

**TESIS**

**STRATEGI PENGEMBANGAN MUTU PELAYANAN  
BERDASARKAN *PATIENT EXPERIENCE* DENGAN  
MENGUNAKAN *IMPORTANCE PERFORMANCE ANALYSIS*  
PADA PASIEN RAWAT INAP DI RSUD PROVINSI SULAWESI  
SELATAN TAHUN 2022**

*STRATEGY FOR SERVICE QUALITY IMPROVEMENT BASED ON  
PATIENT EXPERIENCE USING IMPORTANCE PERFORMANCE  
ANALYSIS IN INPATIENTS GENERAL HOSPITAL IN SOUTH  
SULAWESI PROVINCE IN 2022*

**ASVIKA ANIS ANWAR**

**K022202022**



**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2023**

**STRATEGI PENGEMBANGAN MUTU PELAYANAN  
BERDASARKAN *PATIENT EXPERIENCE* DENGAN  
MENGUNAKAN *IMPORTANCE PERFORMANCE ANALYSIS*  
PADA PASIEN RAWAT INAP DI RSUD PROVINSI SULAWESI  
SELATAN TAHUN 2022**

**TESIS**

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi**

Magister Administrasi Rumah Sakit

Disusun dan diajukan oleh:

**ASVIKA ANIS ANWAR**

**K022202022**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2023**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**STRATEGI PENGEMBANGAN MUTU PELAYANAN BERDASARKAN  
PATIENT EXPERIENCE DENGAN MENGGUNAKAN *IMPORTANCE  
PERFORMANCE ANALYSIS* PADA PASIEN RAWAT INAP DI RSUD  
PROVINSI SULAWESI SELATAN TAHUN 2022**

Disusun dan diajukan oleh

**Asvika Anis Anwar  
NOMOR POKOK K022202022**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 24 Juli 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.



Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,

Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS  
NIP. 19650210 199103 1 00 6

Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes.  
NIP. 19630105 199003 1 00 2

Dekan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2  
Administrasi Rumah Sakit



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 00 1

Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS  
NIP. 19650210 199103 1 00 6

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Asvika Anis Anwar  
Nomor Pokok : K022202022  
Program Studi : Magister Administrasi Rumah Sakit

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul: **STRATEGI PENGEMBANGAN MUTU PELAYANAN BERDASARKAN *PATIENT EXPERIENCE* DENGAN MENGGUNAKAN *IMPORTANCE PERFORMANCE ANALYSIS* PADA PASIEN RAWAT INAP DI RSUD PROVINSI SULAWESI SELATAN TAHUN 2022** adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2023

Yang Menyatakan,



Asvika Anis

## UCAPAN TERIMA KASIH

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatu.

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Strategi Pengembangan Mutu Pelayanan Berdasarkan *Patient Experience* Dengan Menggunakan *Importance Performance Analysis* Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2022”**. Pembuatan tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister pada Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala tetapi dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan penuh rasa hormat dan ketulusan hati menghaturkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada bapak Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS selaku pembimbing I dan bapak Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes selaku pembimbing II yang penuh kesabaran meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk yang sangat berguna dalam penyusunan tesis ini.

Selain itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin dan Seluruh Wakil Rektor dalam lingkungan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. Sukri, SKM.,M.Kes.,M.Sc.,Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS., selaku ketua Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakutlas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM., Bapak Dr. Irwandy SKM., M.Sc.PH., M.Kes., dan Ibu Dr. Fridawaty Rivai, SKM, MARS selaku tim penguji yang telah memberikan saran, arahan dan kritikan yang sangat bermanfaat.

5. Bapak Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS selaku penasehat akademik selama menempuh pendidikan di Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
6. Seluruh dosen dan staf Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan informasi dan urusan administratif selama masa perkuliahan.
7. Direktur beserta jajarannya di RSUD Labuang Baji, RSUD Haji, dan RSUD Sayang Rakyat, yang telah mengizinkan dan memberikan kelonggaran kepada saya untuk menyelesaikan Pendidikan S2 serta seluruh staf yang telah membantu selama proses penelitian.
8. Teman-teman seperjuangan Keluarga MARS Angkatan 03, yang tanpa hentinya memberikan semangat yang luar biasa.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.

Tidak lupa penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih sedalam-dalamnya kepada segenap keluarga besar atas segala bentuk dukungan dan doa yang tidak henti-hentinya terkhusus kepada suami saya tercinta Muh. Aji Ismail, S.T., M.Sc, yang penuh kesabaran membantu dan membimbing saya dalam penyusunan tesis ini, kedua orangtua tercinta, Ayahanda Prof. Dr. dr. Anis Irawan Anwar, Sp.KK dan Ibunda Selviani Anis, serta ketiga saudara tersayang Andri Anis, SE., dr. Asvina Anis, Sp.KK., dr. Asvira Anis, S.Ked yang telah memberikan semangat dan doa selama ini.

Semoga semua bantuan yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, semua saran dan kritik akan diterima dengan segala kerendahan hati. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak.

Wassalamualaikum wr. wb.

Makassar, Juli 2023

**ASVIKA ANIS**

## ABSTRAK

**ASVIKA ANIS ANWAR.** Strategi Pengembangan Mutu Pelayanan Berdasarkan *Patient Experience* Dengan Menggunakan *Importance Performance Analysis* Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2022. (Dibimbing oleh Syahrir A. Pasinringi dan Andi Zulkifli)

Survei kepuasan pasien tidak secara akurat dapat menggambarkan perasaan dan pengalaman yang sebenarnya dirasakan oleh pasien. Oleh karena itu, pengukuran pengalaman pasien mulai digunakan karena dianggap dapat memberikan informasi kejadian apa yang terjadi saat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan, mengukur aspek-aspek yang penting bagi pasien dan melihat sudut pandang mereka yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Kajian ini bertujuan untuk menganalisis strategi terbaik yang dapat diterapkan untuk meningkatkan mutu pelayanan di RSUD Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan pengalaman pasien.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed methods* yaitu kuantitatif dan kualitatif dengan metode IPA (*Importance Performance Analysis*) dan FGD (*Focus Group Discussion*). Sampel data kuantitatif diambil berdasarkan *proportional stratified random sampling* dengan besar sampel sebanyak 382 responden pada ketiga rumah sakit. Diagram kartesius yang merupakan hasil dari analisis IPA, kemudian digunakan menjadi landasan utama dalam melakukan FGD. FGD yang dilakukan pada masing-masing rumah sakit bertujuan untuk menemukan strategi dalam peningkatan kualitas layanan pada rumah sakit terkait.

Hasil penelitian ketiga rumah sakit ini, dimensi *Admission to Hospital* dan *Hospital And Ward Environment* adalah dua dimensi dari pengalaman pasien yang memiliki hasil yang belum memuaskan. Sedangkan di RS Sayang Rakyat juga memiliki dimensi *Care and Treatment* yang belum memuaskan. Studi ini menyoroti relevansi pemanfaatan IPA untuk mengevaluasi perspektif pasien terhadap layanan rumah sakit dan menyarankan peluang untuk perbaikan. Rumah sakit dapat meningkatkan pengalaman pasien dan kualitas layanan secara keseluruhan dengan berkonsentrasi pada dimensi paling prioritas di mana rumah sakit berkinerja buruk (Kuadran A). Temuan studi ini dapat membantu pemangku kepentingan rumah sakit untuk mengidentifikasi metode untuk meningkatkan pengalaman dan kepuasan pasien.

**Kata Kunci:** Pengalaman Pasien, *Importance Performance Analysis* (IPA), Peningkatan Kualitas



## ABSTRACT

**ASVIKA ANIS ANWAR.** Strategy for Service Quality Improvement Based on Patient Experience using Importance Performance Analysis in Inpatients General Hospital in South Sulawesi Province in 2022. (Supervised by Syahrir A. Pasinringi and Andi Zulkifli)

Patients' genuine experiences and feelings are not accurately captured by patient satisfaction surveys. Because it is thought to be able to provide information on what happens when receiving services at health facilities, measure aspects that are important to patients, and see their point of view, which can improve the quality of health services, the measurement of patient experience started to be used. Based on patient feedback, this study aims to examine the most effective methods for enhancing the South Sulawesi Provincial Hospital's level of customer service.

The study utilizes a mixed methods approach, incorporating both quantitative and qualitative methods, specifically Importance Performance Analysis (IPA) and Focus Group Discussion (FGD). It is using by quantitative data collection involved sampling 382 respondents from three hospitals in proportional stratified random sampling. The resulting Cartesian diagram, derived from the analysis, serves as the primary basis for conducting FGDs to identify strategies for improving the quality of services provided by the respective hospitals.

Then, it is conducted of three hospital studies, dimensions of Admission to Hospital and Ward Environment are two dimensions of patient experience which have unsatisfactory results. Meanwhile, Sayang Rakyat Hospital also has unsatisfactory Care and Treatment dimensions of highlights the relevance of using IPA to evaluate patient perspectives on hospital services and suggests opportunities for improvement. The hospital can improve patient experience and overall quality of care by concentrating on the most priority dimensions in which it is performing poorly (Quadrant A). Furthermore, the findings of this study can help hospital stakeholders to identify methods to improve patient experience and satisfaction.

**Keywords:** Patient Experience, Importance Performance Analysis (IPA), Quality Improvement



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
Halaman Pengajuan .....	ii
Halaman Peresetujuan.....	iii
Lembar Pernyataan Keaslian Tesis.....	iv
Abstrak .....	vii
Abstract .....	viii
Daftar Isi .....	1
Daftar Tabel.....	3
Daftar Gambar .....	6
Daftar Lampiran .....	7
Daftar Singkatan.....	8
Bab I Pendahuluan.....	9
1.1 Latar Belakang.....	9
1.2 Kajian Masalah .....	16
1.3 Rumusan Masalah.....	20
1.4 Tujuan Penelitian .....	20
1.5 Manfaat Penelitian .....	22
Bab II Tinjauan Pustaka.....	23
2.1 Tinjauan Umum Tentang Mutu .....	23
2.2 Tinjauan Umum Tentang <i>Patient Experience</i> .....	26
2.3 Tinjauan Umum Tentang IPA .....	35
2.4 Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit.....	40
2.5 Tinjauan Umum Tentang <i>Focus Group Discussion</i> .....	42

2.6	Matriks Penelitian Terdahulu .....	46
2.7	Mapping Teori .....	53
2.8	Kerangka Teori .....	54
2.9	Kerangka Penelitian .....	57
2.10	Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif .....	59
Bab III Metode Penelitian .....		65
3.1	Jenis Dan Rancangan .....	65
3.2	Lokasi Dan Waktu Penelitian .....	65
3.3	Populasi Dan Sampel .....	65
3.4	Pengumpulan Data .....	68
3.5	Pengolahan Dan Analisis Data .....	69
3.6	Tahapan Penelitian.....	70
Bab IV Hasil Dan Pembahasan .....		71
4.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	71
4.2	Hasil Penelitian .....	74
4.3	Pembahasan .....	116
4.4	Batasan Penelitian .....	154
Bab V Penutup .....		155
5.1	Kesimpulan.....	155
5.2	Saran.....	157
Daftar Pustaka .....		159
Lampiran .....		166

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Dibandingkan Dengan Standar Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Di Tiga RSUD Milik Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2017-2019.....	15
Tabel 2. . Tahapan Pelaksanaan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD).....	44
Tabel 3. Matriks Penelitian Terdahulu.....	46
Tabel 4. Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif Penelitian.....	59
Tabel 5. Jumlah Data Kunjungan Pasien Instalasi Rawat Inap Di Tiga RSUD Milik Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2017-2019.....	66
Tabel 6. Jumlah Sampel Penelitian Di Tiga RSUD Milik Provinsi Sulawesi.....	68
Tabel 7. Tahapan Penelitian Di RSUD Milik Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022.....	70
Tabel 8. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.....	74
Tabel 9. Distribusi Responden Berdasarkan Usia Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.....	74
Tabel 10. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.....	75
Tabel 11. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.....	76
Tabel 12. Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Biaya Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.....	77
Tabel 13. Distribusi Responden Berdasarkan Kelas Perawatan Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.....	78
Tabel 14. Distribusi Jawaban Kinerja Mutu Layanan RSUD Labuang Baji.....	79
Tabel 15. Distribusi Jawaban Kepentingan Layanan RSUD Labuang Baji.....	80
Tabel 16. Distribusi Jawaban Kinerja Mutu Layanan RSUD Haji.....	82
Tabel 17. Distribusi Jawaban Kepentingan Layanan RSUD Haji.....	83
Tabel 18. Distribusi Jawaban Kinerja Mutu Layanan RSUD Sayang Rakyat.....	85
Tabel 19. Distribusi Jawaban Kepentingan Layanan RSUD Sayang Rakyat.....	86

Tabel 20. Perbandingan Kinerja Dan Kepentingan Mutu Layanan Pasien Rawat Inap Pada <i>Dimensi Admission To Hospital</i> Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	88
Tabel 21. Perbandingan Kinerja Dan Kepentingan Mutu Layanan Pasien Rawat Inap Pada Dimensi <i>Hospital And Ward Environment</i> Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	88
Tabel 22. Perbandingan Kinerja Dan Kepentingan Mutu Layanan Pasien Rawat Inap Pada Dimensi <i>Care And Treatment</i> Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	89
Tabel 23. Perbandingan Kinerja Dan Kepentingan Mutu Layanan Pasien Rawat Inap Pada Dimensi <i>Operation And Procedure</i> Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	89
Tabel 24. Perbandingan Kinerja Dan Kepentingan Mutu Layanan Pasien Rawat Inap Pada Dimensi <i>Hospital Staff</i> Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	90
Tabel 25. Perbandingan Kinerja Dan Kepentingan Mutu Layanan Pasien Rawat Inap Pada Dimensi <i>Discharge Information</i> Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	90
Tabel 26. Perbandingan Kinerja Dan Kepentingan Mutu Layanan Pasien Rawat Inap Pada Dimensi <i>Leaving Hospital</i> Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	91
Tabel 27. Tingkat Kesesuaian <i>Patient Experience</i> Di RSUD Labuang Baji Makassar, Tahun 2022.....	92
Tabel 28. Penempatan Atribut <i>Patient Experience</i> Di RSUD Labuang Baji Makassar, Tahun 2022.....	94
Tabel 29. Tingkat Kesesuaian <i>Patient Experience</i> Di RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	96
Tabel 30. Penempatan Atribut <i>Patient Experience</i> Di RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	99
Tabel 31. Tingkat Kesesuaian <i>Patient Experience</i> Di RSUD Sayang Rakyat, Tahun 2022 .....	102

Tabel 32. Penempatan Atribut <i>Patient Experience</i> Di RSUD Sayang Rakyat, Tahun 2022 .....	104
Tabel 33. Penempatan Kuadran Kartesius IPA ( <i>Importance Performance Analysis</i> ) Pada Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022.....	108
Tabel 34. Tingkat Kesesuaian Pada Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	108
Tabel 35. Hasil Rekomendasi Focus Group Discussion Dengan Pejabat Struktural Di RSUD Labuang Baji Makassar .....	111
Tabel 36. Hasil Rekomendasi Focus Group Discussion Dengan Pejabat Struktural Di RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan .....	113
Tabel 37. Hasil Rekomendasi Focus Group Discussion Dengan Pejabat Struktural Di RSUD Sayang Rakyat.....	114
Tabel 38. Atribut Dan Strategi Dimensi <i>Patient Experience</i> Yang Menjadi Prioritas Utama Di RSUD Labuang Baji Makassar .....	138
Tabel 39. Atribut Dan Strategi Dimensi <i>Patient Experience</i> Yang Menjadi Prioritas Utama Di RSUD Haji Sulawesi Selatan.....	143
Tabel 40. Atribut Dan Strategi Dimensi <i>Patient Experience</i> Yang Menjadi Prioritas Utama Di RSUD Sayang Rakyat .....	146

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kajian Masalah Penelitian .....	17
Gambar 2. Diagram Kartesius Importance Performance Analysis .....	36
Gambar 3. Mapping Teori Penelitian .....	53
Gambar 4. Kerangka Teori Penelitian .....	54
Gambar 5. Kerangka Penelitian .....	57
Gambar 6. Diagram Kartesius Dimensi <i>Patient Experience</i> Di RSUD Labuang Baji Makassar, Tahun 2022 .....	93
Gambar 7. Diagram Kartesius Atribut <i>Patient Experience</i> Di RSUD Labuang Baji Makassar, Tahun 2022.....	94
Gambar 8. Diagram Kartesius Dimensi <i>Patient Experience</i> Di RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	98
Gambar 9. Diagram Kartesius Atribut <i>Patient Experience</i> Di RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	99
Gambar 10. Diagram Kartesius Dimensi <i>Patient Experience</i> Di Rsud Sayang Rakyat, Tahun 2022 .....	103
Gambar 11. Diagram Kartesius Atribut <i>Patient Experience</i> Di RSUD Sayang Rakyat, tahun 2022.....	104
Gambar 12. Penempatan Diagram Kartesius Ipa (Importance Performance Analysis) Pada Tiga Rsud Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2022 .....	107
Gambar 13. Focus Group Discussion Di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2023 .....	109

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuisisioner Penelitian.....	166
Lampiran 2. Karakteristik Responden.....	173
Lampiran 3. Data Variabel Kinerja (X) Rsud Labuang Baji .....	180
Lampiran 4. Data Variabel Kepentingan (Y) Rsud Labuang Baji .....	181
Lampiran 5. Data Variabel Kinerja (X) Rsud Haji .....	184
Lampiran 6. Data Variabel Kepentingan (Y) Rsud Haji .....	188
Lampiran 7. Data Variabel Kinerja (X) Rsud Sayang Rakyat.....	193
Lampiran 8. Data Variabel Kepentingan (Y) Rsud Sayang Rakyat.....	194
Lampiran 9. Dokumentasi Penelitian .....	195
Lampiran 10. Curriculum Vitae .....	196

## DAFTAR SINGKATAN

<b>Istilah/Singkatan</b>	<b>Arti/Penjelasan</b>
UU	Undang-Undang
PCC	<i>Patient Centered Care</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPA	<i>Importance Performance Analysis</i>
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>
RS	Rumah Sakit
KEMENKES	Kementrian Kesehatan
HCAHPS	<i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>
SIPES	<i>Scottish Inpatient Patient Experience Survey</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
NHS	<i>National Health Survey</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
CPP	<i>Community Based Cared Programmes Instrument</i>
PPE-15	<i>Picker Patient Experience Survey</i>
CCPs	<i>Community Based Care Programmes Instrument</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Pada era globalisasi saat ini, semua sektor industri dituntut untuk dapat meningkatkan kualitas dan efektifitas pelayanan ataupun produk yang diberikan kepada pelanggannya (Drury, 2000). Industri kesehatan menjadi salah satu sektor yang menjadi pusat perhatian sehingga rumah sakit, sebagai lembaga utama pelayanan kesehatan diwajibkan untuk terus dapat memperbaiki kualitasnya. Di Indonesia, standar pelayanan rumah sakit telah diatur pada UU No.44/2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 29 huruf b yang dimana berfokus pada keamanan, mutu, efektifitas dan mengutamakan kepentingan dari pasien. Undang-Undang tersebut mengatur kewajiban rumah sakit untuk dapat meningkatkan dan menjamin kualitas pelayanannya.

Akan tetapi, kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia masih dirasakan kurang memuaskan (Susanti et. al, 2021). Beberapa keluhan tersebut merupakan akibat dari timbunnya perbedaan harapan dan pelayanan yang dialami oleh pasien. Keluhan yang diterima adalah infrastruktur dan layanan sumber daya manusia. Pasien sering kali perlu menunggu dengan durasi yang cukup lama sehingga waktu pengobatan tidak sesuai dengan jadwal praktik (Bustani et. al, 2015). Kualitas pelayanan perlu diperhatikan dengan cara melihat keluhan yang diberikan oleh pasien setelah menerima pelayanan (Supratman & Prasetyo, 2010).

Rumah sakit saat ini dituntut untuk memaksimalkan nilai bagi pasien yaitu, untuk mencapai hasil terbaik dengan biaya terendah sambil mempertimbangkan preferensi pasien (Nagurney & Li, 2015) . Dengan latar belakang meningkatnya persaingan antar fasilitas pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan menjadi pembeda penting dalam strategi organisasi pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, agar tetap berhasil maka diperlukan paradigma baru dalam pelaksanaan di rumah sakit (Stone, 2008).

Penggunaan paradigma PCC (*Patient Centered Care*) yaitu berfokus pada pasien diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan (Regge, et al., 2017).

PCC merupakan paradigma baru yang menghormati dan responsif terhadap preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai yang diyakini pasien agar pelayanan menjadi lebih baik (Reynolds, 2009). Selain itu paradigma ini diharapkan dapat mengalokasikan sumber daya yang tepat, dan meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga (Frampton, et al., 2008). Konsep PCC memberikan pelayanan tidak hanya dengan berbicara kepada pasien, tetapi juga dengan memberikan informasi dan edukasi kepada setiap pasien, lebih memperhatikan kebutuhan pasien sebagai individu. PCC merupakan pendekatan pelayanan pada sektor kesehatan yang bermutu tinggi, dan berhasil dalam peningkatan kualitas secara holistik (Mills, et al., 2013).

Perusahaan yang berorientasi pada pelanggan memiliki tingkat keberhasilan yang paling tinggi dalam mempertahankan perusahaannya (Kotler & Armstrong 2008). Kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dibandingkan dengan harapan. Tjiptono (2014) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai ukuran seberapa baik tingkat pelayanan yang diberikan mampu untuk memenuhi harapan pelanggan. Dalam model penilaian kepuasan pasien, perbedaan antara persepsi dan harapan pasien dianggap sebagai kriteria untuk menilai kualitas layanan.

Dalam penelitiannya Rivai et al (2020) menemukan hubungan antara kualitas pelayanan dengan kepuasan pasien, pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Ibnu Sina dengan jumlah 242 responden yang diteliti. Sutrisno (2016) menemukan bahwa kepuasan pasien di RS TNI tingkat II dipengaruhi oleh kualitas pelayanan yang mereka terima. Temuan penelitian ini menguatkan gagasan Tjiptono (2014) bahwa kualitas adalah jumlah atribut layanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Pasien di RS Tingkat II TNI memiliki kebutuhan seperti kemudahan akses dan tingkat kenyamanan dalam mendapatkan pelayanan. Menurut penelitian lain yang dilakukan di RS

Meuraxa, penerapan model pelayanan kesehatan berbasis Islam terkait dengan kepuasan pasien (Perdana, Hermansyah, & Darmawan, 2017).

Penggunaan survei kepuasan pasien selama ini dianggap kurang mampu dalam memberikan pengalaman pasien secara akurat terkait keadaan yang dirasakan oleh pasien selama proses pelayanan. Survei kepuasan pasien cenderung memperoleh peringkat yang sangat positif yang tidak sensitif terhadap masalah spesifik dalam kualitas perawatan (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, 2010). Ketidakmampuan dalam membedakan pelayanan yang baik dan buruk menjadi salah satu faktor yang dikritik dalam kuesioner kepuasan pasien sehingga survei kepuasan dianggap belum dapat terbukti untuk meningkatkan kualitas pelayanan (Jenkinson et al, 2002). Kuesioner harus mampu untuk mengukur apa yang dirasakan oleh pasien selama perawatan dan bagaimana pengalaman tersebut terkait dengan kepuasan (Harrison, et al., 2015).

Menurut Harrison, et al. (2015) kegiatan peningkatan kualitas pelayanan bergantung pada data spesifik mengenai sifat peristiwa yang dialami oleh pasien, hal ini hanya dapat diperoleh melalui data pengalaman pasien. Menggunakan pengukuran pengalaman pasien dapat memberikan informasi kejadian apa yang terjadi saat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan, mengukur aspek yang penting bagi pasien atau melihat sudut pandang dari pasien yang dapat meningkatkan kualitas mutu pelayanan (Lavela & Gallan, 2014). Survei kepuasan pasien dapat memberikan penilaian kepuasan terhadap pelayanan yang diterima namun belum mampu menilai pengalaman secara menyeluruh (Regge, et al., 2017). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Salisbury dan Wallace (2010), hasil survei kepuasan yang dapat dijadikan strategi perbaikan layanan hanya 4.6% sedangkan, untuk survei pengalaman pasien lebih dari 20% respon yang dapat dijadikan strategi oleh rumah sakit. Oleh karena itu, penggunaan survei pengalaman pasien lebih baik dibandingkan kepuasan pasien. Dengan menggunakan pengalaman pasien maka data yang dihasilkan akan unik, yang dimana masing-masing individu akan memiliki preferensi tersendiri. Hal ini mendukung terjadinya peningkatan peran pasien dalam menentukan

kebijakan karena input yang digunakan berasal dari pendapat sendiri (LaVela & Gallan, 2014). Penelitian lain bahkan menggunakan data hasil pengalaman pasien di Rumah Sakit Jawa Timur untuk menyusun strategi pemasaran (Pamungkas et al., 2015). Hasil pengalaman baik yang dirasakan oleh pasien bisa menjadi landasan dalam pembuatan strategi pemasaran sedangkan, pengalaman yang kurang baik dapat menjadi landasan dalam menyusun strategi peningkatan kualitas pelayanan.

Pengalaman pasien memiliki beberapa dimensi yang telah dikemukakan oleh beberapa penelitian terdahulu. Instrumen PPE-15 yang disusun oleh *picker institute* eropa memiliki tujuh dimensi, yaitu informasi dan edukasi, koordinasi pelayanan, kenyamanan fisik, dukungan emosional, preferensi pasien, keterlibatan keluarga dan teman, kontinuitas dan transisi, dan akses terhadap pelayanan (Jenkinson *et al*, 2002). Berdasarkan *Scottish Inpatient Patient Experience Survey* (SIPES) yang digunakan oleh *National Health Survey* (NHS) Skotlandia yang bertugas untuk mengumpulkan informasi dari pasien terhadap pengalaman yang dirasakan dari pertama masuk rumah sakit hingga perawatannya selesai. SIPES memiliki tujuh dimensi yaitu, *admission to hospital, hospital and ward environment, care and treatment, operation and procedures, hospital staff, discharge information, dan leaving hospital* (Wong *et al*, 2015). Dimensi pengalaman pasien juga dikemukakan oleh beberapa instansi dan penelitian terdahulu seperti *Community Based Care Programmes Instrument* (CCPs) (Chuan, 2020), *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and System* (HCAHPS) (Sherri *et al*, 2014), dan Tanniru *et al.*, (2017). Akan tetapi, dimensi pengalaman pasien yang dikemukakan hampir sama dengan yang telah dikemukakan oleh Wong *et al* (2015), dan Jenkinson *et al* (2002).

Dalam melakukan penggambaran faktor-faktor pengalaman pasien, ada beberapa metode yang sering digunakan akan tetapi metode IPA (*Importance Perfomance Analysis*) diyakini memiliki kelebihan apabila dibandingkan dengan metode lain. IPA dapat menunjukkan atribut yang perlu ditingkatkan ataupun dikurangi untuk menjaga kepuasan pasien dan hasil yang berikan oleh IPA diinterpretasikan menggunakan sebuah diagram

kartesian yang mudah dipahami tanpa perlu mengeluarkan biaya yang banyak (Miranda, et al., 2010). Metode IPA merupakan penghitungan skor kinerja dan kepentingan yang diberikan oleh pasien, yang dimana hasilnya didapatkan berdasarkan jumlah perhitungan dari seluruh responden untuk satu variabel kemudian diambil nilai rata-ratanya. Nilai tingkat kesesuaian akan diambil menggunakan perbandingan tingkat kinerja dan tingkat kepentingan (Utama, 2013).

Metode IPA diperkenalkan oleh Martilla dan James (1977) dengan tujuan untuk melihat hubungan antara persepsi konsumen dan prioritas peningkatan kualitas produk atau jasa yang dikenal pula sebagai *quadrant analysis*. Metode IPA merupakan metodologi sederhana untuk mengubah kualitas derajat kepentingan dan tingkat pelaksanaan itu sendiri, yang bermanfaat untuk membangun program pemasaran yang efisien (Gata dan Gilang, 2017). Kepuasan pelanggan didefinisikan oleh pendapat pelanggan terhadap kinerja produk atau jasa dalam memenuhi harapan pelanggan. Pelanggan akan senang jika harapannya terpenuhi atau terlampaui (Suryawan & Dharmayanti, 2013).

IPA berupaya memberikan informasi tentang karakteristik layanan yang menurut pelanggan memengaruhi loyalitas dan kebahagiaan mereka, serta faktor layanan yang menurut pelanggan perlu diubah karena kondisi yang ada tidak memuaskan mereka. Untuk mendapatkan ide praktis dan meningkatkan interpretasi data, IPA menggabungkan penilaian elemen tingkat kinerja dan tingkat kepentingan, yang ditampilkan dalam gambar dua dimensi, yaitu diagram tingkat kepentingan-kinerja (Setiawan, 2016).

Khalifeh dan Razavi (2012) menyatakan bahwa IPA adalah alat yang efisien untuk memprioritaskan indikator layanan, meningkatkan kualitas layanan dan untuk mengatasi kepuasan pasien. Semakin pentingnya model dalam mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan sistem, efisiensinya dalam menentukan prioritas dan strategi perbaikan, menyebabkan penerapan IPA di berbagai bidang penelitian, termasuk kesehatan menjadi penting. Olfat dan Barati (2013) percaya bahwa IPA dapat mengidentifikasi fokus kritis dan memusatkan sumber daya untuk mencapai peningkatan kinerja.

Mengukur kualitas layanan di antara pasien rawat inap adalah prioritas, karena unit pelayanan rawat inap merupakan tempat atau unit dimana terjadi interaksi yang mutual dengan durasi yang cukup lama antara pasien, tenaga kesehatan dan keluarga (Nurchayanti & Setiawan, 2017). Rawat inap adalah salah satu bentuk pelayanan berkelanjutan yang diterima oleh pasien dengan durasi lebih dari 1x24 jam dan mereka adalah orang-orang yang memerlukan adanya perawatan yang berlangsung secara terus menerus (*continuous nursing care*) (Crosby, 2005). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan pada salah satu rumah sakit di Cilegon, bahwa rawat inap merupakan layanan dengan keluhan terbanyak dengan jumlah 30% dari total keluhan (Afrilianti, 2014).

Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien, ditentukan oleh kenyataan apakah jasa yang diberikan bisa memenuhi kebutuhan pasien, dengan menggunakan persepsi pasien tentang pelayanan yang diterima (memuaskan atau mengecewakan, juga termasuk lamanya waktu pelayanan) (Assauri, 2008). Kepuasan dimulai dari penerimaan terhadap pasien dari pertama kali datang, sampai pasien meninggalkan rumah sakit. Untuk pencapaian kepuasan pasien tentu saja dengan melakukan upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan di institusi kesehatan yang berkualitas. Dengan kata lain petugas dan institusi perlu memberikan pelayanan yang baik, efektif, dan efisien (Alwy, 2018).

Meningkatkan pelayanan kesehatan tidak diragukan lagi penting dalam pengembangan sistem kesehatan yang baik. Menurut sebuah penelitian, peningkatan kualitas teknis layanan kesehatan, jika dipadukan dengan penyampaian layanan yang cepat, perlakuan yang adil, hasil kesehatan yang lebih baik, dan perlindungan risiko finansial, dapat meningkatkan kepercayaan publik terhadap pemerintah (Rockers et al., 2012). Peningkatan mutu membutuhkan upaya kolaboratif dan berkelanjutan dari semua orang, termasuk tenaga kesehatan, pasien, dan keluarganya (Tahir, 2020).

Berdasarkan survei kepuasan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit RSUD Labuang Baji Makassar, RSUD Provinsi Haji Sulawesi Selatan dan

RSUD Sayang Rakyat tahun 2017-2019 menunjukkan bahwa capaian tingkat kepuasan pasien di bawah standar kepuasan pasien yaitu 90%. Hal ini menunjukkan tingkat kepuasan pasien yang belum memenuhi standar Kepmenkes No.129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit mensyaratkan kepuasan pasien pada Instalasi Rawat Inap adalah sebesar  $\geq 90\%$  (Kepmenkes, 2008).

**Tabel 1. Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Dibandingkan Dengan Standar Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Di Tiga RSUD Milik Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2017-2019**

Rumah Sakit	Kepuasan Pasien Rawat Inap			Rata-Rata Kepuasan Pasien	Standard Kepuasan Pasien
	2017	2018	2019		
RSUD Labuang Baji Makassar	64.71%	88.30%	88.31%	81.44%	<b><math>\geq 90\%</math></b>
RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan	77.8%	85.4%	85%	82.37%	
RSUD Sayang Rakyat	51.7%	60%	73%	61.56%	

Sumber: Data Sekunder di tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2017-2019

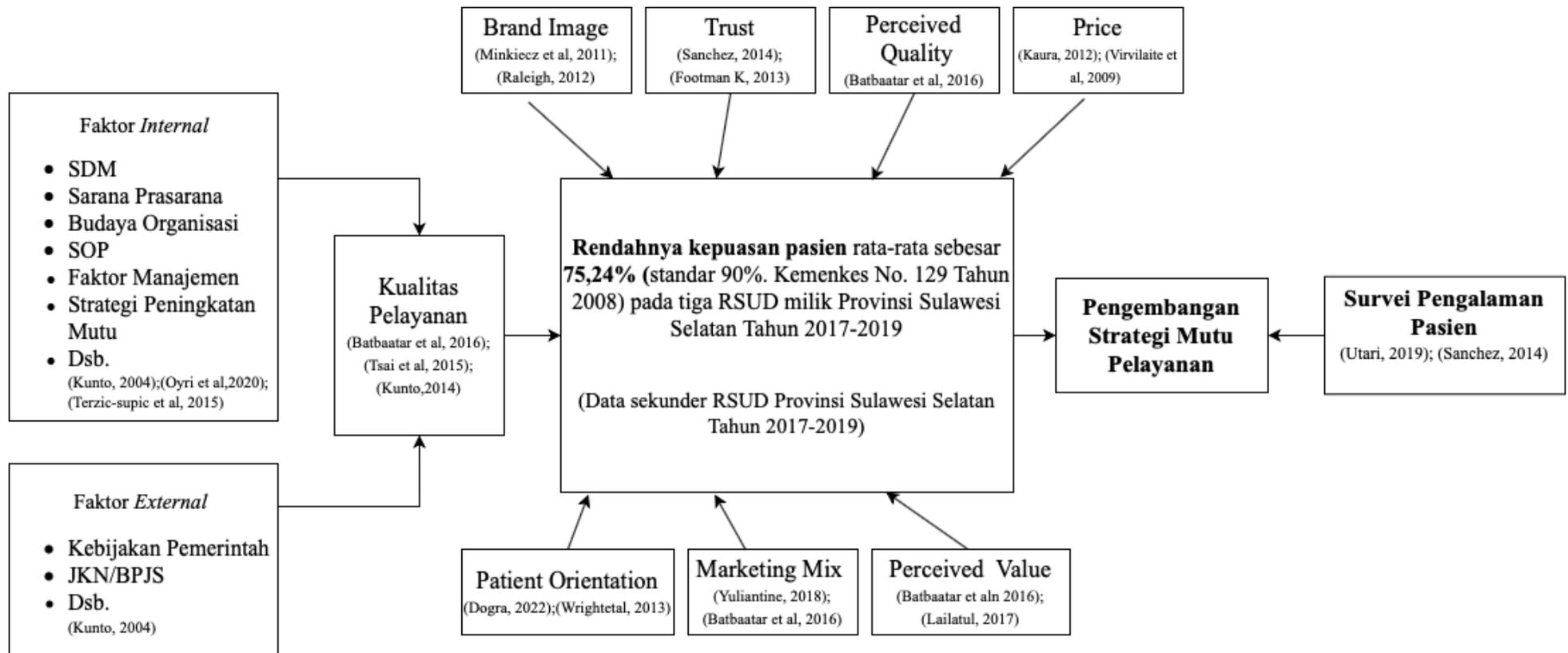
Berdasarkan tabel di atas rata-rata kepuasan pasien selama 3 tahun terakhir (2017-2019) tidak memenuhi standar di RSUD Labuang Baji Makassar sebesar 81,44% , di RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 82,73%, dan di RSUD Sayang Rakyat 61,56%. Hal ini menunjukkan tingkat kepuasan pasien yang belum memenuhi standar Kepmenkes No.129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit mensyaratkan kepuasan pasien pada Instalasi Rawat Inap adalah sebesar  $\geq 90\%$ . Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien,ditentukan oleh kenyataan apakah jasa yang diberikan bisa memenuhi kebutuhan pasien. Berdasarkan masalah diatas peneliti memilih variabel pengalaman pasien dengan menggunakan *Importance Performance Analysis* (IPA) sebagai landasan dalam menentukan strategi pengembangan mutu pelayanan pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.

## 1.2 KAJIAN MASALAH

Seperti yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya kepuasan pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Labuang Baji Makassar, RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan dan RSUD Sayang Rakyat belum memenuhi capaian tingkat kepuasan pasien yaitu 75,24% berdasarkan nilai minimum yang ditetapkan oleh Kemenkes No. 129 Tahun 2008 yang dimana tingkat kepuasan perlu lebih besar atau sama dengan 90%. Kepuasan pasien merupakan indikator yang penting yang mempengaruhi kualitas pelayanan rumah sakit (Tsai et al, 2015).

Indikator kualitas pelayanan kesehatan adalah penentu kepuasan pasien yang paling berpengaruh (Batbaatar et al, 2016). Adapun menurut Cronin, J. (1992) penentu utama kepuasan pasien adalah kualitas pelayanan yang dimana sangat dipengaruhi oleh beberapa hal seperti faktor *internal* yang merupakan faktor yang berasal dari dalam rumah sakit (SDM RS, sarana/prasarana, budaya organisasi, SOP, dsb), faktor *external* yang berasal dari luar rumah sakit (kebijakan pemerintah, JKN/BPJS, dsb) (Kunto, 2004). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Oyri et. al (2020) salah satu faktor internal adalah pihak manajemen rumah sakit yang dimana, mereka bertanggung jawab untuk implementasi peningkatan kualitas yang berada dalam lingkup rumah sakit melalui regulasi atau aturan yang mereka buat. Selain itu, perencanaan strategi yang baik telah terbukti memberikan dampak positif dalam kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit sehingga, memberikan pelatihan perencanaan kepada para manajer menjadi prioritas utama dalam upaya peningkatan kualitas layanan (Terzic-Supic et al, 2015).

Wright et al (2013) mengemukakan bahwa kepuasan pasien dapat dipengaruhi oleh orientasi personal pasien seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan pasien dan harapan pasien. Pasien orientasi dapat diacapai dengan bantuan pendekatan yang berpusat pada pasien dan pemberian layanan yang berkualitas, hal ini terbukti memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan pasien (Dogra, 2022).



Gambar 1. Kajian Masalah Penelitian

Yuliantine et al. (2018) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa bauran pemasaran seperti produk, harga, tempat, promosi, orang, proses dan gedung merupakan factor-faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Bauran pemasaran (marketing mix) pada rumah sakit merupakan variable yang dapat mempengaruhi reaksi pengguna jasa atas layanan yang dia terima. Harga suatu produk atau jasa adalah jumlah nilai yang diperdagangkan oleh penjual kepada pelanggan dengan memperhitungkan keuntungan yang akan (Kotler, 2005).

Harga merupakan faktor penentu kebahagiaan konsumen yang signifikan (Kaura, 2012). Hal ini didukung dengan penelitian lain yang dilakukan oleh Virvilaite (2009) yang mengemukakan bahwa harga digunakan sebagai indikator kualitas produk dan menentukan kepuasan pasien yang lebih baik. *Image* adalah kesan yang tertinggal pada pikiran pengguna jasa setelah mereka menggunakan layanan yang diberikan (Li, 2013). Hal ini didukung oleh penelitian. (Minkiecz et al., 2011) yang menyatakan bahwa *image* atau citra didasarkan oleh keyakinan pelanggan terhadap merk atau layanan yang mereka gunakan sehingga, persepsi tersebut akan mempengaruhi ekspektasi mereka atas layanan yang mereka terima. Reputasi dan citra rumah sakit merupakan penentu signifikan kepuasan pasien di Jepang (Raleigh et al, 2012).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Retno et al. (2018) memberikan variabel lain yang mempengaruhi kepuasan adalah *trust* (kepercayaan). Kepercayaan pelanggan terhadap sebuah organisasi jasa, dapat membantu pemberi jasa dalam memberikan citra positif sehingga membantu dalam memberikan nilai kepuasan pasien yang baik. Selain itu, SDM kesehatan, sikap dan kualitas penyedia layanan, asuransi kesehatan, pembayaran, situasi politik, harapan pasien, kepercayaan terhadap layanan kesehatan, dan kepercayaan terhadap pemerintah dapat mempengaruhi kepuasan pasien (Sanchez, 2014) (Footman K, 2013).

*Perceived Quality* sebagai keadaan dimana pelanggan membandingkan antara harapan dan persepsi mereka tentang kinerja sebuah pelayanan dengan kenyataannya (Li, 2013). Lailatul Magfiroh (2017)

menyatakan bahwa *customer perceived value* berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pelanggan. Hal ini didukung oleh penelitian Batbaatar et al (2016) yaitu peningkatan kualitas dan nilai yang dirasakan pasien berdampak positif pada kepuasan mereka. Tingkat pengalaman pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diperoleh sangat dipengaruhi oleh kesesuaian antara harapan dan kinerja yang dinilai oleh pasien.

Pengalaman pasien adalah kegiatan selama menjalani perawatan yang dapat dinilainya terhadap berbagai pelayanan yang diterima maupun sarana dan prasarana yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Dogra, 2020). Hasil penelitian Zarei, (2015) menyatakan bahwa pengalaman pasien berpengaruh terhadap kualitas pelayanan sehingga dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Pengalaman pasien dapat digunakan untuk mempelajari lebih lanjut tentang apa yang terjadi ketika seorang pasien menerima berbagai layanan atau acara di institusi perawatan kesehatan. Dengan pengalaman pasien, faktor-faktor yang penting bagi pasien dapat dikuantifikasi atau dimunculkan yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan menurut pendapat pasien. Hasil penelitian Utari et al., (2019) yaitu *The Impact of Patient Experience to Patient Loyalty In Haji, Makassar Regional Public Hospital*. menunjukkan bahwa pengalaman pasien berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien.

Kepuasan pasien dalam menerima layanan sangatlah penting untuk menentukan strategi rumah sakit kedepannya. Namun, metode pengukuran kepuasan pasien tidak selalu memberikan alternatif strategi peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit. Hal ini disebabkan karena survei kepuasan pasien sering berisi pertanyaan yang gagal menggambarkan dengan tepat sifat pengalaman perawatan (Harrison et al, 2015). Namun, evaluasi kepuasan pasien tidak selalu memberikan hasil analisis yang dapat dikembangkan menjadi sebuah strategi alternatif untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit. Hal ini disebabkan karena survei kepuasan pasien menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang kurang spesifik sehingga tidak cukup menangkap bagaimana pengalaman perawatan yang dirasakan oleh pasien (Harrison et al, 2015). Berbeda dengan pengalaman pasien yang mungkin

memperoleh informasi tentang apa yang terjadi ketika mereka mendapat perawatan atau episode tertentu di fasilitas pelayanan kesehatan. Pengalaman pasien dapat digunakan untuk melihat nilai yang penting bagi pasien untuk mengangkat masalah yang menurut mereka penting sehingga peningkatan terhadap attribute ini, dapat meningkatkan kualitas layanan. Oleh karena itu, peneliti akan melakukan pengukuran kualitas pelayanan berdasarkan dimensi pengalaman pasien menggunakan metode IPA (*Importance Performance Analysis*) untuk menentukan strategi pengembangan mutu pelayanan pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.

### 1.3 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah pengalaman pasien (*Patient Experience*) berdasarkan dimensi *Admission to Hospital, Hospital and Ward Environment, Care and Treatment, Operation and Procedure, Hospital Staff, Discharge Information, and Leaving Hospital* pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022?
2. Bagaimanakah dimensi pengalaman pasien (*Patient Experience*) berdasarkan diagram kartesius menggunakan metode *Importance Performance Analysis* (IPA) pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022?
3. Bagaimanakah strategi pengembangan mutu pelayanan berdasarkan hasil pengalaman pasien (*Patient Experience*) menggunakan metode *Importance Performance Analysis* (IPA) pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022?

## **1.4 TUJUAN PENELITIAN**

### **1.4.1 TUJUAN UMUM**

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui hasil analisis pengalaman pasien menggunakan metode *Importance Performance Analysis* (IPA) untuk mengembangkan strategi pengembangan mutu pelayanan pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, yaitu RSUD Labuang Baji, RSUD Haji, dan RSUD Sayang Rakyat, pada tahun 2022.

### **1.4.2 TUJUAN KHUSUS**

1. Mengetahui hasil analisis *Patient Experience* berdasarkan dimensi *Admission to Hospital* pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.
2. Mengetahui hasil analisis *Patient Experience* berdasarkan dimensi *Hospital and Ward Environment* pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.
3. Mengetahui hasil analisis *Patient Experience* berdasarkan dimensi *Care and Treatment* pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.
4. Mengetahui hasil analisis *Patient Experience* berdasarkan dimensi *Operation and Procedures* pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.
5. Mengetahui hasil analisis *Patient Experience* berdasarkan dimensi *Hospital Staff* pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.
6. Mengetahui hasil analisis *Patient Experience* berdasarkan dimensi *Discharge Information* pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.
7. Mengetahui hasil analisis *Patient Experience* berdasarkan dimensi *Leaving Hospital* pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.

8. Mengetahui hasil analisis dimensi pengalaman pasien (*Patient Experience*) berdasarkan *Importance Performance Analysis* (IPA) pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.
9. Menyusun strategi pengembangan mutu pelayanan berdasarkan pengalaman pasien (*Patient Experience*) pada Instalasi Rawat Inap di Tiga RSUD Provinsi Sulawesi Selatan, tahun 2022.

## **1.5 MANFAAT PENELITIAN**

### **1.5.1 MANFAAT KEILMUAN**

Sebagai bahan referensi terhadap perkembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen rumah sakit, khususnya bidang kajian mutu mengenai strategi pengembangan mutu pelayanan di rumah sakit dengan menganalisis pengalaman pasien (*Patient Experience*) menggunakan metode *Importance Performance Analysis* (IPA).

### **1.5.2 MANFAAT PRAKTIS**

Sebagai bahan masukan bagi rumah sakit agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan mengembangkan strategi mutu pelayanan di rumah sakit.

### **1.5.3 MANFAAT BAGI PENELITI**

Penelitian ini akan memperkaya wawasan dan pengetahuan peneliti. Selain itu, penelitian ini juga merupakan salah satu cara untuk mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh dalam rangka mendapatkan gelar Magister Administrasi Rumah Sakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 TINJAUAN UMUM TENTANG MUTU**

##### **2.1.1 SEJARAH PERKEMBANGAN MUTU**

Pada tahun 1920-an Dr. Walter Shewhart, di sebuah pabrik di Cicero, Illinois di Amerika Serikat telah memperkenalkan *Quality control* yang bermanfaat untuk mengetahui produk yang dihasilkan berada pada batas yang dikehendaki. Hal ini merupakan perkembangan dari yang menjadi tahap penting dalam sebuah pemikiran manajerial. Walter Shewhart menggambarkan bagan kendali pertama pada Mei 1924, meluncurkan kendali statistik dan peningkatan kualitas. Pada bulan November, serangkaian investigasi penelitian yang dikenal sebagai studi Hawthorne dimulai. Dr. W. Edward Deming menetapkan gagasan kendali mutu lengkap di perusahaan pada tahun 1950. Deming menekankan relevansi kendali statistik dalam peningkatan kualitas proses dan produksi (Neave & Henry R, 1990). Shewhart, Deming, dan Juan secara luas dianggap sebagai pendiri gerakan peningkatan kualitas. Bagan kendali dan siklus Plan-Do-Study-Act (PDSA) adalah dua penemuan Shewhart yang masih digunakan untuk meningkatkan kualitas pekerjaan (Sallis E, 2016).

Pada tahun 1960-an seorang tokoh yaitu Feigenbaum yang merupakan pelopor *Total Quality Control*. Dr. AV Feigenbaum memperkenalkan konsep *make it right at the first time*, konsep ini mulai berkembang dan menjadi salah satu dasar TCM (*Total Quality Management*). Pengembangan manajemen kualitas telah mengungkapkan bahwa bukan hanya fungsi manufaktur yang menentukan kepuasan pelanggan terhadap kualitas. Dalam hal ini, tanggung jawab terhadap mutu tidak lagi terbatas pada satu departemen saja, tetapi telah menyebar ke seluruh karyawan dalam organisasi.. Pola inilah yang kemudian disebut *Total Quality Management* yang diperkenalkan oleh Frederick Taylor pada Tahun 1990- an, yang dikenal dengan sebutan *Father of Scientific Management* dan terkenal

dengan teorinya *Time and Motion Studies*. Model *Total Quality Management* berkembang menjadi *learning organization* yang menggunakan filosofi *Continous Quality Improvement* dan menggunakan konsep manajemen pengetahuan (Sallis E, 2016).

### **2.1.2 PENGERTIAN MUTU**

Pengertian kualitas bervariasi dari yang konvensional hingga yang lebih strategis. Definisi tradisional kualitas seringkali mencakup fitur langsung produk, seperti kinerja, ketergantungan, kemudahan penggunaan, daya tarik, dan sebagainya. Definisi strategis mutu adalah segala sesuatu yang dapat memuaskan keinginan atau tuntutan konsumen (*satisfying customer need*). 2001 (Vincent Gaspersz).

Pada dasarnya, manajemen mutu digambarkan sebagai metode untuk terus meningkatkan kinerja di setiap tingkat operasi atau proses di setiap area fungsional organisasi dengan memanfaatkan semua sumber daya manusia dan modal yang tersedia. (Vincent Gaspersz, 2001). Sistem mutu adalah seperangkat praktik, tanggung jawab, kebijakan, dan prosedur yang digunakan organisasi untuk menerapkan dan memelihara tingkat mutu dalam barang, proses, dan layanannya.

Sistem manajemen mutu adalah kumpulan prosedur yang ditetapkan dan praktik standar untuk sistem manajemen yang mencoba untuk memastikan kepatuhan proses dan produk terhadap permintaan atau persyaratan yang ditentukan oleh persyaratan pelanggan dan organisasi. Sistem manajemen mutu menjelaskan bagaimana suatu organisasi secara terus-menerus menerapkan praktik manajemen mutu untuk memenuhi kebutuhan pelanggan dan pasarnya.

Ada beberapa keuntungan memiliki sistem manajemen mutu, terutama bagi konsumen, bisnis, dan karyawan. Keunggulan tersebut didasarkan pada sistem kerja manajemen mutu yang berpusat pada kepuasan pelanggan dan perbaikan berkelanjutan. Keuntungan konsumen dari memiliki sedikit atau tidak ada kesulitan dengan produk atau layanan mereka, perawatan yang lebih baik untuk konsumen atau perhatian lebih kepada pelanggan, dan

kepuasan pelanggan terjamin atau memuaskan. Sementara itu, manfaat Sistem Manajemen Mutu untuk bisnis meliputi peningkatan kualitas produk dan layanan, karyawan lebih termotivasi, produktivitas lebih tinggi, biaya lebih rendah, cacat produk lebih sedikit, dan penyelesaian masalah lebih cepat (Ronald. M, 2014).

Kunci keberhasilan kualitas, menurut Nasution (2004), adalah penyedia layanan dapat memenuhi atau bahkan melampaui harapan konsumen atas layanan yang diberikan. Pencapaian mempertahankan klien kemungkinan merupakan indikator terkuat dari kualitas dan kemampuan layanan perusahaan. Dengan demikian mutu pelayanan kesehatan rumah sakit dapat diartikan sebagai kesempurnaan pelayanan rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan masyarakat atau konsumen akan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan profesional, standar penggunaan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, cara, efisien, efektif, aman, dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum, dan sosial budaya.

Mutu pelayanan kesehatan meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak hanya yang dapat menimbulkan kepuasan pasien yang sejalan dengan rata-rata kepuasan penduduk tetapi juga sejalan dengan standar profesi dan kode etik yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2015). Mutu pelayanan kesehatan akan selalu melibatkan dua komponen, yang pertama adalah aspek teknis dari penyedia layanan kesehatan itu sendiri, dan yang kedua adalah aspek manusia yang muncul sebagai konsekuensi dari hubungan yang terjalin antara penyedia layanan kesehatan tersebut dan pengguna jasa.

Salah satu tantangan dalam mengembangkan pengetahuan tentang kualitas pelayanan kesehatan adalah bahwa kualitas sangat terkait dengan variabel subjektif yang terlibat, yang meliputi pasien, tenaga kesehatan, penyandang dana, masyarakat, dan pemilik fasilitas kesehatan. Karena kualitas layanan selalu berfluktuasi berdasarkan hubungan antara karyawan dan konsumen, penyedia layanan harus memahami dan menyelidiki harapan klien mengenai kualitas layanan (Kotler, 2000).

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit bersifat multifaset, komprehensif, integratif, sistematis, dan jangka panjang yang berbentuk struktur, proses, keluaran, dan hasil yang memanfaatkan kemungkinan yang ada.

## **2.2 TINJAUAN UMUM TENTANG *PATIENT EXPERIENCE***

### **2.2.1 DEFINISI *PATIENT EXPERIENCE***

Seperti yang telah di ungkapkan Wolf, et al. (2014), pengalaman pasien telah menghasilkan banyak definisi. Sebagai pemimpin global dalam meningkatkan pengalaman pasien dalam perawatan kesehatan, *The Beryl Institute* mendefinisikan pengalaman pasien sebagai "jumlah dari semua interaksi, dibentuk oleh budaya organisasi, yang mempengaruhi persepsi pasien di seluruh rangkaian perawatan." Definisi ini mengidentifikasi 4 tema penting untuk memahami pengalaman pasien yaitu, interaksi pribadi, budaya organisasi, persepsi pasien dan keluarga, dan kontinum perawatan. Adapun definisi menurut Dogra (2020) bahwa pengalaman pasien adalah kegiatan selama menjalani perawatan yang dapat dinilainya terhadap berbagai pelayanan yang diterima maupun sarana dan prasarana yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Pengalaman pasien adalah konsep multidimensi, multifaset, dan terkait erat dengan beberapa subbagian (Oben P, 2020). Pengalaman pasien dalam konteks perawatan kesehatan menggabungkan perjalanan pasien secara keseluruhan dan bahwa itu adalah konsep yang penting secara praktis, manajerial, dan klinis untuk diukur. Adapun menurut Bowling et al (2013) pengalaman pasien (*Patient Experience*) adalah observasi langsung secara personal tentang pelayanan kesehatan yang diterima. Ekspektasi dari pengalaman termasuk kebersihan, informasi pelayanan, kenyamanan dan ketepatan waktu pelayanan, tepat waktu pemeriksaan, dokter dan pegawai yang membantu, penjelasan dokter yang jelas dan mudah dimengerti, terlibat dalam keputusan pengobatan, dokter yang menghormati, menerima saran tentang kondisi kesehatan, kondisi manajemen dan informasi tentang manfaat atau efek dari pengobatan, serta menerima peluang untuk diskusi

masalah. *The Society of Hospital Medicine* juga mengungkapkan bahwa *patient experience* merupakan semua perkataan dan tindakan yang dokter lakukan yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan kesejahteraan pasien. Dengan melihat berbagai aspek *patient experience*, seseorang dapat menilai sejauh mana pasien menerima perawatan yang menghormati dan responsif terhadap individu pasien, kebutuhan dan nilai-nilai (Edgman & Levitan, 2013).

Memahami pengalaman pasien memungkinkan organisasi untuk mengidentifikasi kesenjangan dalam layanan, untuk mendapatkan wawasan tentang masalah yang menyebabkan efek negatif pada perawatan pasien, dan untuk berinovasi dan/atau mendesain ulang proses untuk memberikan perawatan yang lebih baik kepada pasien menggabungkan suara pasien ke dalam keputusan strategis dapat membantu merampingkan proses, menghemat biaya, dan memfasilitasi kerja tim. Selain itu, mengumpulkan ukuran pengalaman pasien dapat memberikan umpan balik tentang upaya peningkatan kualitas.

### **2.2.2 DIMENSI PENGUKURAN *PATIENT EXPERIENCE***

Pengukuran pengalaman pasien penting karena memberikan kesempatan untuk meningkatkan perawatan, meningkatkan pengambilan keputusan strategis, memenuhi harapan pasien, mengelola dan memantau kinerja perawatan kesehatan secara efektif, dan mendokumentasikan tolak ukur untuk organisasi perawatan kesehatan (Al-abri, et al. 2014). Pengukuran pengalaman pasien juga dapat menginformasikan organisasi tentang peningkatan proses dan hasil klinis, pemanfaatan sumber daya, dan peningkatan keselamatan pasien. Meskipun banyak inisiatif pengukuran pengalaman pasien masih dalam tahap pengembangan, penelitian telah mulai melaporkan perbaikan setelah pengumpulan data yang sistematis tentang perspektif dan umpan balik pasien (Sherri L, 2014).

A. *Picker Patient Experience Survey (PPE-15)*

Dimensi *patient experience* yang paling sering digunakan adalah instrumen *Picker Patient Experience Survey (PPE-15)* yang disusun oleh *picker institute* eropa (2011). Survei ini telah dikembangkan melalui konsultasi dengan para ahli, berbagai sumber referensi *literature review*, melalui fokus grup pasien, serta melalui wawancara mendalam dengan para pasien dari berbagai negara mengenai isu-isu apa saja yang layak diangkat menjadi topik *patient experience* (Jenkinson et al., 2002).

*Picker Patient Experience Survey (PPE-15)* memiliki 8 dimensi, adalah sebagai berikut: 1) Informasi dan edukasi, 2) Koordinasi Pelayanan, 3) Kenyamanan Fisik, 4) Dukungan Emosional, 5) Preferensi Pasien/Menghargai Pengalaman Pasien, 6) Keterlibatan Keluarga dan Teman, 7) Kontinuitas dan Transisi, dan 8) Akses Terhadap Pelayanan.

B. Hospital Consumer Assesment of Healthcare Providers and System (HCAHPS)

Penilaian Konsumen Rumah Sakit dari Penyedia dan Sistem Layanan Kesehatan (HCAHPS) adalah instrumen standar, mapan, dan divalidasi secara ekstensif yang mengukur sejauh mana layanan perawatan kesehatan telah memenuhi kebutuhan kompleks. Awal mula HCAHPS digunakan pada tahun 2006, survei HCAHPS telah memungkinkan perbandingan standar nasional kepuasan pasien antara rumah sakit. Survei, yang berisi 32 pertanyaan tentang berbagai pengalaman pasien, berfungsi sebagai metode untuk membandingkan data kinerja yang berkaitan dengan perawatan pasien di antara rumah sakit (Sherri L et al, 2014).

HCAHPS membahas aspek-aspek spesifik dari interaksi antara pasien dan organisasi perawatan kesehatan, seperti komunikasi dengan dokter dan perawat. Survei ini memiliki beberapa tujuan yang didefinisikan secara luas yaitu meningkatkan transparansi layanan

perawatan kesehatan untuk meningkatkan akuntabilitas, sekaligus memberikan insentif bagi sistem rumah sakit untuk meningkatkan kualitas perawatan (Hefti et al, 2017).

Skor HCAHPS memberi penyedia layanan kesehatan ukuran kuantitatif yang pasti untuk menilai seberapa baik mereka memenuhi kebutuhan pasien, keluarga, dan masyarakat. Kemudian dapat menentukan area kekuatan dan kelemahan dan dengan jelas merencanakan perubahan peningkatan kualitas di seluruh rangkaian perawatan sehingga dapat memberikan perawatan yang aman efektif, berpusat pada pasien, tepat waktu, efisien, dan lebih adil (Oben P, 2020).

HCAHPS Survey (*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) memiliki 7 domain yang telah di uji validitas dan reliabilitas, yang terdiri dari komunikasi dengan perawat dan dokter, kecepatan dalam merespon, kenyamanan fisik, kontrol nyeri, obat dan pemberian informasi kepulangan.

### C. *NHS & Scottish Inpatient Patient Experience Survey (SIPES)*

Survei ini adalah kuesioner yang digunakan oleh Survei Kesehatan Nasional Skotlandia (NHS) dalam kerja sama dengan pemerintah Skotlandia untuk mengumpulkan informasi dari pasien tentang pengalaman rawat inap mereka sejak mereka masuk hingga saat mereka keluar. Semuanya ada 68 pertanyaan, mencakup tujuh topik: pendaftaran rumah sakit, ruangan dan rumah sakit, perawatan dan pengobatan, operasi dan prosedur, pegawai, informasi pemulangan, dan perawatan selanjutnya. Survei divalidasi secara ekstensif, termasuk wawancara pasien, tes kognitif, dan konsultasi dengan stakeholder. (Wong et al, 2015).

*The Scottish Inpatient Experience Survey (SIPES)* adalah program survei yang mendukung tiga jenis kualitas layanan kesehatan untuk Skotlandia, yang dikenal sebagai strategi kualitas, termasuk perawatan yang aman, efektif, dan berpusat pada pasien dengan

memberikan landasan untuk mengukur kualitas yang dialami oleh pengguna layanan. di Scotland. Tujuan dari pengawasan ini, yang secara khusus difokuskan untuk menempatkan orang di pusat perawatan, memastikan perawatan responsif individu, dan menghormati individu dalam keputusan perawatan, adalah untuk membantu pemerintah Skotlandia dalam menilai kualitas pengalaman kesehatan di Skotlandia serta memberikan informasi untuk Indikator Pengungkapan Kinerja Kinerja Nasional (Pemerintah Skotlandia, 2014).

Berikut merupakan dimensi pengalaman pasien didalam SIPES adalah sebagai berikut :

*a. Admission To Hospital*

Rumah sakit telah membentuk unit penerimaan atau departemen yang bertugas mengatur aliran pasien, memutuskan ke mana akan mengirim pasien ke bangsal, dan menetapkan tempat pasien dalam daftar tunggu untuk layanan pendukung. Selama proses penerimaan, penjelasan tentang kondisi kesehatan pasien, rencana perawatan, dan prosedur harus diberikan. Jika Anda tidak dapat mendirikan unit atau departemen, rumah sakit dapat menunjuk seseorang untuk menangani proses penerimaan yang memiliki kebijakan dan kekuasaan untuk mengatur aliran pasien.

*b. Hospital and Ward Environment*

Tujuan penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit adalah untuk mewujudkan lingkungan rumah sakit yang aman, nyaman dan sehat bagi pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit.

*c. Care and Treatment*

Suatu upaya pelayanan pertolongan yang dilakukan oleh dokter yang melibatkan tim kesehatan lain untuk mencapai derajat kesehatan pasien, keluarga, dan kelompok yang lebih tinggi serta membantu meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit

dengan mengurangi jumlah waktu yang dihemat di rumah sakit dan memecahkan masalah yang dapat membuat pasien di rumah sakit lebih lama dari yang diperlukan. Pembentukan tim untuk membantu perbaikan perencanaan perawatan saat ini dan masa depan, termasuk rencana pemulangan rumah sakit.

*d. Operation and Procedures*

Saat pasien tiba, dia akan disambut oleh anggota staf yang akan menjelaskan prosedur operasi/tindakan dan memberikan pasien gelang pengenalan untuk dipakai selama mereka tinggal di rumah sakit. Beberapa personel akan mengajukan pertanyaan yang sama kepada pasien saat dia berada di rumah sakit; ini adalah prosedur standar untuk menjamin bahwa informasi yang benar tentang pasien sedang dioperasi/ditindaklanjuti. Beberapa pertanyaan adalah: apa yang terjadi sebelum operasi/tindakan, bagaimana perasaan pasien setelah operasi/tindakan, berapa lama efek anestesi berlangsung, seberapa besar nyeri yang akan diatasi pasien setelah operasi/tindakan, apa yang harus dilakukan pasien, dan siapa yang harus menjadi pasien.

*e. Hospital Staff*

Ada banyak orang yang berkontribusi untuk perawatan pasien saat berada di rumah sakit. Banyak staf bekerja bersama-sama untuk menyediakan perawatan pasien yang sukses di rumah sakit, dimulai dari penilaian medis dan perawatan sehari-hari seperti obat hingga catering. Semua staff ini akan memainkan peran penting dalam perawatan dan pemulihan pasien mulai dari dokter yang bertugas untuk menilai dan mengelola perawatan medis, perawat yang memberikan perawatan berkelanjutan, ahli kesehatan lainnya yang menyediakan layanan untuk membantu diagnosis dan perawatan, membantu pasien selama proses pemulihan, hingga dukungan dan staf administrasi yang bekerja untuk mendukung operasional sehari-hari selama pasien di rumah sakit.

f. *Discharge Information*

Perencanaan pulang adalah strategi sistematis yang dikembangkan untuk pasien untuk memeriksa, mempersiapkan, dan berkoordinasi dengan institusi kesehatan saat ini atau yang ditentukan, serta berkolaborasi dengan layanan sosial yang ada, sebelum pasien pindah/pulang. Ketika seorang pasien keluar dari institusi perawatan kesehatan, perencanaan pemulangan mengacu pada serangkaian pilihan dan kegiatan yang diperlukan dalam memberikan perawatan maternitas yang berkelanjutan dan terkoordinasi.

g. *Leaving Hospital*

Pasien mungkin memerlukan bantuan dengan perawatan kesehatan dan sosial untuk kembali ke rumah. Jika pasien memiliki kebutuhan khusus, anggota staf akan datang menemui mereka. Jika pasien khawatir tentang bagaimana dia akan menjaga kesehatannya setelah keluar dari rumah sakit, dia diundang untuk berbicara dengan perawat yang merawatnya, termasuk mempersiapkan kebutuhan transportasi pasien ketika mereka kembali ke rumah.

Dalam penelitian ini akan menggunakan dimensi *patient experience* dari NHS & SIPES. Digunakan dimensi ini karena penjabaran yang dilakukan secara sistematis dimulai dari bagaimana pengalaman pasien pada saat proses masuk ke rumah sakit hingga pasien pulang berbeda dengan survei *patient experience* lainnya yang lebih banyak menanyakan secara langsung bagaimana prosedur hanya pada saat dirawat inap. Pertanyaan kuesioner dalam SIPES juga sangat mendetail, terperinci namun tetap menggunakan bahasa yg mudah dimengerti. Pada SIPES terdapat dimensi *operation & procedure* untuk pasien yang akan melakukan tindakan medik, dimana dimensi tersebut bertujuan untuk melihat secara lebih jauh lagi bagaimana gambaran mutu pelayanan dalam melakukan prosedur tindakan di suatu rumah sakit, dimensi ini juga

nantinya akan sangat cocok dihubungkan dengan patient safety pada sasaran patient safety ke- 4 yaitu tepat pasien operasi.

#### D. Community Based Cared Programmes Instrument (CCPs)

Dimensi CCPs berasal dari kerangka kerja yang dikembangkan dari PPE-15 *Picker Patient Experience*, yang dilakukan secara wawancara dengan menggunakan metode *purposive sampling*. Hasil penelitian dari CCPs menunjukkan bahwa pengalaman pasien memiliki banyak segi, dan dimensi pengalaman pasien yang bervariasi sesuai dengan pengaturan perawatan kesehatan. Karena sebagian besar kerangka pengalaman pasien dikembangkan berdasarkan pengaturan perawatan tunggal di populasi barat, namun temuan CCPs dapat menginformasikan pengembangan instrumen yang relevan secara budaya untuk mengukur pengalaman pasien perawatan berbasis komunitas untuk konteks multi-etnis Asia (Chuan, 2020).

Hasil penelitian CCPs menemukan bahwa sebagian besar instrumen pengalaman pasien divalidasi dalam konteks barat dan divalidasi untuk digunakan di tempat perawatan tunggal. Sebuah penelitian dilakukan oleh Wolf et. al., (2014) adalah satu-satunya tinjauan yang ditemukan telah mengevaluasi berbagai sumber yang menggambarkan definisi pengalaman pasien yang menjelaskan dimensi yang tumpang tindih di seluruh sumber sebagai kesejahteraan keseluruhan pasien yang dipengaruhi oleh interaksi pribadi, sosial dan faktor institusional di semua tempat perawatan.

Temuan dimensi-dimensi CPPs menyoroti delapan tema utama pengalaman pasien adalah sebagai berikut (Chuan, 2020):

1. Memastikan kesinambungan perawatan
2. Keterlibatan keluarga
3. Akses ke dukungan emosional
4. Memastikan kenyamanan fisik

5. Koordinasi layanan antar penyedia
6. Memberikan edukasi pasien
7. Pentingnya menghormati pasien
8. Pembiayaan kesehatan

E. Dimensi *Patient Experience* Tanniru (2017)

Pada penelitian Tanniru et al (2017) dia mendefinisikan dimensi *patient experience* memiliki 4 aspek yang penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan menghasilkan kepuasan pasien. Tanniru et al (2017) menemukan bahwa hanya komentar positif pada pemberian perawatan secara keseluruhan dan komentar positif dan negatif pada perawat, komunikasi, dan infrastruktur yang memiliki pengaruh langsung pada kepuasan keseluruhan yang lebih tinggi atau lebih rendah. Dengan kata lain, persepsi yang terkait dengan perawat, komunikasi, infrastruktur, dan hanya masalah perawatan yang positif di UGD memiliki pengaruh terhadap kepuasan pasien secara keseluruhan.

Empat implikasi manajerial dapat ditarik dari penelitian ini. Pertama, perawatan dan interaksi pasien sangat relevan daripada perawatan oleh dokter atau bagaimana seseorang berakhir di UGD (penjadwalan terencana atau tidak terencana). Di antara perawatan dan interaksi, pasien memperhatikan perawatan positif yang diberikan oleh UGD, dan ketika mereka menanggapi dengan baik.

Perawatan sangat berpengaruh terhadap kepuasan secara keseluruhan, lebih pada persepsi negatif mereka daripada ulasan positif. Demikian pula, komunikasi yang baik mencerminkan kepuasan keseluruhan yang lebih baik daripada komunikasi yang negatif. Namun, infrastruktur negatif memiliki pengaruh yang lebih tinggi terhadap kepuasan daripada masalah infrastruktur positif, meskipun keduanya muncul dalam tinjauan pasien.

Adapun dimensi-dimensi dalam pengukuran *patient experience*

menurut Tanniru et al (2017) adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan dan interaksi dokter kepada pasien
2. Perawatan
3. Komunikasi dan attribute
4. Dokter dan penjadwalan (Keadaan darurat)

## **2.3 TINJAUAN UMUM TENTANG IPA**

### **2.3.1 DEFINISI *IMPORTANCE PERFORMANCE ANALYSIS* (IPA)**

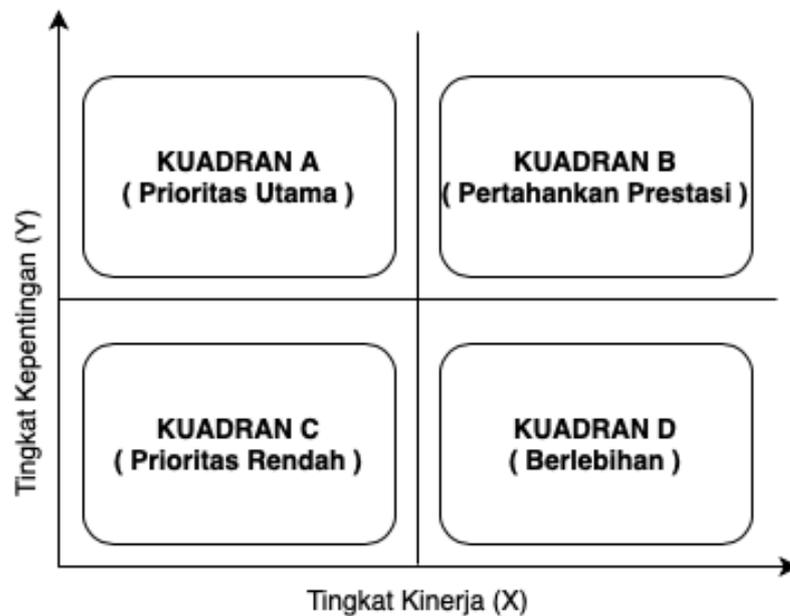
Martilla dan James mengembangkan pendekatan *Importance Performance Analysis* (IPA) pada tahun 1977 untuk menilai hubungan antara prioritas peningkatan kualitas produk/jasa, yang biasa dikenal dengan analisis kuadran. *Importance Performance Analysis* adalah pendekatan analitis yang digunakan untuk menentukan elemen kinerja kritis apa yang harus ditampilkan oleh organisasi untuk memuaskan pelanggan layanannya (konsumen). Martilla dan James pertama kali menggunakan pendekatan penarikan ini dalam bidang riset pemasaran dan perilaku konsumen. Namun dalam perkembangan selanjutnya, penggunaannya telah meluas untuk mempelajari pelayanan kesehatan, pariwisata, sekolah, bahkan pemeriksaan kinerja birokrasi publik (pemerintah). Persepsi konsumen IPA diakui secara luas dan digunakan dalam berbagai disiplin ilmu penelitian karena kemudahan penggunaan dan tampilan data analitiknya, yang memfasilitasi pembahasan peningkatan kinerja (Setiawan, 2016).

IPA berupaya memberikan informasi terkait karakteristik layanan yang diyakini konsumen berdampak signifikan terhadap loyalitas dan kepuasan mereka, serta faktor-faktor layanan yang menurut konsumen perlu diperbaiki karena kondisi yang ada belum memuaskan konsumen. Untuk mendapatkan rekomendasi praktis dan memudahkan interpretasi data, IPA menetapkan elemen-elemen pengukur derajat kinerja (*performance*) dan tingkat kepentingan (*importance*), yang kemudian ditampilkan dalam diagram dua dimensi, yang disebut *interest-performance diagram*. Pada

tingkat kinerja, pengukuran dilakukan dengan menentukan tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan yang diterima (Setiawan, 2016).

### 2.3.2 PEMBAGIAN KUADRAN *IMPORTANCE PERFORMANCE ANALYSIS* (IPA)

Tingkatan dari elemen-elemen tersebut diterjemahkan dan dibagi menjadi empat bagian ke dalam diagram Kartesius, yaitu suatu gambar yang dibagi empat bagian yang dibatasi oleh dua garis yang berpotongan tegak lurus pada titik-titik (X,Y) dimana X adalah rata-rata dari tingkat kinerja rata-rata skor semua faktor dan Y adalah rata-rata tingkat kepentingan semua faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien. Seperti yang ditunjukkan di bawah ini:



Gambar 2. Diagram Kartesius Importance Performance Analysis

- a. Kuadran A “Concentrate Here” (kepentingan tinggi & kepuasan rendah) menunjukkan faktor-faktor yang dianggap sangat penting, namun rumah sakit belum mengimplementasikannya sesuai dengan keinginan/harapan pasien, sehingga manajemen berkewajiban untuk mengalokasikan sumber daya yang cukup untuk meningkatkan kinerja tersebut. berbagai faktor.

- b. Kuadran B “Keep Up The Good Work” (kepentingan tinggi & kepuasan tinggi) menunjukkan bahwa komponen-komponen yang dianggap sangat esensial telah dilaksanakan secara efektif sesuai dengan keinginan/harapan pasien dan sangat memuaskan, menandakan bahwa komponen tersebut harus dipertahankan.
- c. Kuadran C "Prioritas Rendah" (kepentingan rendah & kepuasan buruk) mengidentifikasi elemen yang menurut pasien kurang signifikan, dan pelaksanaannya memadai atau rata-rata. Karena unsur-unsur tersebut memiliki tingkat kepuasan yang rendah, manajemen tidak perlu memprioritaskan atau memberikan perhatian khusus kepada mereka.
- d. Kuadran D “Possible Overkill” (kepentingan rendah dan kepuasan tinggi) menunjukkan unsur yang kurang signifikan, namun implementasinya berlebihan (Anastasia, 2016).

### **2.3.3 CARA PERHITUNGAN IMPORTANCE PERFORMANCE ANALYSIS (IPA)**

Metode IPA adalah alat analisis yang digunakan untuk mengevaluasi skor penilaian kinerja perusahaan terhadap skor tingkat signifikansi pelanggan. Penggunaan pendekatan IPA diawali dengan identifikasi kualitas yang relevan dengan skenario keputusan yang diamati. Pendekatan ini menilai kekuatan dan kelemahan penawaran pasar berdasarkan dua kriteria: signifikansi atribut dan kepuasan pelanggan (Natassia, 2012). Metode IPA terdiri dari langkah-langkah berikut:

1. Menggunakan skala Likert untuk mendistribusikan jawaban tingkat kepentingan dan tingkat kinerja, nilai variabel yang diukur dengan instrumen tertentu dapat dinyatakan dalam bentuk angka yang akan disajikan dalam bentuk tabel melalui distribusi jawaban tingkat kepentingan dan tingkat kinerja. Untuk mengetahui evaluasi kriteria objektif dengan cara menentukan interval skor persen (I) terlebih dahulu, interval pembelian (jarak) dan interpretasi persen harus diselesaikan dalam pengukuran skala ini. Temuan semua kualitas pada

dimensi tersebut dipilih dari interval pembelian dengan skor tertinggi 100% (Yudha, 2013).

Rumus Interval Skala Likert:

Interval (I) = Range (R) / Jumlah Skor (Skala Likert)

Maka,  $100 / 5 = 20\%$ . Hasil Interval (I) = 20% (Jarak interval dari skor terendah hingga skor tertinggi).

Berikut Distribusi jawaban antara kepentingan dan kinerja berdasarkan persentase intervalnya :

- a. Angka 0% - 19,99% = Sangat Tidak penting
- b. Angka 20% - 39,99% = Kurang penting
- c. Angka 40% - 59,99% = Penting
- d. Angka 60% - 79,99% = Cukup Penting
- e. Angka 80% - 100% = Sangat Penting

Distribusi tanggapan pada tingkat kepentingan dan kinerja digunakan untuk menentukan seberapa signifikan atau seberapa efektif kualitas menggambarkan unsur-unsur pengalaman setiap pasien untuk responden, dalam hal ini pasien rawat inap.

2. Sebelum dianalisis, skor tingkat kepentingan dan tingkat kinerja harus dihitung dengan menskor setiap atribut (jumlah responden pada setiap atribut dikalikan dengan skor jawaban pada skala Likert), kemudian dijumlahkan secara keseluruhan, kemudian dirata-ratakan. Rata-rata tingkat kepentingan dan tingkat kinerja akan dibandingkan dengan skor atribut rata-rata untuk menyoroti kualitas yang dianggap sangat signifikan dan kualitas layanan yang dianggap beroperasi secara ideal sesuai dengan hasil yang diantisipasi. Jika skor rata-rata pada atribut lebih tinggi dari skor rata-rata keseluruhan, maka atribut dianggap penting/kualitas pelayanan baik. Sebaliknya, jika skor rata-rata lebih rendah dari skor rata-rata total, dikatakan atribut tidak penting/kualitas pelayanan masih buruk.

3. Setelah mengetahui distribusi tingkat signifikansi dan tingkat kinerja, serta menghitung skor yang mencerminkan setiap dimensi, digunakan rumus berikut untuk menghitung tingkat kepentingan dan tingkat kinerja:

$$Tki = \frac{Xi}{Yi} \times 100 \%$$

Keterangan :

Tki = Tingkat kesesuaian responden

Xi = Tingkat penilaian kinerja (kenyataan)

Yi = Tingkat kepentingan pasien

Perhitungan X dan Y diperoleh dari rumus berikut :

$$\bar{X} = \frac{\sum xi}{n} \quad \bar{y} = \frac{\sum yi}{n}$$

Keterangan :

x = Skor rata-rata tingkat kinerja pelayanan

Xi = Skor penilaian kinerja yang diberikan oleh setiap pasiennya

y = Skor rata-rata tingkat kepentingan konsumen

Yi = Skor penilaian kepentingan yang diberikan oleh setiap pasienn

n = Jumlah responden

Tingkat kepatuhan ini menunjukkan apakah hasil yang diterima oleh pelanggan (pasien) sesuai dengan tingkat kepentingan pelanggan. Selanjutnya, tingkat kesesuaian rata-rata keseluruhan dapat digunakan untuk menghitung jumlah kepuasan. Jika tingkat kesesuaian lebih rendah dari rata-rata keseluruhan, klien tidak puas dengan hasilnya. Jika lebih tinggi dari rata-rata keseluruhan, itu dianggap memuaskan. Tingkat kesesuaian keseluruhan dihitung dengan menjumlahkan tingkat kesesuaian dimensi dan membaginya dengan jumlah total

dimensi. Setelah mendapatkan keduanya, hasil dari tingkat kepentingan dan aspek kinerja dihitung.

Temuan interest dan performance sama dengan hasil perbandingan tingkat kesesuaian tiap atribut dan dimensi dengan tingkat kesesuaian secara keseluruhan. Temuan pengukuran setiap variabel (dimensi) berdasarkan kriteria objektif untuk menilai relevansi dan kinerja dimensi pengalaman pasien adalah sebagai berikut:

- a. Penting / Baik = Tingkat kesesuaian dimensi  $\geq$  tingkat kesesuaian keseluruhan.
  - b. Tidak Penting / tidak baik = Tingkat kesesuaian dimensi  $<$  tingkat kesesuaian keseluruhan.
4. Diagram Cartesian menggambarkan data dari signifikansi dan kinerja pelanggan. Diagram Cartesian efektif dalam mengembangkan strategi untuk meningkatkan kualitas layanan. Diagram Kartesius adalah suatu gambar yang dibagi menjadi empat bagian yang masing-masing dibatasi oleh dua garis yang berpotongan tegak lurus terhadap titik (X,Y), dimana X adalah hasil skor rata-rata tingkat realitas (kinerja) dan Y adalah hasil dari tingkat kepentingan.
  5. Sumbu horizontal (X) diisi rata-rata skor tingkat kinerja, dan sumbu vertikal (Y) diisi skor rata-rata tingkat kepentingan. Ada empat kuadran dalam diagram Cartesian. Atribut di kuadran A menunjukkan bahwa mereka adalah prioritas utama untuk perbaikan karena mereka memiliki kinerja yang baik tetapi kepuasan yang buruk. Atribut pada kuadran B menunjukkan bahwa mereka harus dipertahankan karena kinerja dan kesenangan mereka sangat baik. Atribut di kuadran C dengan kepentingan rendah dan kepuasan rendah menunjukkan bahwa fitur ini dipandang kurang relevan oleh pasien dan pelaksanaannya memadai. Atribut yang berada di kuadran D memiliki prioritas rendah dan kepuasan tinggi, menunjukkan bahwa ciri-ciri tersebut dipandang kurang signifikan tetapi diterapkan secara berlebihan.

## **2.4 TINJAUAN UMUM TENTANG RUMAH SAKIT**

### **2.4.1 DEFINISI RUMAH SAKIT**

Menurut WHO (*World Health Organization*), mendefinisikan rumah sakit sebagai bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan, yang fungsinya untuk menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Adapun menurut Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009, mendefinisikan rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh meliputi rawat inap, rawat jalan, dan pelayanan gawat darurat. Menurut Muninjaya (2015), rumah sakit merupakan salah satu subsistem pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dua macam pelayanan yaitu pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi. Pelayanan medis, bantuan medis, rehabilitasi medik, dan pelayanan keperawatan merupakan contoh pelayanan kesehatan. Layanan administrasi mencakup semua layanan administrasi, termasuk administrasi keuangan, yang tujuan utamanya adalah membantu kelancaran pelaksanaan perawatan kesehatan.

### **2.4.2 TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT**

Menurut Undang-Undang Rumah Sakit Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009, rumah sakit bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan individu yang komprehensif. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut untuk melaksanakan kewajibannya sebagaimana dimaksud:

- a. Memberikan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu melalui pelayanan kesehatan tingkat kedua dan ketiga yang komprehensif yang disesuaikan dengan kebutuhan medis.

- c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kapasitas dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan; dan
- d. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan dengan tujuan meningkatkan pelayanan kesehatan dengan tetap memperhatikan etika ilmu pengetahuan.

### **2.4.3 JENIS RUMAH SAKIT**

Menurut Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit diklasifikasikan menurut jenis pelayanan dan kepemilikannya, yaitu:

#### **a. Jenis Layanan**

- i. Rumah Sakit Umum (RSU) adalah rumah sakit yang menangani hampir semua gangguan umum dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, khusus, dan subspesialis.
- ii. Rumah Sakit Perawatan Khusus (RSK) merupakan rumah sakit yang berfokus pada diagnosis dan perawatan pasien dengan gangguan medis tertentu, baik bedah maupun non bedah.

#### **b. Kepemilikan**

Berdasarkan kepemilikannya, UU Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 mengategorikan rumah sakit di Indonesia menjadi dua jenis:

- i. Rumah Sakit Umum adalah milik Pemerintah, baik pusat maupun daerah, serta Kementerian Pertahanan dan Keamanan dan Badan Usaha Milik Negara: Rumah Sakit Pusat, Rumah Sakit Provinsi, Rumah Sakit Kabupaten/Kota, Rumah Sakit BUMN/ABRI, Rumah Sakit TNI, dan RS Polri Bhayangkara.
- ii. Rumah Sakit Swasta Negara adalah rumah sakit laba yang berbentuk perseroan atau perseroan terbatas.

## 2.5 TINJAUAM UMUM TENTANG *FOCUS GROUP DISCUSSION*

Menurut Kitzinger dan Barbour (1999), definisi pertama dari teknik FGD adalah menyelidiki suatu isu/fenomena tertentu melalui percakapan sekelompok orang yang berfokus pada upaya kolaboratif di antara individu-individu yang terlibat untuk mencapai konsensus bersama. Individu/peserta dalam kelompok diskusi melakukan kegiatan seperti mengobrol dan berkomunikasi satu sama lain dengan mengajukan pertanyaan dan memberikan komentar tentang pengalaman atau pemikiran mereka tentang suatu masalah/masalah sosial yang akan dibahas atau diselesaikan dalam kelompok diskusi.

*Focus Group Discussion* (FGD) adalah bentuk diskusi yang didesain untuk memunculkan informasi mengenai keinginan, kebutuhan, sudut pandang, kepercayaan dan pengalaman yang dikehendaki peserta. Teknik *Focus Group Discussion* (FGD) seringkali digunakan para pembuat keputusan atau peneliti dalam penelitian kualitatif untuk menggali data mengenai persepsi, opini, kepercayaan dan sikap terhadap suatu produk, pelayanan, konsep atau ide, karena relatif lebih mudah dan cepat selesai dibandingkan dengan teknik pengumpulan data kualitatif yang lain karena relatif cepat selesai dan lebih murah. FGD juga didefinisikan sebagai salah satu teknik dalam mengumpulkan data kualitatif di mana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan dari seorang fasilitator atau moderator mengenai suatu topik (Paramita, 2013).

Untuk mendapatkan informasi yang jelas dan akurat dari jawaban-jawaban yang diberikan oleh para peserta FGD, diperlukan persiapan dan desain rancangan FGD yang baik sehingga hasilnya sesuai dengan tujuan serta permasalahan yang telah disepakati bersama. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain yaitu topik diskusi ditentukan terlebih dahulu dan diatur secara berurutan. Pertanyaan diatur sedemikian rupa sehingga dimengerti oleh peserta diskusi (Krueger, 1988). Waktu pelaksanaan FGD dilangsungkan selama 60–120 menit dan dapat dilakukan beberapa kali (Krueger, 1988). Frekuensi tergantung pada kebutuhan penelitian, sumber dana, kebutuhan pembaharuan informasi, serta seberapa mampu dan cepat

pola peserta terbaca. Jika respons yang terjadi telah jenuh, artinya tidak ada yang terbarukan, maka jumlah sesi bisa diakhiri. Tempat pelaksanaan FGD harus netral, nyaman, aman, dan tidak bias sehingga pelaksanaan diskusi berjalan dengan lancar. Kuantitas orang merupakan pertimbangan penting. Menurut literatur FGD tertentu (Irwanto, 2006; dan Morgan D.L, 1998), jumlah peserta FGD yang optimal adalah 7-11, meskipun ada beberapa yang menyarankan jumlah yang lebih sedikit, yaitu 4- 7 orang (Koentjoro, 2005) atau 6-8 orang (Krueger & Casey, 2000). Terlalu sedikit keragaman akan membosankan, dan terlalu banyak membatasi kemampuan masing-masing peserta untuk memberikan dukungan cerdas. Berikut tahapan pelaksanaan Focus Group Discussion berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tümen-Akyldz, S., dan Ahmed, K.H. (2021). :

**Tabel 2. . Tahapan Pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD)**

1.	Menentukan topik dan tujuan FGD
2.	Menentukan peserta FGD
3.	Menyiapkan panduan diskusi yang membahas mengenai topik yang akan di diskusikan
4.	Menentukan lokasi pelaksanaan FGD
5.	Menentukan jumlah peserta FGD
6.	Menentukan durasi pelaksanaan FGD
7.	Menganalisis hasil diskusi FGD

FGD bertujuan untuk melihat concern tertentu yang terkait dengan tema yang sedang dibahas. Strategi ini dirancang untuk menghindari peneliti salah menafsirkan topik yang sedang diteliti. FGD digunakan untuk menarik kesimpulan mengenai makna intersubjektif yang sulit bagi peneliti untuk memberikan maknanya sendiri karena terhambat oleh motif subjektivitas peneliti (Kresno S. et al., 1999). Carey (1994) menjelaskan karakteristik pelaksanaan metode FGD, terutama penggunaan wawancara semi-terstruktur dengan kelompok orang tertentu dengan moderator yang melakukan pembicaraan secara informal dengan tujuan mengumpulkan data atau informasi tentang subjek tertentu. Untuk satu kelompok diskusi,

pendekatan FGD memiliki ciri-ciri jumlah orang yang cukup beragam. Satu kelompok diskusi bisa terdiri dari 4 sampai 8 orang (Kitzinger, 1996; Twin, 1998) atau 6 sampai 10 orang (Howard, Hubelbank, & Moore, 1999). Peserta harus mempunyai ciri-ciri yang sama atau homogen. Ciri-ciri yang sama ini ditentukan oleh tujuan atau topik diskusi dengan tetap menghormati dan memperhatikan perbedaan ras, etnik, bahasa, kemampuan baca-tulis, penghasilan dan gender (Krueger, 1988).

Kekuatan utama metode FGD terbukti dapat memberikan data yang lebih mendalam, lebih informatif, dan lebih bernilai dibanding metode lainnya (Afiyanti, 2008). Hal ini dimungkinkan karena partisipasi individu dalam memberikan data dapat meningkat jika mereka berada dalam suatu kelompok diskusi. Pendekatan FGD merupakan metode pengumpulan data yang hemat biaya/murah, fleksibel, praktis, elaboratif, dan dapat mengumpulkan lebih banyak data dari responden dalam waktu singkat (Streubert & Carpenter, 2003). Selain itu, pendekatan FGD memungkinkan peserta untuk mengekspresikan diri secara bebas dan memungkinkan peneliti memperluas ukuran sampel penelitian mereka. Pendekatan FGD memiliki tingkat validitas yang tinggi dan seringkali diarahkan pada proses penelitian dalam hal validitas (Lehoux, Poland, & Daudelin, 2006).

Namun, metode ini tidak terlepas dari berbagai tantangan dan kesulitan dalam pelaksanaannya. Sebagai alat pengumpulan data, pendekatan FGD memiliki kekurangan yang signifikan. Dari segi analisis, data yang dihasilkan FGD sulit dianalisis dan memakan waktu lama. Selain itu, beberapa kelompok diskusi dapat memperumit analisis data yang diperoleh. Pengaruh seorang moderator atau pewawancara pada hasil akhir pengumpulan data juga signifikan (Leung et al., 2005). Selain itu, pendekatan FGD membutuhkan setting yang sesuai untuk kelanjutan interaksi yang optimal antar peserta diskusi (Lambert & Loiselle, 2008). Kerugian lain dari pendekatan FGD adalah peneliti seringkali tidak mampu mengelola diskusi dengan baik.

## 2.6 MATRIKS PENELITIAN TERDAHULU

Tabel 3. Matriks Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Populasi dan Sampel	Hasil	Persamaan dan Perbedaan
1.	Reema Harrison, Merylyn Walton, Elizabeth Manias, Steven Mears, Jennifer Plumb (2017)	<i>Patients' experiences in Australian hospitals: a systematic review of evidence</i>	Untuk mengidentifikasi factor yang berhubungan dengan pengalaman positif dan negatif pasien di Rumah Sakit Australia	Penelitian merupakan penelitian kualitatif dan disintesis menggunakan meta-narrative	Menggunakan studi yang dipublish sejak 1995 hingga July 2015 dan memiliki data terkait pasien yang dirawat pada rumah sakit di Australia paling tidak satu malam.	Berbagai komunikasi dan informais, professionalism dan kemampuan interpersonal, lingkungan pelayanan, dukungan emosional, proses dan perencanaan pulang merupakan dimensi pngalaman pasien yang penting di rumah sakit	Persamaan: Penelitian ini sama-sama menggunakan variabel <i>patient experience</i>  Perbedaan: Tidak menggunakan analisis IPA
2.	Joseph D Shirk, Hung-Jui Tan, Jim C Hu, Christopher S Saigal, Mark S Litwin (2016)	<i>Patient Experience and Quality of Urologic Cancer Surgery in US Hospital</i>	Untuk mengukur pengalaman pasien dan kualitas pelayanan pada operasi kanker Urologi	Penelitian menggukana gabungan model antara karakteristik rumah sakit dan pasien	Menggunakan data Nationwide Inpatient Sample (NIS) dari 2009 hingga 2011 dengan jumlah sampel 75,370	Terdapat hubungan yang cukup antara pengalaman pasien dan hasil operasi	Persamaan: Penelitian ini sama-sama menggunakan variabel <i>patient experience</i>  Perbedaan: Tidak menggunakan analisis IPA dan hanya fokus pada satu pelayanan spesifik dirumah sakit.

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Populasi dan Sampel	Hasil	Persamaan dan Perbedaan
3.	Melissa De Regge, Helene De Groote, Jeroen Trybou, Paul Gemmel, Pedro Brugada (2016)	<i>Service quality and patient experiences of ambulatory care in a specialized clinic vs. a general hospital</i>	Untuk membandingkan kepuasan pasien dan pengalaman pasien	Menggunakan studi perbandingan dengan mix method	Data yang digunakan adalah data sejak Februari hingga Juni 2015 dengan total 132 pasien.	Kepuasan pasien dan pengalaman pasien menjadi hal yang penting untuk pelayanan kesehatan	<p>Persamaan: Penelitian ini sama-sama menggunakan variabel patient experience</p> <p>Perbedaan: Tidak menggunakan analisis IPA</p>
4.	Chintia Nurdianty, Ajat Sudrajat (2021)	<i>The effect of patient experience and image of puskesmas on patient satisfaction in puskesmas Batujaya Karawang</i>	Untuk mengetahui pengaruh pasien pengalaman dan citra puskesmas terhadap kepuasan pasien di Puskesmas Batujaya Karawang	Metode penelitian yang digunakan adalah verifikasi deskriptif.	Sampel penelitian ini adalah 335 pasien di Puskesmas Batujaya Center, menggunakan sampling insidental.	Dari hasil pengujian, semua hipotesis dapat diterima. Nilai koefisien determinasi diperoleh pengalaman pasien dan citra puskesmas terhadap kepuasan pasien dengan R Squer sebesar 0,544, artinya 54,4% kepuasan pasien dipengaruhi oleh hal tersebut dua variabel, sedangkan 0,456 atau 45,6% kepuasan pasien dipengaruhi oleh variabel lain variabel yang tidak diteliti dalam penelitian ini	<p>Persamaan: Penelitian ini sama-sama menggunakan variabel patient experience</p> <p>Perbedaan: Penelitian dilakukan di rumah sakit yang berbeda.</p>

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Populasi dan Sampel	Hasil	Persamaan dan Perbedaan
5.	Ulfah Nurulhuda S, Syahrir A. Pasinringi, Fridawati Rivai, Indahwaty Sidin, Rahman Kadir dan Lalu Muhammad (2021)	Pengaruh pengalaman pasien terhadap kepuasan dan loyalitas pasien instalasi rawat inap RSUD Kabupaten Barru	Untuk menganalisis pengaruh pengalaman pasien terhadap kepuasan pasien, menganalisis pengaruh langsung pengalaman pasien terhadap loyalitas pasien, menganalisis pengaruh langsung kepuasan terhadap loyalitas pasien, dan menganalisis pengaruh langsung dan tidak langsung pengalaman pasien terhadap loyalitas melalui kepuasan pasien instalasi rawat inap RSUD Kabupaten Barru	Penelitian kuantitatif menggunakan studi observasional dengan desain cross sectional study	Pengambilan sampel menggunakan stratified random sampling sehingga sampel pada penelitian ini adalah pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Barru yang berjumlah 361 responden.	Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh langsung pengalaman pasien terhadap kepuasan pasien, terdapat pengaruh langsung pengalaman pasien terhadap loyalitas pasien, terdapat pengaruh langsung kepuasan terhadap loyalitas pasien, dan terdapat pengaruh langsung dan tidak langsung pengalaman pasien terhadap loyalitas melalui kepuasan pasien instalasi rawat inap RSUD Kabupaten Barru.	Persamaan: Penelitian ini sama-sama menggunakan Variable pengalaman pasien.  Perbedaan: Penelitian dilakukan di rumah sakit yang berbeda.
6.	Riskiyah R, Tita Hariyanti, Siti Juhariah (2017)	Pengalaman Pasien Rawat Inap terhadap <i>Penerapan Patient Centered Care</i> di RS UMM	Untuk mengeksplorasi secara mendalam pengalaman pasien selama menjalani rawat inap terhadap penerapan patient centered care yang dilakukan oleh RS UMM	Metode yang digunakan dalam penelitian ini ialah kualitatif fenomenologi	Wawancara dilakukan kepada 8 narasumber yang mewakili pasien kelas 3, 2, 1 dan utama.	Pengalaman yang menyenangkan tentang penerapan PCC yaitu pasien senang mendapatkan pelayanan yang ramah dan sopan dari petugas, pasien merasa dipedulikan oleh perawat selama dirawat, petugas berupaya	Persamaan: Penelitian ini sama-sama menggunakan variabel patient experience  Perbedaan:

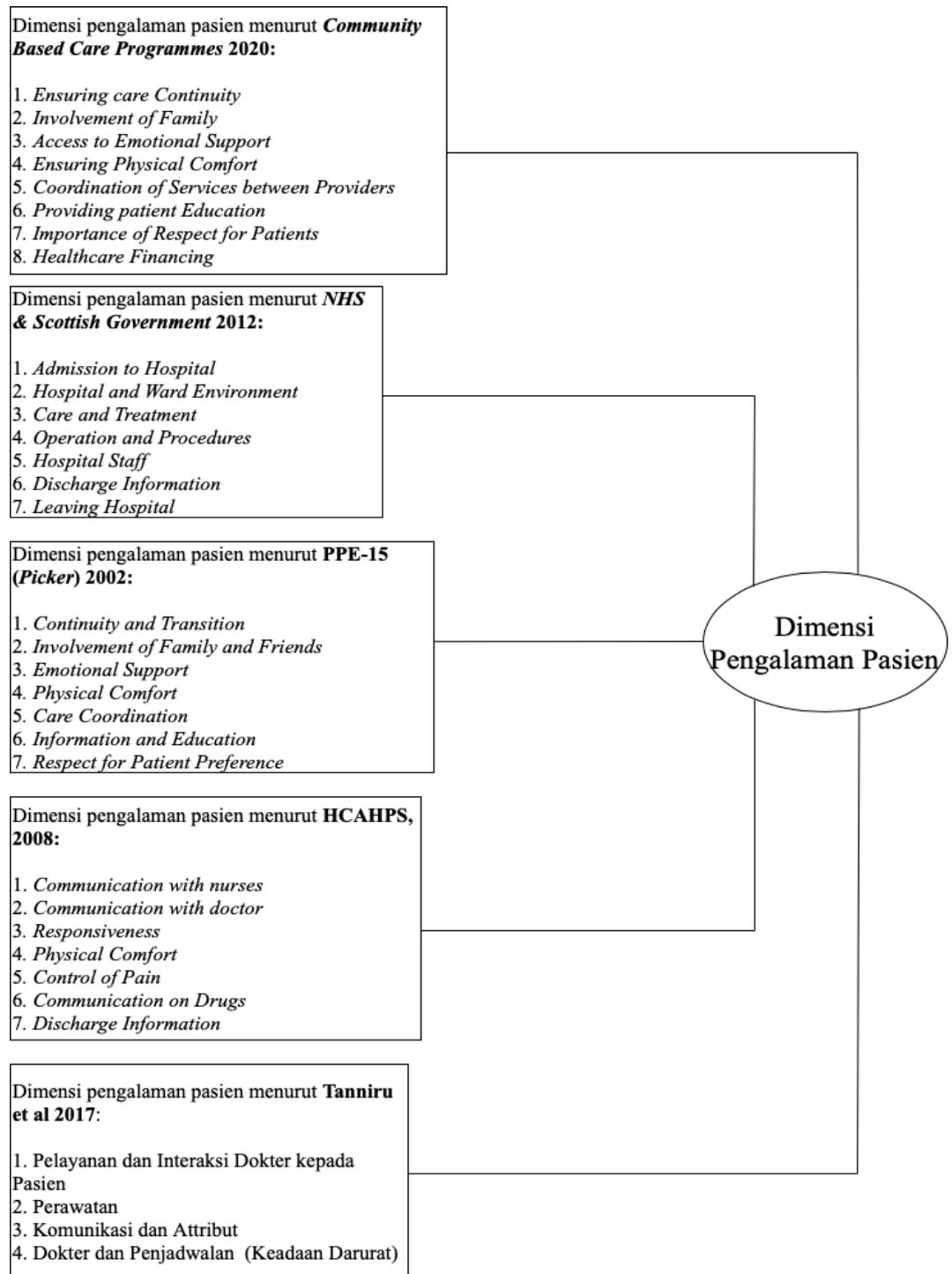
No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Populasi dan Sampel	Hasil	Persamaan dan Perbedaan
						berkomunikasi dengan baik, petugas memberikan pelayanan yang sama, petugas mengecek nama pasien ketika akan memberikan obat, makanan yang disediakan disesuaikan dengan kebutuhan dan gizi pasien	Tidak menggunakan analisis IPA
7.	Fridawaty Rivai, Syahrir A. Pasinringi, Nur Arifah, Adelia U. Ady Mangilep, Qolbi Khaerun Nisa (2020)	<i>The patient experience in inpatient unit between the patient in Makassar District Hospital and Haji Regional Hospital</i>	Untuk membandingkan pengalaman pasien di ruang rawat inap RSUD Makassar dan RSUD Haji	Penelitian ini merupakan penelitian potong lintang dengan pendekatan deskriptif.	Penelitian ini melibatkan 118 responden di RSUD Makassar dan 120 responden di RSUD Haji.	<p>Hasil penelitian menunjukkan pasien di RSUD Makassar memiliki pengalaman yang baik dalam 6 dimensi (informasi dan komunikasi, lingkungan yang nyaman, pengelolaan obat, ketersediaan pegawai, menghargai pengalaman pasien, dan pendampingan pelayanan).</p> <p>Pasien di RSUD Haji Mendapatkan pelayanan yang baik dalam 6 dimensi pengalaman pasien (waktu tunggu, dukungan emosional, manajemen nyeri, kepercayaan pemberi</p>	<p>Persamaan: Penelitian ini sama-sama menggunakan variabel patient experience.</p> <p>Perbedaan: Penelitian dilakukan di rumah sakit yang berbeda dan menggunakan metode potong lintang dengan pendekatan deskriptif.</p>

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Populasi dan Sampel	Hasil	Persamaan dan Perbedaan
						layanan, persepsi asuhan nutrisi, serta keterlibatan keluarga dan teman).	
8.	Ulung Utari, Fridawaty Rivai, Nurshanty S Andi Sapada (2018)	Pengaruh Pengalaman Pasien terhadap Loyalitas Pasien di RSUD Haji Makassar.	Untuk melihat pengaruh Pengalaman Pasien terhadap Loyalitas Pasien di RSUD Haji Makassar	Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif. Rancangan yang digunakan adalah studi observasional dengan desain cross sectional study.	Responden penelitian adalah pasien di instalasi rawat inap RSUD Haji Makassar dengan jumlah sampel sebanyak 152 orang.	Pengalaman pasien berpengaruh terhadap loyalitas pasien dan dimensi pengalaman pasien yang berpengaruh terhadap loyalitas pasien yaitu dimensi komunikasi perawat, komunikasi dokter, responsif, komunikasi tentang obat dan informasi keputusannya, dan yang berpengaruh paling	Persamaan: Penelitian ini sama-sama menggunakan variable pengalaman pasien.  Perbedaan: Penelitian dilakukan di rumah sakit yang berbeda
9.	Fridawaty Rivai, Syahrir A. Pasinringi, Nur Arifah, Adelia U. Ady Mangilep, Fuad Husain Akbar (2020)	<i>The Development of Measurement Instruments to Measure Patient's Experience in Hospitals in Makassar City</i>	Untuk mengeksplorasi dimensi pengalaman pasien dan menguji variable pengukuran pengalaman pasien berdasarkan dimensi pengalaman pasien yang telah dirumuskan	Penelitian metode campuran dengan pendekatan eksplorasi sekuensial digunakan. Untuk menetapkan indikator, digunakan	Penelitian ini melibatkan 118 responden di RSUD Makassar dan 120 responden di RSUD Haji.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 5 dimensi pengalaman pasien dengan 23 indikator yaitu informasi dan komunikasi (6 indikator), dukungan emosional (4 indikator), kenyamanan lingkungan rumah sakit (6 indikator), pengelolaan obat (3 indikator), dan ketersediaan staf (4 indikator)	Persamaan: Penelitian ini sama-sama menggunakan variabel patient experience.  Perbedaan: Penelitian dilakukan di rumah sakit

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Populasi dan Sampel	Hasil	Persamaan dan Perbedaan
				analisis factor konfirmatori (CFA)			yang berbeda dan metode yang digunakan yaitu CFA.
10.	Nasaruddin Nawir, Syahrir A. Pasiringi, Ansariadi (2019)	<i>Analisis Patient Experience</i> dengan Menggunakan <i>Importance Performance Analysis</i> sebagai Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan pada RSUD Pusat Rujukan Regional di Sulawesi Selatan tahun 2019	Untuk mengembangkan strategi pengembangan mutu pelayanan rumah sakit dengan menganalisis patient experience berdasarkan Importance Performance Analysis (IPA) di RSUD Pusat Rujukan Regional Sulawesi Selatan Tahun 2019.	Penelitian diawali dengan mendeskriptifkan dimensi pengalaman pasien dengan analisis IPA untuk menentukan dimensi yang mempengaruhi mutu pelayanan dirumah sakit kemudian dilanjutkan dengan focus group discussion (FGD) yang melibatkan semua	Penelitian ini menggunakan total 381 pasien yang berasal dari 3 rumah sakit.	Berdasarkan hasil penelitian Informasi dan Komunikasi dan manajemen obat menjadi kelemahan dari RSUD Pusat Rujukan Regional Sulawesi Selatan dan perlu diprioritaskan karena menurut pasien dimensi ini sangatlah penting tetapi kinerja yang diberikan oleh rumah sakit belum efektif.	Persamaan: Penelitian ini sama sama menggunakan variable <i>patient experience</i> sebagai independent variable dan mutu pelayanan sebagai dependent variable. Metode penelitian yang digunakan pun sama yakni deksriptive yang

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Populasi dan Sampel	Hasil	Persamaan dan Perbedaan
				stakeholder di rumah sakit dalam penentuan strategi mutu yang akan diterapkan.			dilanjutkan dengan FGD.  Perbedaan: Rumah sakit yang dijadikan objek penelitian berbeda.

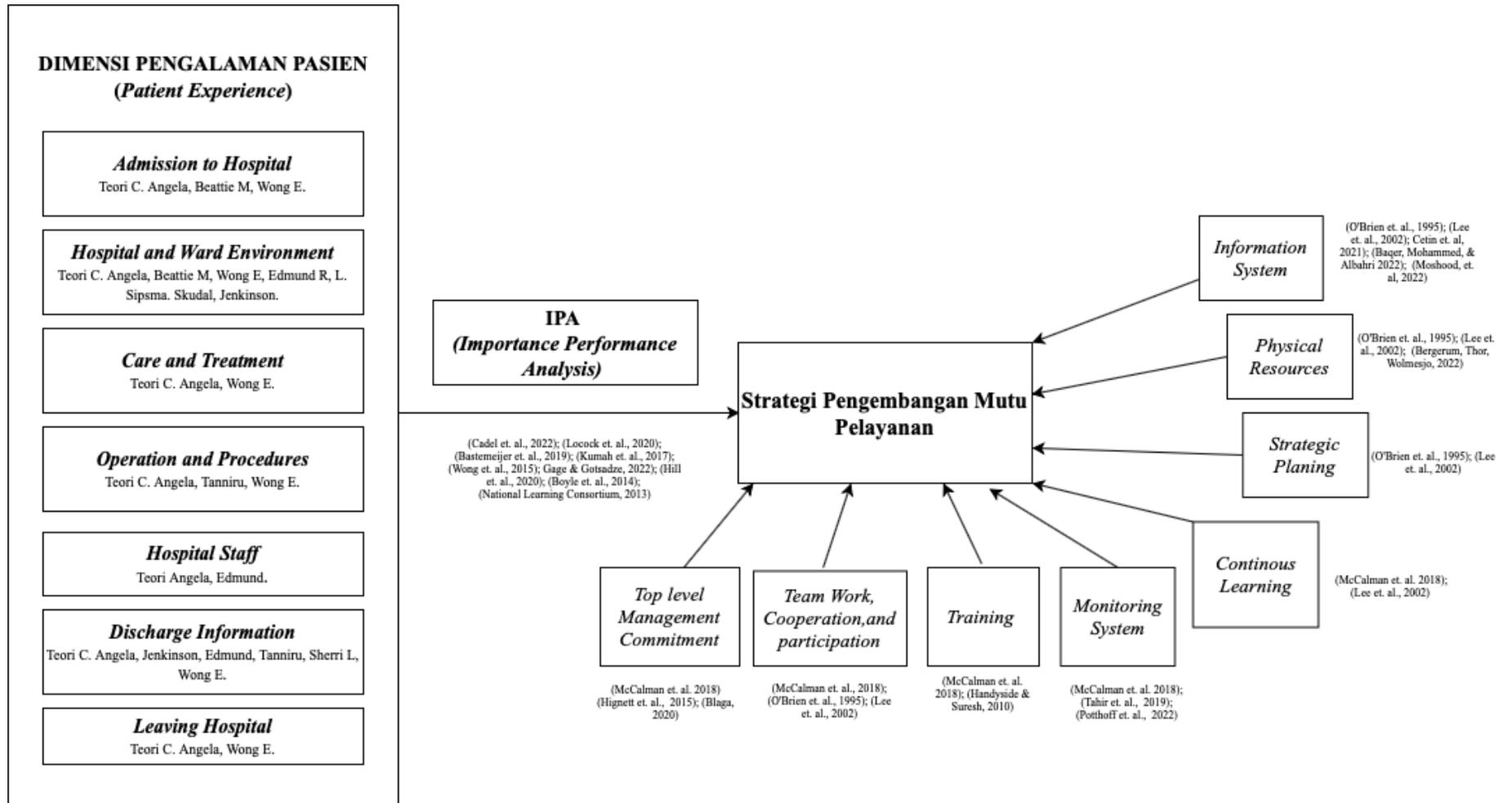
## 2.7 MAPPING TEORI



**Gambar 3. Mapping Teori Penelitian**

Sumber : Tanniru et. al. (2017); Wong et. al. (2015); NHS (2012); Jenkinson et. al. (2002); Wolf et. al.(2014); Sherri L et. al. (2014); C. Angela (2009)

## 2.8 KERANGKA TEORI



**Gambar 4. Kerangka Teori Penelitian**

Sumber: NHS (2012); Bastemeijer et. al., (2019); Kumah et. al., (2017); Wong et. al., (2015); Cadel et. al., (2022); Locock et. al., (2020); Tahir et. al., (2019); McCalman et. al., (2018); Hignett et. al., (2015); Blaga (2020); O'Brien et. al., (1995); Lee et. al., (2002); Gage & Gotsadze (2022); Handyside & Suresh (2010); Potthoff et. al., (2022); Boyle et. al., (2014); Hill et. al., (2020); National Learning Consortium (2013); Jenkinson (2002); Edmund. R. (2014); C. Angela., (2009); Sherri et. al. (2014); Tanniru et. al. (2017).

Kerangka teori penelitian dibuat berdasarkan beberapa penelitian sebelumnya yang telah membuktikan pengaruh pengalaman pasien terhadap kualitas pelayanan yang ada dirumah sakit. Hasil analisis pengalaman pasien, dapat menjadi sebuah inputan bagi rumah sakit untuk menentukan dimensi-dimensi apa saja yang perlu dilakukan peningkatan, karena harapan pasien tidak sesuai dengan layanan yang diterima. Dengan adanya inputan tersebut diharapkan dapat menjadi landasan dalam membuat strategi peningkatan mutu pelayanan.

Berdasarkan teori yang telah dikemukakan sebelumnya, pengalaman pasien dipengaruhi oleh banyak variabel. Masing-masing ahli dan organisasi telah mengemukakan beberapa pendapat berbeda terkait variable yang mempengaruhinya antara lain: organisasi kesehatan nasional Inggris (NHS) mengemukakan 7 dimensi utama, HCAHPS yang merupakan organisasi kesehatan mengemukakan 7 dimensi, Taniru yang merupakan salah satu peneliti kesehatan mengemukakan 4 dimensi, dll (NHS, 2012) (HCAHPS, 2008) (Tanniru et. al., 2017). Dari berbagai teori diatas, peneliti akan memilih salah satu teori yakni SIPES sebagai variabel penelitian.

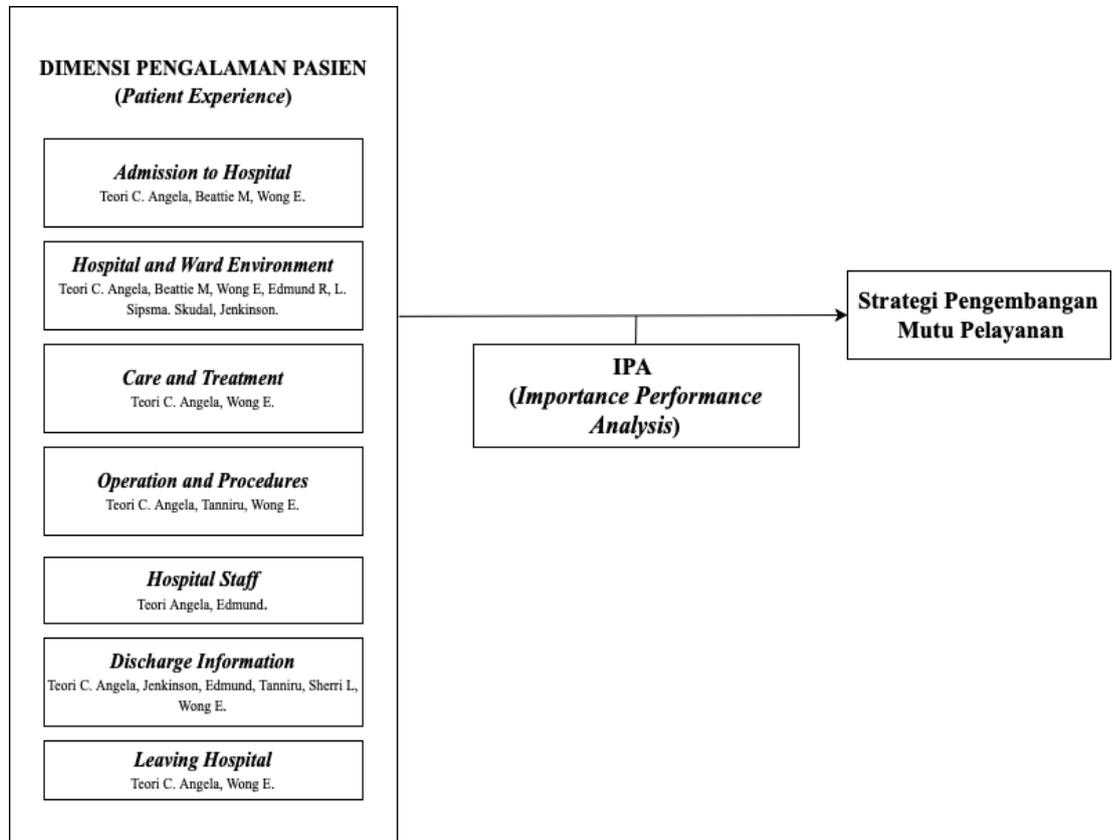
SIPES merupakan survei yang dibuat oleh organisasi kesehatan Inggris yakni NHS bersama pemerintah Skotlandia. Ada beberapa alasan yang menyebabkan peneliti memutuskan menggunakan SIPES antara lain:elaborasi metodis dimulai dengan bagaimana pengalaman pasien dari proses masuk sampai pasien kembali berbeda dari survei pengalaman pasien lainnya yang mempertanyakan secara lebih eksplisit tentang prosedur semata-mata selama rawat inap. Terdapat dimensi operasi & prosedur dalam SIPES untuk pasien yang akan melakukan tindakan medik, dimana dimensi ini bertujuan untuk melihat lebih jauh bagaimana gambaran kualitas pelayanan dalam menjalankan prosedur tindakan di suatu rumah sakit, dan dimensi ini juga akan sangat cocok untuk dihubungkan. dengan keselamatan pasien di rumah sakit. Tujuan keselamatan pasien keempat adalah untuk memilih pasien operasi yang tepat. Pertanyaan kuesioner SIPES juga sangat luas, namun menggunakan bahasa yang sederhana.

SIPES merupakan survei yang paling komprehensif dengan jumlah pertanyaan terbanyak dibandingkan dengan survei lainnya dengan jumlah pertanyaan sebanyak 70 (Beattie, 2015). Wong et. al. (2015) melakukan penelitian untuk menentukan pertanyaan-pertanyaan yang paling berpengaruh dalam melakukan survei pengalaman pasien berdasarkan dimensi-dimensi yang kemukakan oleh NHS. Hal ini diharapkan dapat menunjang penelitian sehingga hasil yang ditemukan akan menjadi lebih akurat.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Caden (2022), hasil dari pengalaman pasien dapat digunakan oleh rumah sakit sebagai acuan dalam meningkatkan kualitas rumah sakit. Peningkatan tersebut dapat dilakukan dengan mengembangkan beberapa komponen pada rumah sakit seperti teknologi, sumber daya manusia ataupun efektifitas proses pada rumah sakit (Locock et. al., 2020). Selain faktor-faktor diatas, penelitian yang dilakukan pada rumah sakit kelas dua dan tiga di Uganda, membuktikan bahwa masih ada faktor-faktorlain yang dapat mempengaruhi strategi pengembangan mutu pelayanan pada rumah sakit seperti komitmen petinggi rumah sakit, pelatihan, kerja sama, sarana dan prasarana, serta sistem pengawasan yang dilakukan (Somatuga et al., 2015). Penggunaan pendekatan sains menggunakan sistem informasi yang berkualitas dalam menentukan kebijakan menjadi faktor yang paling utama dalam pengembangan mutu pelayanan di rumah sakit (Lee et al., 2002). O'Brien (1995) melakukan penelitian dengan mengunjungi 67 rumah sakit dan mengemukakan faktor lain yang ikut mempengaruhi pengembangan mutu pelayanan seperti *strategic planning* dan *continuous learning*.

## 2.9 KERANGKA PENELITIAN

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka kerangka penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah sebagai berikut:



**Gambar 5. Kerangka Penelitian**

Sumber: Tanniru et. al. (2017); Wong et. al. (2015); NHS (2012); Jenkinson et. al. (2002); Wolf et. al.(2014); Sherri L et. al. (2014); C. Angela (2009); Wong et al (2015); Edmund R (2014).

Peneliti akan menggunakan pendekatan Importance Performance Analysis (IPA), yang dikembangkan oleh Martilla dan James pada tahun 1977, untuk menilai keterkaitan antara prioritas peningkatan kualitas produk/jasa, yang biasa dikenal dengan analisis kuadran. Karena kesederhanaan aplikasi dan tampilan hasil penelitian, persepsi konsumen IPA telah dikenal luas dan digunakan dalam berbagai disiplin ilmu.

IPA berupaya untuk memberikan informasi yang berhubungan dengan aspek pelayanan yang menurut konsumen sangat berpengaruh terhadap loyalitas dan kepuasan mereka, serta karakteristik pelayanan yang menurut pelanggan perlu diubah karena keadaan saat ini belum memuaskan pelanggan. Penelitian Martilla et al., (2010) dalam penelitiannya *Managing in-hospital quality improvement: An importance-performance analysis to set priorities for ST-elevation myocardial infarction care* menunjukkan bahwa analisis kepentingan kinerja membantu dokter dan manajemen dalam memperjelas sifat, jumlah dan urutan prioritas perbaikan. Dengan menawarkan fokus perbaikan yang disesuaikan, metodologi ini membuat upaya perbaikan menjadi lebih spesifik dan dapat dicapai.

Penelitian Izadi et al., (2017) yaitu *Evaluating health service quality: using importance performance analysis* menunjukkan bahwa mengungkapkan kesenjangan yang signifikan antara kepentingan layanan dan kinerja. Berdasarkan hasil analisis IPA tersebut peneliti akan mendapatkan inputan untuk melihat dimensi apa saja yang dianggap penting oleh pasien tetapi memiliki kinerja yang kurang baik. Dimensi- dimensi seperti inilah yang akan menjadi fokus penulis, dalam melakukan *focus group discussion* (FGD) bersama para pemangku kepentingan pada rumah sakit, untuk mengembangkan strategi mutu pelayanan di RSUD Provinsi Sulawesi Selatan. Peneliti berharap dengan menggunakan FGD untuk merumuskan strategi mutu pelayanan, maka dapat tercipta elaborasi antara pemangku kepentingan sehingga strategi yang digunakan nantinya dapat memenuhi kebutuhan dari masing-masing pihak (Streubert & Carpenter, 2003).

## 2.10 DEFINISI OPERASIONAL DAN KRITERIA OBJEKTIF

**Tabel 4. Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif Penelitian**

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	INDIKATOR	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF	SKALA
1.	Pengalaman Pasien ( <i>Patient Experience</i> )	Kegiatan selama menjalani perawatan yang dapat dinilainya terhadap berbagai pelayanan yang diterima maupun sarana dan prasarana yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Dogra, 2020)	Persepsi pasien ataupun keluarga pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya baik pada saat ini maupun pada masa lalu di Instalasi Rawat Inap RSUD Provinsi Sulawesi Selatan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Admission to hospital</i></li> <li>2. <i>Hospital and ward environment</i></li> <li>3. <i>Care and treatment</i></li> <li>4. <i>Operation and procedures</i></li> <li>5. <i>Hospital staff</i></li> <li>6. <i>Discharge information</i></li> <li>7. <i>Leaving hospital</i></li> </ol>	Kuesioner sebanyak 48 pertanyaan dengan menggunakan skala likert. 1: Sangat Tidak Memuaskan 2: Tidak Memuaskan 3: Memuaskan 4: Cukup Memuaskan 5: Sangat Memuaskan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skor sangat tidak memuaskan <math>1 \times 48 = 48</math> (20%)</li> <li>2. Skor tidak memuaskan <math>2 \times 48 = 96</math> (40%)</li> <li>3. Skor cukup memuaskan <math>3 \times 48 = 144</math> (60%)</li> <li>4. Skor memuaskan <math>4 \times 48 = 192</math> (80%)</li> <li>5. Skor sangat memuaskan <math>5 \times 48 = 240</math> (100%)</li> </ol>	Interval
2.	Admisi Rumah Sakit ( <i>Admission to Hospital</i> )	Admisi Rumah Sakit yang memiliki tugas untuk mengatur alur pasien masuk, mengatur tujuan pengiriman pasien ke ruang bangsal dan menentukan posisi pasien dalam daftar tunggu untuk mendapatkan pelayanan penunjang. (Wong et al, 2015)	Admisi Rumah Sakit terkait penanganan pertama saat masuk di rumah sakit, waktu tunggu, kenyamanan dan privasi saat mendapatkan pelayanan dari IGD hingga ke kamar perawatan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu tidak lebih dari 60 menit</li> <li>2. Waktu tunggu tidak lebih 30 menit</li> <li>3. Penjelasan yang mudah dimengerti</li> <li>4. Pengukuran tanda-tandar vital</li> <li>5. Privasi saat pemeriksaan</li> <li>6. Rasa aman saat di IGD</li> <li>7. Pengalaman saat tiba di IGD hingga mendapat kamar perawatan</li> </ol>	Kuesioner sebanyak 7 pertanyaan dengan menggunakan skala likert Tingkat Kepentingan: 1 = Sangat tidak penting 2 = Tidak Penting 3 = Penting 4 = Cukup Penting 5 = Sangat Penting  Tingkat Kinerja 1= Sangat Tidak Baik 2 = Tidak Baik 3= Baik 4= Cukup Baik 5 = Sangat Baik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skor Sangat Tidak Penting dan Sangat Tidak Puas = <math>1 \times 7 = 7</math> (20%)</li> <li>2. Skor Kurang Penting dan Kurang Puas = <math>2 \times 7 = 14</math> (40%)</li> <li>3. Skor Penting dan Puas = <math>3 \times 7 = 21</math> (60%)</li> <li>4. Skor cukup penting dan cukup puas = <math>4 \times 7 = 28</math> (80%)</li> <li>5. Skor sangat penting dan sangat puas = <math>5 \times 7 = 35</math> (100%)</li> </ol> <p>- Memuaskan = Ting. kesesuaian dimensi &gt; Ting. kesesuaian keseluruhan - Belum Memuaskan = Ting. kesesuaian dimensi &lt; Ting. kesesuaian keseluruhan</p>	Interval

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	INDIKATOR	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF	SKALA
3.	Lingkungan Rumah Sakit ( <i>Hospital and Ward Environment</i> )	Meliputi lingkungan rumah sakit yang terjaga, menjaga kebersihan dan kenyamanan area sekitar pasien, menyediakan akses yang mudah untuk dikunjungi oleh keluarga dan rekan pasien pada jam kunjung (Keller et al, 2009).	Rasa nyaman dan aman yang dirasakan pasien dan keluarga saat berada di lingkungan rumah sakit dan kamar perawatan baik dari segi kebersihan, kondisi bangunan, gangguan kebisingan dan adanya privasi pasien.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lingkungan RS bersih</li> <li>2. Kamar mandi RS bersih</li> <li>3. Ketenangan area rawat inap saat malam hari</li> <li>4. Kondisi bangunan RS yang aman</li> <li>5. Pengantaran makanan tepat waktu dan tersaji dengan baik</li> <li>6. Tersedia sabun pembersih tangan di wastafel</li> <li>7. Jam besuk RS</li> </ol> Pengalaman saat berada di lingkungan RS	Kuesioner sebanyak 8 pertanyaan dengan menggunakan skala likert Tingkat Kepentingan: 1 = Sangat tidak penting 2 = Tidak Penting 3 = Penting 4 = Cukup Penting 5 = Sangat Penting  Tingkat Kinerja 1= Sangat Tidak Baik 2 = Tidak Baik 3= Baik 4= Cukup Baik 5= Sangat Baik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skor Sangat Tidak Penting dan Sangat Tidak Puas = <math>1 \times 8 = 8</math> (20%)</li> <li>2. Skor Kurang Penting dan Kurang Puas = <math>2 \times 8 = 16</math> (40%)</li> <li>3. Skor Penting dan Puas = <math>3 \times 8 = 24</math> (60%)</li> <li>4. Skor cukup penting dan cukup puas = <math>4 \times 8 = 32</math> (80%)</li> <li>5. Skor sangat penting dan sangat puas = <math>5 \times 8 = 40</math> (100%)</li> </ol> - Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi > tingkat kesesuaian keseluruhan  Belum Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi < tingkat kesesuaian keseluruhan	Interval
4.	Perawatan dan Pengobatan ( <i>Care and Treatment</i> )	Pelayanan keperawatan dan pengobatan merupakan suatu upaya yang dilaksanakan oleh tim medis untuk memperoleh tingkat kesehatan yang lebih tinggi dan meningkatkan kualitas pelayanan (Tanniru et al, 2017).	Perawatan dan pengobatan terkait manajemen nyeri, bantuan dalam aktivitas hidup sehari-hari, dan memberikan kenyamanan saat berada di keperawatan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penanganan nyeri</li> <li>2. Bantuan pemberisahan diri dan penggunaan pakaian saat pasien membutuhkan</li> <li>3. Bantuan saat makan dan minum saat pasien membutuhkan</li> <li>4. Terlibat dalam pengambilan</li> </ol>	Kuesioner sebanyak 6 pertanyaan dengan menggunakan skala likert Tingkat Kepentingan: 1 = Sangat tidak penting 2 = Tidak Penting 3 = Penting 4 = Cukup Penting 5 = Sangat Penting  Tingkat Kinerja 1= Sangat Tidak Baik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skor Sangat Tidak Penting dan Sangat Tidak Puas = <math>1 \times 6 = 6</math> (20%)</li> <li>2. Skor Kurang Penting dan Kurang Puas = <math>2 \times 6 = 12</math> (40%)</li> <li>3. Skor Penting dan Puas = <math>3 \times 6 = 18</math> (60%)</li> <li>4. Skor cukup penting dan cukup puas = <math>4 \times 6 = 24</math> (80%)</li> <li>5. Skor sangat penting dan sangat puas = <math>5 \times 6 = 30</math> (100%)</li> </ol> - Memuaskan = Ting. kesesuaian dimensi	Interval

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	INDIKATOR	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF	SKALA
				keputusan perawatan dan pengobatan 5. Kondisi semakin membaik selama di perawatan Pengalaman saat di rawat di perawatan	2 = Tidak Baik 3= Baik 4= Cukup Baik 5= Sangat Baik	> ting. kesesuaian keseluruhan  Belum Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi < tingkat kesesuaian keseluruhan	
5.	Prosedur dan Tindakan ( <i>Operation and Procedures</i> )	Prosedur tindakan terkait rencana, manfaat, resiko tindakan medis kepada pasien (NHS, 2011)	Penjelasan mengenai prosedur dan resiko tindakan medik yang akan dilaksanakan, serta pelayanan tim medis selama prosedur berlangsung.	1. Penjelasan risiko dan manfaat dalam pelaksanaan tindakan yang mudah dimengerti 2. Penjelasan prosedur tindakan yang akan dilaksanakan 3. Dokter menjawab pertanyaan dengan bahasa yang mudah dimengerti 4. Dukungan dan rasa tenang yang diberikan saat pelaksanaan tindakan 5. Ketenangan perasaan pasien setelah tindakan 6. Menanyakan kondisi pasien setelah tindakan	Kuesioner sebanyak 7 pertanyaan dengan menggunakan skala likert Tingkat Kepentingan: 1 = Sangat tidak penting 2 = Tidak Penting 3 = Penting 4 = Cukup Penting 5 = Sangat Penting  Tingkat Kinerja 1= Sangat Tidak Baik 2 = Tidak Baik 3= Baik 4= Cukup Baik 5= Sangat Baik	1. Skor Sangat Tidak Penting dan Sangat Tidak Puas = $1 \times 7 = 7$ (20%) 2. Skor Kurang Penting dan Kurang Puas = $2 \times 7 = 14$ (40%) 3. Skor Penting dan Puas = $3 \times 7 = 21$ (60%) 4. Skor cukup penting dan cukup puas = $4 \times 7 = 28$ (80%) 5. Skor sangat penting dan sangat puas = $5 \times 7 = 35$ (100%)  - Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi > tingkat kesesuaian keseluruhan  Belum Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi < tingkat kesesuaian keseluruhan	Interval

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	INDIKATOR	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF	SKALA
				Pengalaman saat melaksanakan prosedur tindakan			
6.	Petugas Rumah Sakit ( <i>Hospital Staff</i> )	Respon penyedia pelayanan (staff) terhadap kebutuhan pasien, cepat tanggap perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Keller et al, 2009).	Petugas rumah sakit terkait pelayanan yang diberikan tenaga medis. Respon dan cepat tanggap staff rumah sakit saat pasien membutuhkan bantuan pelayanan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visite dokter</li> <li>2. Operan perawat setiap pergantian shift</li> <li>3. Cara berbicara dokter yang sopan</li> <li>4. Cara berbicara perawat yang sopan</li> <li>5. Dokter mendengarkan pertanyaan pasien dengan baik</li> <li>6. Dokter mendengarkan pertanyaan pasien dengan baik</li> <li>7. Pelayanan dokter yang cepat saat pasien membutuhkan bantuan</li> <li>8. Pelayanan perawat yang cepat saat pasien membutuhkan bantuan</li> <li>9. Pengalaman saat dokter memberikan pelayanan</li> </ol>	<p>Kuesioner sebanyak 11 pertanyaan dengan menggunakan skala likert</p> <p>Tingkat Kepentingan:  1 = Sangat tidak penting  2 = Tidak Penting  3 = Penting  4 = Cukup Penting  5 = Sangat Penting</p> <p>Tingkat Kinerja  1= Sangat Tidak Baik  2 = Tidak Baik  3= Baik  4= Cukup Baik  5= Sangat Baik</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skor Sangat Tidak Penting dan Sangat Tidak Puas = <math>1 \times 11 = 11</math> (20%)</li> <li>2. Skor Kurang Penting dan Kurang Puas = <math>2 \times 11 = 22</math> (40%)</li> <li>3. Skor Penting dan Puas = <math>3 \times 11 = 33</math> (60%)</li> <li>4. Skor cukup penting dan cukup puas = <math>4 \times 11 = 44</math> (80%)</li> <li>5. Skor sangat penting dan sangat puas = <math>5 \times 11 = 55</math> (100%)</li> </ol> <p>- Memuaskan = Ting. kesesuaian dimensi &gt; ting. kesesuaian keseluruhan</p> <p>Belum Memuaskan = Ting. kesesuaian dimensi &lt; tingkat kesesuaian keseluruhan</p>	Interval

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	INDIKATOR	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF	SKALA
				10. Pengalaman saat perawat memberikan pelayanan Pengalaman saat staff/ pegawai memberikan pelayanan			
7.	Informasi Pemulangan ( <i>Discharge Information</i> )	Serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitas yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu dan terkoordinasi ketika pasien dipulangkan dari lembaga pelayanan kesehatan (NHS, 2011).	Proses pemulangan pasien sehingga pasien menerima semua informasi yang mereka butuhkan agar dapat menyelesaikan perawatan dirumah sakit	1. Kondisi setelah mendapatkan perawatan 2. Penjelasan yang diberikan oleh dokter sebelum pasien pulang 3. Penjelasan jadwal dan cara konsumsi obat yang diberikan oleh perawat Pengalaman saat mendapatkan pelayanan hingga akan pulang	Kuesioner sebanyak 4 pertanyaan dengan menggunakan skala likert Tingkat Kepentingan: 1 = Sangat tidak penting 2 = Tidak Penting 3 = Penting 4 = Cukup Penting 5 = Sangat Penting  Tingkat Kinerja 1= Sangat Tidak Baik 2 = Tidak Baik 3= Baik 4= Cukup Baik 5= Sangat Baik	1. Skor Sangat Tidak Penting dan Sangat Tidak Puas = $1 \times 4 = 4$ (20%) 2. Skor Kurang Penting dan Kurang Puas = $2 \times 4 = 8$ (40%) 3. Skor Penting dan Puas = $3 \times 4 = 12$ (60%) 4. Skor cukup penting dan cukup puas = $4 \times 4 = 16$ (80%) 5. Skor sangat penting dan sangat puas = $5 \times 4 = 20$ (100%)  - Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi > tingkat kesesuaian keseluruhan  Belum Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi < tingkat kesesuaian keseluruhan	Interval
8.	Meninggalkan Rumah Sakit ( <i>Leaving Hospital</i> )	Mengenai informasi yang akan membantu pasien merawat diri mereka sendiri jauh dari pengaturan klinis,	Pemberian Informasi dan edukasi yang diberikan setelah mendapatkan perawatan, terkait	1. Keterlibatan dalam proses pemulangan pasien 2. Ketepatan waktu dalam pemulangan	Kuesioner sebanyak 5 pertanyaan dengan menggunakan skala likert Tingkat Kepentingan: 1= Sangat tidak penting	1. Skor Sangat Tidak Penting dan Sangat Tidak Puas = $1 \times 5 = 5$ (20%) 2. Skor Kurang Penting dan Kurang Puas = $2 \times 5 = 10$ (40%) 3. Skor Penting dan Puas = $3 \times 5 = 15$	Interval

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	INDIKATOR	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF	SKALA
		dan koordinasi, perencanaan, dan dukungan untuk memudahkan transisi (NHS, 2011).	kondisi penyakit dan rencana pengobatan pasien saat pulang.	<p>pasien</p> <p>3. Penjelasan yang diberikan oleh dokter sebelum pasien pulang</p> <p>4. Penjelasan jadwal dan cara konsumsi obat yang diberikan oleh perawat</p> <p>Pengalaman saat mendapatkan pelayanan hingga akan pulang</p>	<p>2= Tidak Penting</p> <p>3= Penting</p> <p>4= Cukup Penting</p> <p>5= Sangat Penting</p> <p>Tingkat Kinerja</p> <p>1= Sangat Tidak Baik</p> <p>2 = Tidak Baik</p> <p>3= Baik</p> <p>4= Cukup Baik</p> <p>5= Sangat Baik</p>	<p>(60%)</p> <p>4. Skor cukup penting dan cukup puas = <math>4 \times 5 = 20</math> (80%)</p> <p>5. Skor sangat penting dan sangat puas = <math>5 \times 5 = 25</math> (100%)</p> <p>- Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi &gt; tingkat kesesuaian keseluruhan</p> <p>Belum Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi &lt; tingkat kesesuaian keseluruhan</p>	