoleh pelayanan. Akses sosial dan budaya terkait dengan dapat diterimanya pelayanan kesehatan oleh pasien berkaitan dengan nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan pembiayaan yang dapat dijangkau oleh pasien. Akses organisasi berkaitan dengan sejauh mana organisasi pelayanan kesehatan dapat menjamin dan diatur untuk kenyamanan dan ketertiban pasien. Akses bahasa dalam konteks pelayanan berarti pasien dapat memahami dan mengerti dengan jelas apa yang disampaikan oleh petugas.
- c. Efektivitas (*effectiveness*), merupakan dimensi ketepatan yang akan menjawab pertanyaan “apakah prosedur atau pengobatan, bila diterapkan dengan benar, akan memberikan hasil yang diinginkan?” dan “apakah pengobatan yang dianjurkan merupakan teknologi yang paling tepat untuk situasi di tempat itu?”.

- d. Hubungan antar manusia (*human relation*), berkaitan dengan interaksi antara petugas dengan petugas dan antara petugas dengan pasien/masyarakat. Bentuk dari hubungan antar manusia ini antara lain dapat berupa menghargai, menjaga rahasia, menghormati, mendengarkan keluhan, responsif, dan memberikan perhatian. Hubungan antar manusia yang baik akan memberikan andil yang besar dalam konseling yang efektif.
- e. Efisiensi (*efficiency*), merupakan dimensi yang penting dari kualitas karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya kesehatan pada umumnya terbatas. Efisiensi merujuk pada penggunaan tenaga, waktu, sarana/alat, dan dana.
- f. Kelangsungan pelayanan (*continuity of service*), berarti pelanggan akan menerima pelayanan lengkap yang dibutuhkan tanpa mengulangi prosedur diagnosis dan terapi yang tidak perlu. Dalam hal ini pelanggan juga harus mempunyai akses rujukan untuk pelayanan spesialis.
- g. Keamanan (*safety*), berarti mengurangi risiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan. Layanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan hendaknya menjaga standar mutu.
- h. Kenyamanan (*amenity*), merupakan dimensi mutu yang tidak berkaitan langsung dengan efektivitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien untuk datang kembali memperoleh pelayanan berikutnya.

Selain dimensi-dimensi yang dikemukakan di atas, berbagai dimensi dalam versi lain banyak dikemukakan oleh para ahli mutu. Menurut

Parasuraman et al (1985) dalam penelitiannya mengidentifikasi sepuluh dimensi pokok, yaitu daya tanggap, kehandalan, kompetensi, kesopanan, akses, komunikasi, kredibilitas, kemampuan memahami pelanggan, keamanan, dan bukti fisik. Penelitian selanjutnya mereka menggabungkan beberapa dimensi menjadi satu yaitu kompetensi, kesopanan, keamanan, dan kredibilitas yang disatukan menjadi jaminan (*assurance*). Dimensi komunikasi, akses, dan kemampuan memahami pelanggan digolongkan sebagai empati (*empathy*). Akhirnya jadilah lima dimensi utama yang dikenal sebagai *service quality* (SERVQUAL), yaitu (Bustami, 2011):

- 1) Reliabilitas (*reliability*), adalah kemampuan memberikan pelayanan dengan segera, tepat (akurat), dan memuaskan. Secara umum dimensi reliabilitas merefleksikan konsistensi dan keandalan. Reliabilitas berarti sejauh mana jasa mampu memberikan apa yang telah dijanjikan kepada pasiennya dengan memuaskan.
- 2) Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan para karyawan/staf membantu semua pelanggan serta berkeinginan dan melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap. Dimensi ini menekankan pada sikap dari penyedia jasa yang penuh perhatian, cepat dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan, dan masalah dari pelanggan.
- 3) Jaminan (*assurance*), artinya karyawan/staf memiliki kompetensi, kesopanan dan dapat dipercaya, bebas dari bahaya, serta bebas dari risiko dan keragu-raguan.

- 4) Empati (*empathy*), dalam hal ini karyawan/staf mampu menempatkan dirinya sebagai pasien, dapat berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para pasiennya, serta dapat memahami kebutuhan dari pasien.
- 5) Bukti fisik atau bukti langsung (*tangible*), dapat berupa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan karyawan/staf yang menyenangkan.

3. Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pasien dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai (Bustami, 2011).

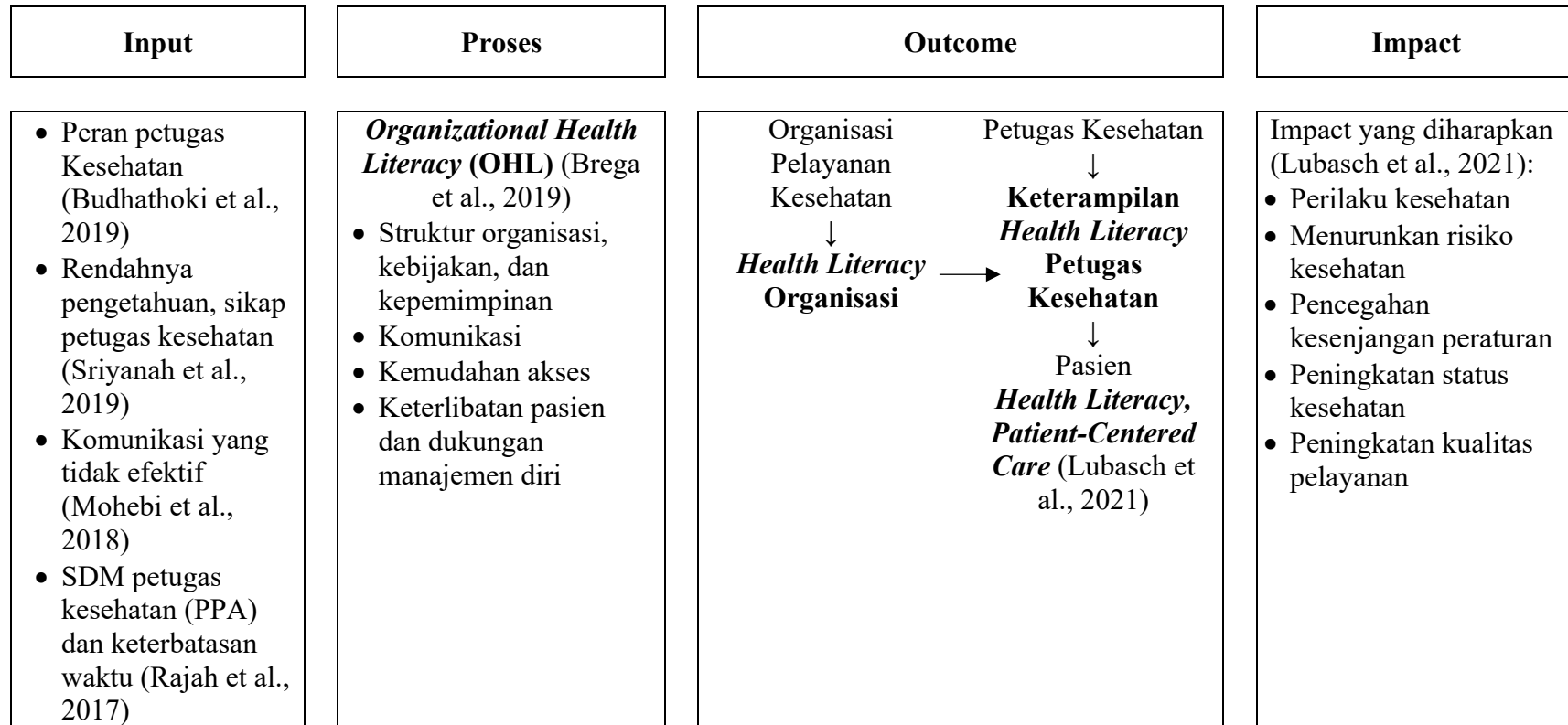
Pelayanan kesehatan baik di puskesmas, rumah sakit, atau institusi pelayanan kesehatan lainnya, merupakan suatu sistem yang terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, saling tergantung, dan saling mempengaruhi antara satu dengan lainnya. Donabedian (1980) menyatakan bahwa komponen pelayanan kesehatan terdiri dari masukan (*input*, disebut juga *structure*), proses, dan hasil (*outcome*).

- a. Masukan (*input*), yang dimaksud adalah sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, serta sumber daya manusia dan sumber daya (*resources*) lainnya di rumah sakit. Beberapa aspek penting yang harus mendapat perhatian dalam hal ini adalah kejujuran, efektivitas dan efisiensi, serta kuantitas dan kualitas dari masukan yang ada. Semua sumber daya yang ada perlu dikelola dengan

baik sesuai ketentuan sehingga pelayanan kesehatan yang bermutu dapat dicapai dan diterima oleh pasien dengan baik pula.

- b. Proses yang dilakukan, adalah semua kegiatan atau aktivitas seluruh karyawan dan tenaga profesi dalam interaksinya dengan pasien. Baik atau tidaknya proses yang dilakukan di rumah sakit dapat diukur dari relevan atau tidaknya proses yang diterima oleh pelanggan, efektif atau tidaknya proses yang dilakukan, dan mutu proses yang dilakukan. Semakin patuh petugas terhadap standar pelayanan, maka semakin bermutu pula pelayanan kesehatan yang diberikan.
- c. Hasil yang dicapai, yang dimaksud di sini adalah tindak lanjut dari keluaran berupa hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga profesi serta seluruh karyawan terhadap pasien. Hasil yang diharapkan dapat berupa perubahan yang terjadi pada pasien, baik secara fisik-fisiologis maupun sosial-psikologis, termasuk kepuasan pelanggan.

D. Kerangka Teori



Gambar 2.6 Kerangka Teori Penelitian