

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit dapat dikategorikan sebagai bentuk layanan jasa karena, sebagaimana dijelaskan oleh (Kotler et al. 2008) jasa merupakan setiap aktivitas atau kinerja yang ditawarkan oleh satu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya bersifat tidak berwujud (*intangible*) dan tidak mengakibatkan perpindahan kepemilikan. Proses penyediaannya dapat berhubungan maupun tidak berhubungan dengan suatu produk fisik. Sebagai industri pelayanan kesehatan, rumah sakit memiliki karakteristik sosial-ekonomi, di mana pelaksanaannya tidak hanya berorientasi pada nilai-nilai sosial, tetapi juga harus mempertimbangkan prinsip-prinsip ekonomi dalam operasionalnya. Persaingan antar rumah sakit di Indonesia mulai meningkat sejak diberlakukannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang memungkinkan seluruh rumah sakit, baik milik pemerintah maupun swasta, berperan sebagai penyedia layanan bagi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Kondisi ini mengakibatkan kedua jenis rumah sakit tersebut memiliki segmen pasar yang sama (Pramesti et al. 2023).

Selain itu, sektor pelayanan kesehatan saat ini turut dipengaruhi oleh arus globalisasi yang berkembang pesat. Globalisasi membawa perubahan dalam pola hidup masyarakat, termasuk dalam hal preferensi, gaya hidup, serta pilihan terhadap layanan kesehatan. Seiring dengan peningkatan kondisi ekonomi dan derajat kesehatan masyarakat, permintaan terhadap pelayanan rumah sakit yang berkualitas juga terus meningkat (Anggraeny 2013). Pendekatan terhadap kualitas dan mutu pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari berbagai sudut pandang, antara lain dari perspektif penyedia layanan kesehatan, penyandang dana, pemilik fasilitas pelayanan kesehatan, serta pasien. Di antara keempat perspektif tersebut, sudut pandang pasien memiliki posisi yang sangat penting karena mampu memberikan gambaran langsung mengenai persepsi, pengalaman, serta tingkat kepuasan pasien terhadap layanan yang diterima. Pemahaman terhadap perspektif pasien menjadi

dasar bagi rumah sakit untuk melakukan perbaikan berkelanjutan, sehingga peningkatan mutu pelayanan kesehatan harus dilakukan secara konsisten dan adaptif terhadap perubahan kebutuhan masyarakat (Sudirman, et al. 2023).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan yang mampu memenuhi ekspektasi dan kebutuhan pasien. Konsep kualitas layanan mencakup berbagai aspek seperti ketersediaan infrastruktur, kompetensi tenaga medis, efisiensi proses pelayanan klinis dan administrasi, keamanan pasien, kepercayaan terhadap fasilitas kesehatan, serta kemudahan akses terhadap layanan (Hadiyati, 2017). Sementara itu, kualitas layanan juga dapat dievaluasi melalui berbagai perspektif, yaitu penyedia layanan, penyandang dana, pemilik fasilitas, dan pasien (Nugraha, et al. 2023). Pengukuran *patient experience* di rumah sakit memiliki peran yang sangat penting dalam menilai sejauh mana layanan mencerminkan nilai dan kebutuhan pasien secara objektif serta andal. Hasil pengukuran tersebut membantu rumah sakit, pembuat kebijakan, dan pemangku kepentingan memahami variasi pengalaman pasien di berbagai institusi serta bagaimana faktor struktural mempengaruhi pengalaman tersebut. Di Inggris, *National Health Service* (NHS) telah mewajibkan pengukuran *patient experience* sebagai bagian dari evaluasi kualitas layanan. Data ini digunakan untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan sistem pelayanan, mendukung upaya peningkatan mutu, memberikan informasi bagi pengambil keputusan, serta memperluas pilihan pasien. Selain menilai aspek keselamatan dan keberhasilan klinis, penyedia layanan juga dievaluasi berdasarkan dimensi humanistik, seperti penghormatan terhadap martabat pasien, empati, serta keterlibatan pasien dalam proses pengambilan keputusan (Coombes 2008).

Indikator lain dalam menilai mutu rumah sakit dapat dilihat melalui hasil akreditasi rumah sakit. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mewajibkan seluruh rumah sakit menjalani proses akreditasi dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara nasional. Rumah Sakit Inco Sorowako merupakan salah satu rumah sakit yang telah memperoleh akreditasi nasional dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan predikat Paripurna pada tahun 2023. Capaian tersebut menunjukkan bahwa seluruh aspek layanan, mulai dari sarana dan prasarana hingga

prosedur pelayanan terhadap pasien, telah memenuhi standar mutu yang ditetapkan pemerintah (Kemenkes RI, 2016). Salah satu bentuk pelayanan yang disediakan oleh Rumah Sakit Inco Sorowako adalah pelayanan rawat jalan, yaitu layanan medis yang diberikan kurang dari 24 jam untuk tujuan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa memerlukan rawat inap (Lestari and Herbasuki 2020). Rumah sakit ini terus berkomitmen untuk mengutamakan keselamatan pasien serta mempertahankan mutu layanan yang berkualitas dan profesional, dengan menyediakan 104 tempat tidur untuk rawat inap serta berbagai layanan kesehatan komprehensif bagi masyarakat di wilayah operasionalnya. Selain itu, Rumah Sakit Inco Sorowako juga secara berkelanjutan mengembangkan fasilitas dan layanan baru sesuai kebutuhan masyarakat. Berdasarkan hasil survei kepuasan pasien yang dilakukan selama tiga tahun terakhir (2022–2024), tingkat kepuasan pasien berada di atas 90%, sesuai dengan standar nasional. Meskipun demikian, masih terdapat sejumlah keluhan dari pasien yang menjadi bahan evaluasi manajemen rumah sakit untuk terus meningkatkan mutu pelayanan.

Tabel 1
Data Komplain Pasien Rumah Sakit Inco Sorowako Tahun 2022-2024

No.	Tahun	Jumlah Komplain
1.	2022	82
2.	2023	38
3.	2024	47

Sumber: Data Komplain Pasien RS. Sorowako Tahun 2025

Berdasarkan table diatas, masih ditemukan tingginya angka komplain pasien Rumah Sakit Inco Sorowako dibanding dengan RSUD I Lagaligo sebagai parameter RS pesaing dengan total 149 jumlah complain pada 3 tahun terakhir (2022-2024). Berdasarkan data complain RS Inco Sorowako tahun 2024 rata-rata keluhan pasien berupa waktu tunggu lama, penjelasan petugas yang tidak dapat dimengerti oleh pasien dan alur administrasi yang susah dipahami oleh pasien. Komplain merupakan ungkapan ketidakpuasan terhadap layanan yang diberikan. Komplain seharusnya dijadikan indikator dalam penilaian kinerja organisasi. Rumah sakit sebagai suatu

organisasi perlu mempertimbangkan komplain yang diterima meskipun telah berusaha memberikan pelayanan terbaik (Ombudsman, 2020). Pada data data complain tersebut rata-rata pasien yang mengajukan complain adalah pasien pekerja atau asuransi Perusahaan. Komplain di rumah sakit merupakan bentuk ketidakpuasan yang disampaikan oleh pasien, keluarga pasien, atau pengunjung terhadap layanan yang diterima. Jika komplain tidak ditangani dengan baik maka dapat menurunkan angka kepuasan pelanggan dan berdampak pada reputasi rumah sakit. Akibatnya, terjadi penurunan jumlah pasien dan pendapatan bagi rumah sakit. Apabila kondisi ini terjadi dalam jangka panjang, maka berpotensi mengancam keberlanjutan operasional rumah sakit (Sissigi and Darmastuti 2023).

Selain menjadi indikator mutu rumah sakit, *patient experience* memiliki urgensi tinggi karena pengalaman pasien secara langsung memengaruhi rasa aman, kenyamanan, keterlibatan pasien dalam pengobatan, serta tingkat kepercayaan terhadap rumah sakit. Di Rumah Sakit Inco Sorowako, meskipun tingkat kepuasan pasien selama tiga tahun terakhir (2022–2024) berada di atas 90%, data komplain yang masih cukup tinggi 82 komplain pada tahun 2022, 38 komplain pada tahun 2023, dan 47 komplain pada tahun 2024 menunjukkan adanya kesenjangan antara standar mutu rumah sakit dan pengalaman nyata pasien. Mayoritas komplain berasal dari pasien pekerja dan pengguna asuransi perusahaan, yang umumnya berada pada usia produktif dan memiliki tuntutan tinggi terhadap kecepatan, kejelasan informasi, dan efisiensi alur pelayanan.

Dari perspektif pasien, kondisi ini bersifat mendesak karena langsung berpengaruh pada proses pemulihan, kenyamanan emosional, dan efektivitas layanan kesehatan. Waktu tunggu yang lama dapat meningkatkan kecemasan dan memperburuk kondisi klinis, terutama bagi pasien dengan penyakit kronis atau keluhan akut. Komunikasi petugas yang sulit dipahami dapat menyebabkan pasien salah memahami instruksi medis, yang berpotensi menurunkan kepatuhan terhadap pengobatan dan meningkatkan risiko keselamatan pasien. Sementara itu, alur administrasi yang rumit dapat menimbulkan kelelahan emosional ("emotional burden") yang menambah beban psikologis pasien dan keluarga.

Rumah Sakit Inco Sorowako menyediakan pelayanan rawat jalan spesialistik meliputi pelayanan anak, bedah umum, interna, bedah orthopedi, BKIA, gigi dan mulut, penyakit dalam, THT, kesehatan jiwa, mata, jantung, rehabilitasi medik, dan saraf. Pengukuran indikator rawat jalan dilakukan terhadap semua poliklinik spesialis yang ada di rumah sakit sehingga hasil pengukuran indikator rawat jalan Tahun 2025 didapati bahwa realisasi capaian waktu tunggu dirawat jalan pada tahun 2025 menunjukkan capaian 104 menit 16 detik perpasien. Angka ini belum sesuai dengan waktu standar waktu tunggu di poliklinik yaitu 60 menit perpasien. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan yang signifikan di kalangan pasien. Ketidaknyamanan dan frustrasi akibat antrian yang panjang sering kali berdampak negatif pada *patient experience* dan dapat menyebabkan penurunan kepercayaan mereka terhadap rumah sakit.

1.2 Kajian Masalah

Pelayanan kesehatan menjadi suatu hal yang utama dan mendasar bagi setiap orang. Sehingga setiap rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan Masyarakat (Wiguna and Jati 2017). Kepuasan pasien merupakan hal yang sangat subyektif, sulit diukur, dapat berubah-ubah, serta terdapat banyak sekali faktor yang berhubungan sebanyak dimensi di dalam kehidupan manusia. Subyektivitas tersebut bisa berkurang dan bahkan bisa menjadi objektif bila cukup banyak pendapat yang sama terhadap sesuatu hal.

Persepsi pasien tentang interaksi mereka dengan berbagai elemen layanan kesehatan selama pertemuan layanan merupakan pengaruh subjektif, yang membentuk kesadaran pasien tentang pertemuan mereka dengan sistem layanan kesehatan, dan hal itu dipengaruhi oleh keyakinan, budaya, dan *patient experience* sebelumnya (*The Beryl Institute*, nd). Persepsi menentukan bobot yang diberikan pasien pada berbagai elemen *patient experience* dengan layanan kesehatan,

termasuk komunikasi pasien dengan penyedia layanan kesehatan, kualitas fasilitas, dan waktu tunggu (Sofaer dan Firminger, 2005).

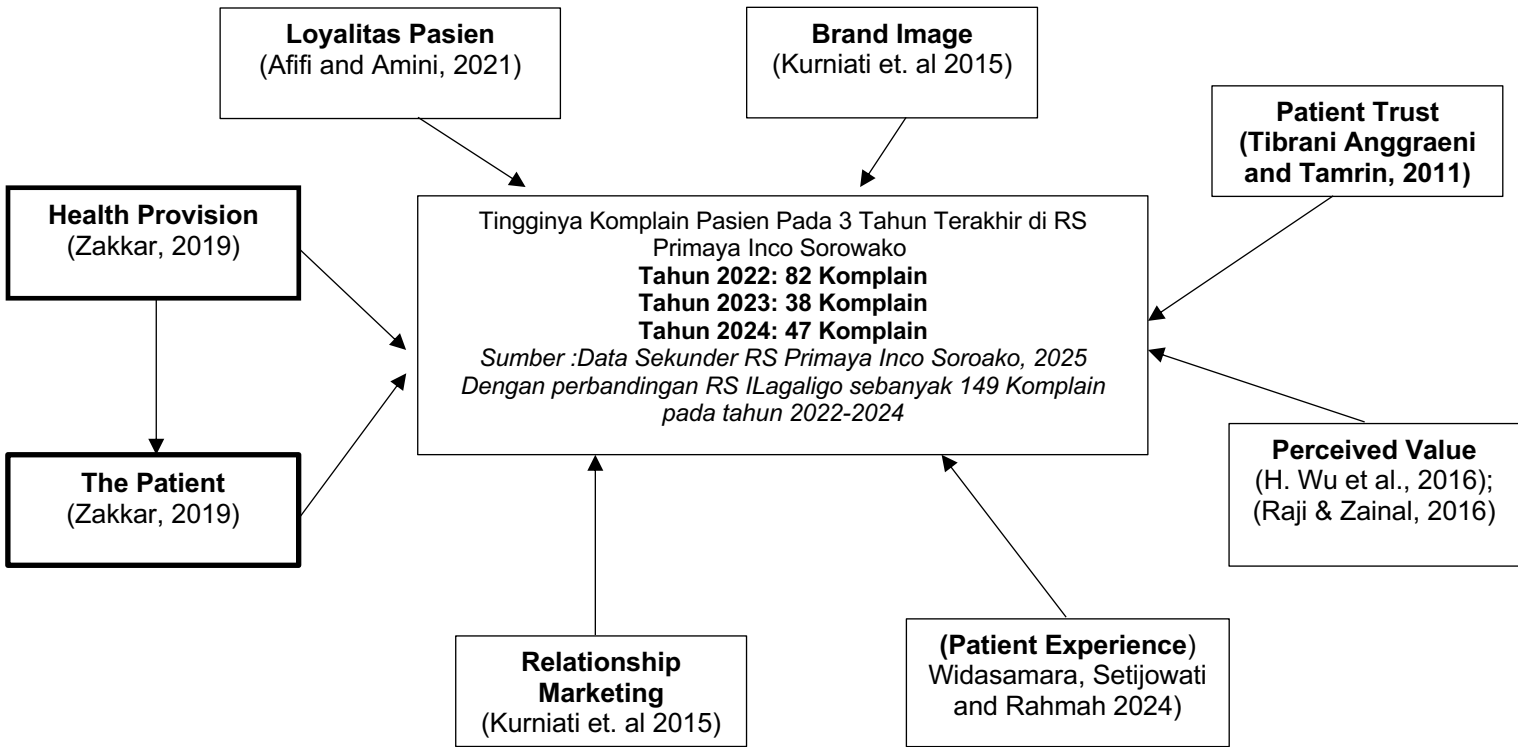
Kepuasan pelanggan memiliki keterkaitan yang sangat erat dengan kualitas layanan. Kualitas yang baik akan mendorong pelanggan untuk membangun hubungan jangka panjang dengan penyedia layanan. Hubungan yang berkelanjutan ini memungkinkan organisasi untuk memahami secara lebih mendalam kebutuhan serta harapan pelanggan. Dengan demikian, perusahaan dapat meningkatkan tingkat kepuasan pelanggan melalui upaya memaksimalkan pengalaman positif dan meminimalkan bahkan menghilangkan pengalaman yang tidak menyenangkan. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kepuasan pasien menjadi salah satu indikator utama mutu pelayanan yang diberikan. Tingginya kepuasan pasien juga berperan penting dalam menarik lebih banyak pasien serta membangun loyalitas terhadap rumah sakit (Jafar et al., 2023).

Menurut Common (2009), penanganan keluhan secara efektif merupakan langkah strategis dalam menyelesaikan permasalahan sekaligus menjaga hubungan baik antara institusi pelayanan dan masyarakat. Anggraini (2011) menambahkan bahwa sebagian pasien menyampaikan keluhan karena merasa pelayanan yang diberikan, khususnya oleh tenaga keperawatan, belum optimal dalam menanggapi permasalahan yang mereka alami. Nurriska (2020) menjelaskan bahwa keluhan pasien merupakan bentuk masukan atau saran, baik secara lisan maupun tertulis, yang berisi ketidaksesuaian terhadap prosedur atau tindakan medis yang diterima selama proses pelayanan di rumah sakit.

Salah satu fungsi penting rumah sakit dalam konteks pemasaran jasa adalah menjalankan konsep relationship marketing, yaitu aktivitas yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan pasien melalui hubungan timbal balik yang saling menguntungkan antara penyedia layanan dan penerima layanan. Dalam praktiknya, strategi pemasaran rumah sakit harus menitikberatkan pada penciptaan kepuasan dan loyalitas pasien, sehingga penanganan keluhan menjadi bagian penting dari upaya mempertahankan hubungan jangka panjang (Bell & Luddington, 2006).

Selain aspek pemasaran, citra rumah sakit juga memiliki peran strategis dalam membentuk persepsi publik. Citra tersebut terbentuk melalui proses perbandingan yang dilakukan pasien terhadap berbagai atribut dan kinerja rumah sakit. Pasien kemudian membangun persepsi subjektif berdasarkan informasi dan pengalaman yang mereka terima selama proses pelayanan. Balmer (2016) mendefinisikan citra organisasi sebagai representasi mental yang kompleks mengenai suatu institusi, yang mencakup reputasi, nilai-nilai, dan identitas perusahaan. Sejalan dengan itu, Dewi dan Asminah (2018) mengemukakan bahwa citra rumah sakit merupakan gambaran atau persepsi masyarakat terhadap kualitas, reputasi, dan kinerja rumah sakit, baik dalam aspek positif maupun negatif.

Dengan demikian, patient experience dan citra rumah sakit merupakan dua elemen yang saling berhubungan dan menjadi indikator utama keberhasilan pelayanan kesehatan. Ketika rumah sakit mampu memberikan pelayanan yang optimal dan berorientasi pada kebutuhan pasien, hal tersebut tidak hanya meningkatkan pengalaman pasien yang positif tetapi juga memperkuat citra rumah sakit di mata masyarakat. Pengalaman yang baik akan menumbuhkan persepsi positif dan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan yang berkualitas.



Gambar 1
Kajian Masalah Penelitian

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang ada pada latar belakang, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah:

- 1) Berapa Besar Pengaruh *The Lived Experience of Illness* Terhadap *Patient Experience* Di Rumah Sakit Inco Sorowako?
- 2) Berapa Besar Pengaruh *The Subjective Influences* Terhadap *Patient Experience* Di Rumah Sakit Inco Sorowako?
- 3) Berapa Besar Pengaruh *The Politics of Healthcare* Terhadap *Patient Experience* Di Rumah Sakit Inco Sorowako?
- 4) Berapa Besar Pengaruh *The Quality of Healthcare* Terhadap *Patient Experience* Di Rumah Sakit Inco Sorowako?
- 5) Berapa Besar Pengaruh *The Responsiveness of Healthcare* Terhadap *Patient Experience* Di Rumah Sakit Inco Sorowako?
- 6) Variabel manakah yang paling berpengaruh pada Variabel *The Patient* terhadap *Patient Experience*?
- 7) Variabel manakah yang paling berpengaruh pada variabel *Health Provision* terhadap *Patient Experience*?

1.4 Tujuan Penelitian

1) Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh *The Patient* dan *Health Provision* terhadap *patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako

2) Tujuan Khusus

1. Menganalisis Besar Pengaruh *The Lived Experience of Illness* Terhadap *Patient Experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
2. Menganalisis Besar Pengaruh *The Subjective Influences* Terhadap *Patient Experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
3. Menganalisis Besar Pengaruh *The Politics of Healthcare* Terhadap *Patient Experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
4. Menganalisis Besar Pengaruh *The Quality of Healthcare* Terhadap *Patient Experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako

5. Menganalisis Besar Pengaruh *The Responsiveness of Healthcare* Terhadap *Patient Experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
6. Menganalisis Variabel yang paling berpengaruh pada Variabel *The Patient* terhadap *Patient Experience*
7. Menganalisis Variabel yang paling berpengaruh pada variabel *Health Provision* terhadap *Patient Experience*

1.5 Manfaat Penelitian

1) Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pengetahuan dan referensi bagi peneliti serta penelitian ini mampu memberikan masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen dan administrasi rumah sakit terkhusus ilmu pengembangan manajemen pemasaran rumah sakit.

2) Bagi Institusi / Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat untuk masukan rumah sakit guna memperbaiki pelayanan untuk mengemnbangkan kualitas di rumah sakit.

3) Bagi Peneliti

Bagi peneliti sendiri merupakan suatu sarana pembelajaran dan penerapan ilmu manajemen dan administrasi rumah sakit yang telah dipelajari selama mengikuti perkuliahan dan menambah pengetahuan serta pengalaman peneliti mengenai permasalahan nyata di rumah sakit, serta sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit. Selain itu, bisa dijadikan wadah mengembangkan pengetahuan di bidangnya yang terkait dengan pemasaran rumah sakit.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *The Patient*

2.1.1 Pengertian *The Patient*

Pasien merupakan individu yang mengalami gangguan atau kelemahan fisik maupun mental, yang kemudian menyerahkan pengawasan, perawatan, serta pengobatan dirinya kepada tenaga kesehatan. Berdasarkan berbagai pendapat para ahli, dapat disimpulkan bahwa pasien adalah seseorang yang, karena kondisi fisik atau mentalnya, memerlukan bantuan profesional medis untuk mendapatkan pengawasan, perawatan, dan pengobatan yang sesuai, baik di rumah sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. (Mulyani and Hakim 2021)

2.1.2 Variabel *The Patient*

a. Persepsi Pasien

Persepsi pasien tentang interaksi mereka dengan berbagai elemen layanan kesehatan selama pertemuan layanan merupakan pengaruh subjektif, yang membentuk kesadaran pasien tentang pertemuan mereka dengan sistem layanan kesehatan, dan hal itu dipengaruhi oleh keyakinan, budaya, dan *patient experience* sebelumnya (*The Beryl Institute, nd*). Persepsi menentukan bobot yang diberikan pasien pada berbagai elemen *patient experience* dengan layanan kesehatan, termasuk komunikasi pasien dengan penyedia layanan kesehatan, kualitas fasilitas, dan waktu tunggu (*Sofaer dan Firminger, 2005*)

b. Harapan Pasien

Kemampuan seseorang dalam merencanakan strategi untuk mencapai tujuan meskipun dihadapkan pada berbagai hambatan menunjukkan adanya motivasi dan harapan yang kuat. Secara umum, harapan (*hope*) dapat diartikan sebagai suatu kondisi mental positif di mana individu memanfaatkan kemampuan dan

sumber daya yang dimilikinya untuk mencapai tujuan di masa mendatang. Menurut Tjiptono (2008), mutu pelayanan dianggap baik dan memuaskan apabila jasa yang diterima sesuai dengan ekspektasi pelanggan. Apabila kualitas pelayanan melebihi harapan pelanggan, maka pelayanan tersebut dikategorikan sebagai layanan berkualitas ideal. Sebaliknya, apabila kualitas layanan berada di bawah harapan, maka mutu pelayanan dinilai kurang baik..

c. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi pasien mencakup berbagai faktor seperti tingkat pendapatan, pendidikan, jenis pekerjaan, serta kemampuan untuk mengakses sumber daya ekonomi. Analisis sosial ekonomi bertujuan untuk memahami pengaruh faktor sosial dan ekonomi terhadap individu maupun masyarakat secara keseluruhan. Faktor-faktor ini memiliki peran penting dalam membentuk kualitas hidup, peluang ekonomi, dan akses terhadap layanan kesehatan. Dimensi sosial menggambarkan latar belakang sosial pasien yang dilihat dari tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan, sedangkan dimensi ekonomi menggambarkan kondisi ekonomi pasien yang diukur melalui tingkat pendapatan dan kemampuan finansialnya.

d. Keyakinan atau kepercayaan

Kepercayaan (trust) dapat dimaknai sebagai keyakinan seseorang untuk mengandalkan integritas, kemampuan, dan kejujuran pihak lain. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kepercayaan pasien terhadap rumah sakit mencerminkan sejauh mana pasien yakin bahwa penyedia layanan mampu memenuhi harapan mereka secara profesional dan etis. Tingkat kepercayaan ini dipengaruhi oleh keyakinan pasien terhadap niat baik, jaminan mutu pelayanan, serta kredibilitas institusi kesehatan. Semakin tinggi tingkat kepercayaan pasien, semakin besar pula kecenderungan mereka untuk tetap menggunakan layanan kesehatan di rumah sakit tersebut.

e. Budaya

Budaya memiliki hubungan yang sangat erat dengan perilaku kesehatan masyarakat. Dalam banyak kasus, pola budaya dapat memengaruhi cara individu memahami, menanggapi, dan menangani masalah kesehatan maupun penyakit. Budaya mencerminkan nilai, norma, dan kebiasaan yang menjadi ciri khas suatu masyarakat serta memengaruhi pola pikir dan tindakan sehari-hari. Oleh karena itu, dalam konteks pelayanan kesehatan, budaya berperan penting dalam membentuk persepsi terhadap penyakit, keputusan untuk mencari pengobatan, serta kepatuhan terhadap terapi medis.

Kualitas hidup, khususnya pada usia lanjut, merupakan hasil interaksi antara fungsi fisik, kesejahteraan psikologis, kondisi sosial, serta status ekonomi. Seseorang yang memiliki kondisi fisik yang baik, merasa berguna, berpartisipasi aktif dalam kehidupan sosial, dan memiliki kesejahteraan ekonomi yang memadai akan memiliki persepsi kualitas hidup yang lebih positif. Dengan demikian, budaya, status sosial ekonomi, dan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan merupakan faktor penting yang memengaruhi persepsi individu terhadap kesehatan dan kualitas hidupnya. Kualitas hidup pada hari tua adalah fungsi fisik, kesejahteraan psikologis dan sosial, kemampuan fisik yang baik, merasa cukup tetapi berguna, berpartisipasi dalam kehidupan sosial dan mencapai status sosial ekonomi yang baik, merupakan persepsi subjektif yang mempengaruhi kedua kondisi kesehatan.

Ada dua jenis faktor penentu *patient experience* faktor penentu yang berkaitan dengan pasien dan faktor penentu yang berkaitan dengan layanan kesehatan. Faktor penentu yang berkaitan dengan pasien meliputi pengalaman nyata pasien dalam menghadapi penyakit dan pengaruh subjektif pasien, seperti harapan dan persepsi pasien. Faktor penentu yang berkaitan dengan layanan kesehatan

meliputi kualitas layanan kesehatan, responsivitas sistem kesehatan, dan kebijakan kesehatan.

a. *The Lived Experience of Illness.*

Patient experience dan keluarga dalam menghadapi penyakit mencakup beban fisik, emosional, finansial, dan sosial. Faktor-faktor seperti jenis penyakit, status sosial-ekonomi, dan kualitas layanan memengaruhinya (Jan & Niessen, 2018). Secara antropologis, penyakit dan pelayanan kesehatan merupakan sistem budaya (Kleinman, 1978) yang menghasilkan model penjelasan penyakit pandangan pasien, keluarga, dan dokter tentang penyakit dan pengobatannya (Kleinman & Benson, 2006). Ketidaksiesuaian antara model penjelasan pasien dan dokter dapat menyebabkan miskomunikasi dan pengalaman negatif bagi pasien.

The Lived Experience of Illness merupakan konstruksi multidimensional yang mencerminkan bagaimana individu memaknai, merasakan, dan merespons kondisi sakit yang dialaminya. Konsep ini tidak hanya berkaitan dengan aspek klinis (*disease*), tetapi juga pengalaman subjektif (*illness*) sebagaimana dijelaskan oleh Arthur Kleinman (1978), yang membedakan antara gangguan biologis dan pengalaman personal atas gangguan tersebut. Dalam perspektif ini, pengalaman sakit dipahami sebagai fenomena sosial dan kultural yang dipengaruhi oleh sistem makna, relasi sosial, serta konteks pelayanan kesehatan.

The Lived Experience of Illness merupakan konsep yang menjelaskan pengalaman subjektif individu dalam menghadapi penyakit yang mencakup aspek fisik, emosional, sosial, dan psikologis selama proses sakit. Konsep ini berasal dari pendekatan *Phenomenology of Illness*, yang menekankan bahwa penyakit tidak hanya dipahami sebagai kondisi biologis (*disease*), tetapi juga sebagai pengalaman pribadi pasien (*illness*) yang dipengaruhi oleh persepsi, emosi, dan konteks sosial.

Menurut S. Kay Toombs, pengalaman penyakit merupakan fenomena yang dialami secara subjektif oleh pasien dan dapat berbeda dengan perspektif medis yang dimiliki oleh tenaga kesehatan. Dalam pendekatan fenomenologi, penyakit dipahami sebagai pengalaman hidup yang memengaruhi cara seseorang merasakan tubuhnya, menjalani aktivitas sehari-hari, serta berinteraksi dengan lingkungan sosialnya (Toombs, 1987). Oleh karena itu, pengalaman sakit tidak hanya berkaitan dengan gejala medis, tetapi juga mencakup perubahan dalam identitas, persepsi diri, dan hubungan sosial pasien.

Sementara itu, Arthur Kleinman membedakan antara konsep *disease*, *illness*, dan *sickness*. *Disease* merujuk pada kondisi biologis atau gangguan tubuh yang dapat diidentifikasi secara medis, sedangkan *illness* merupakan pengalaman subjektif yang dirasakan oleh individu ketika mengalami penyakit. Adapun *sickness* berkaitan dengan makna sosial dari penyakit dalam suatu masyarakat (Kleinman, 1988). Menurut Kleinman, pemahaman mengenai pengalaman subjektif pasien sangat penting karena setiap individu dapat memiliki cara yang berbeda dalam memaknai penyakit yang dialaminya. Lebih lanjut, Kleinman menjelaskan bahwa pengalaman sakit dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti latar belakang budaya, nilai sosial, hubungan keluarga, serta keyakinan individu terhadap kesehatan dan penyakit (Kleinman, 1988). Oleh karena itu, dalam memahami pengalaman pasien, tenaga kesehatan tidak hanya perlu memperhatikan gejala klinis, tetapi juga perlu memahami makna penyakit bagi pasien tersebut.

Pendekatan fenomenologi menjelaskan bahwa ketika seseorang mengalami penyakit, individu tersebut dapat merasakan berbagai dampak seperti beban emosional, rasa nyeri, ketidaknyamanan fisik, serta keterbatasan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien serta cara pasien menilai kondisi kesehatannya. Selain itu, penyakit juga dapat menimbulkan beban ekonomi bagi pasien dan keluarga, terutama jika penyakit memerlukan biaya pengobatan yang besar atau menyebabkan berkurangnya kemampuan pasien untuk bekerja (Jan et al., 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Stephen Jan dan rekan-rekannya menunjukkan bahwa penyakit kronis dapat memberikan dampak finansial yang signifikan terhadap rumah tangga, termasuk meningkatnya biaya pengobatan dan menurunnya pendapatan keluarga. Beban ekonomi tersebut dapat memperburuk pengalaman pasien selama menghadapi penyakit serta memengaruhi kondisi psikologis pasien (Jan et al., 2018).

Selain dampak fisik dan ekonomi, pengalaman penyakit juga dapat mempengaruhi kehidupan sosial pasien. Individu yang mengalami penyakit sering kali harus mengurangi interaksi sosial dengan orang lain karena keterbatasan fisik, rasa lelah, atau perubahan kondisi kesehatan. Hal ini dapat menyebabkan pasien merasa terisolasi atau kehilangan peran sosial dalam kehidupan sehari-hari. Dalam beberapa kasus, pasien juga dapat merasakan kehilangan kontrol terhadap hidupnya akibat keterbatasan yang ditimbulkan oleh penyakit. Namun demikian, dukungan sosial dari keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan dapat membantu pasien dalam menghadapi kondisi penyakitnya. Dukungan emosional dan sosial dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan penyakit, mengurangi stres, serta meningkatkan kesejahteraan psikologis selama proses perawatan. Sehingga, *The Lived Experience of Illness* menggambarkan bagaimana pasien secara subjektif merasakan dampak penyakit dalam kehidupannya yang mencakup dimensi fisik, emosional, sosial, dan ekonomi. Pemahaman terhadap pengalaman ini sangat penting dalam pelayanan kesehatan karena dapat membantu tenaga kesehatan memberikan pelayanan yang lebih berorientasi pada pasien (*patient-centered care*) serta meningkatkan kualitas pengalaman pasien selama menjalani perawatan.

b. *The Subjective Influences,*

Dalam konteks pengalaman pasien terhadap pelayanan kesehatan, patient's subjective influences merujuk pada faktor-faktor subjektif yang mempengaruhi bagaimana pasien menilai dan merasakan pelayanan kesehatan yang mereka terima. Pengaruh subjektif ini berkaitan dengan harapan pasien sebelum menerima pelayanan serta persepsi pasien terhadap interaksi yang terjadi selama proses pelayanan kesehatan berlangsung. Menurut Irwin Press, ketika pasien datang untuk memperoleh pelayanan kesehatan, mereka membawa berbagai harapan mengenai layanan yang akan diterima, termasuk harapan terhadap kualitas pelayanan medis, komunikasi dengan tenaga kesehatan, serta perlindungan terhadap privasi pasien (Press, 2006). Harapan tersebut terbentuk dari pengalaman sebelumnya, pengetahuan pasien mengenai sistem pelayanan kesehatan, serta keyakinan pribadi pasien mengenai bagaimana pelayanan kesehatan seharusnya diberikan.

Dalam praktik pelayanan kesehatan, pasien umumnya memiliki harapan yang tinggi terhadap kualitas layanan medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Harapan tersebut tidak hanya berkaitan dengan keberhasilan tindakan medis secara klinis, tetapi juga mencakup bagaimana dokter dan tenaga medis mampu memberikan penjelasan mengenai kondisi kesehatan pasien secara jelas, rinci, dan mudah dipahami. Komunikasi yang efektif antara tenaga kesehatan dan pasien sangat penting karena dapat membantu pasien memahami kondisi penyakitnya serta meningkatkan kepercayaan pasien terhadap proses pengobatan yang dijalani (Sofaer & Firminger, 2005). Penjelasan yang jelas dari tenaga kesehatan juga memungkinkan pasien untuk terlibat secara aktif dalam proses pengambilan keputusan terkait pengobatan yang akan dijalani.

Selain komunikasi yang baik, pasien juga memiliki harapan terhadap lingkungan pelayanan kesehatan yang bersih, nyaman, dan didukung oleh fasilitas yang memadai. Kondisi fasilitas pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi persepsi pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan.

Fasilitas yang bersih, aman, dan modern dapat meningkatkan rasa nyaman pasien selama menjalani proses perawatan, sehingga memberikan pengalaman pelayanan yang lebih positif (The Beryl Institute, n.d.).

Pengaruh subjektif pasien juga terlihat dari bagaimana pasien menilai proses pelayanan kesehatan yang mereka terima, termasuk efisiensi proses pengobatan serta kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan harapan awal pasien. Proses pelayanan yang berlangsung secara cepat dan efisien dapat meningkatkan kepuasan pasien karena pasien merasa bahwa kebutuhan kesehatannya ditangani dengan baik dan tepat waktu. Sebaliknya, pelayanan yang tidak sesuai dengan harapan pasien dapat menimbulkan persepsi negatif terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diterima (Press, 2006).

Selain aspek pelayanan teknis, interaksi interpersonal antara pasien dan tenaga kesehatan juga menjadi bagian penting dari *patient's subjective influences*. Pasien cenderung menilai pengalaman pelayanan kesehatan secara positif ketika mereka merasa bahwa dokter mendengarkan keluhan mereka dengan sungguh-sungguh serta menunjukkan empati terhadap kondisi yang dialami pasien. Perhatian yang diberikan oleh perawat dan tenaga medis juga menjadi faktor penting yang mempengaruhi bagaimana pasien menilai pengalaman pelayanan kesehatan. Hubungan komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan dapat meningkatkan rasa percaya pasien serta membantu pasien merasa lebih nyaman dalam menyampaikan keluhan maupun pertanyaan terkait kondisi kesehatannya (Sofaer & Firminger, 2005).

Selain itu, pasien juga memiliki harapan bahwa informasi medis pribadi yang mereka sampaikan kepada tenaga kesehatan akan dijaga kerahasiaannya dengan baik. Perlindungan terhadap kerahasiaan informasi medis merupakan bagian penting dari etika pelayanan kesehatan yang dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap sistem pelayanan kesehatan. Ketika pasien merasa bahwa privasi dan kerahasiaan informasi kesehatannya dihormati, maka

pasien cenderung memiliki pengalaman pelayanan yang lebih positif (Press, 2006).

Berbagai aspek tersebut membentuk bagaimana pasien menilai kepuasan mereka terhadap pelayanan kesehatan yang diterima. Persepsi pasien terhadap kualitas komunikasi tenaga kesehatan, perhatian yang diberikan oleh tenaga medis, kenyamanan fasilitas pelayanan kesehatan, serta efisiensi proses pelayanan merupakan faktor-faktor subjektif yang berperan penting dalam membentuk pengalaman pasien secara keseluruhan. Hal ini sejalan dengan pandangan Arthur Kleinman dalam *teori Explanatory Model of Illness*, yang menjelaskan bahwa pengalaman pasien terhadap pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh bagaimana pasien secara subjektif memahami kondisi penyakitnya serta bagaimana mereka menafsirkan interaksi dengan tenaga kesehatan dalam proses perawatan (Kleinman, 1988). Oleh karena itu, pemahaman terhadap pengaruh subjektif pasien menjadi penting dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pengalaman dan kebutuhan pasien.

2.2 Patient Experience

2.2.1 Pengertian Patient Experience

Patient experience merupakan persepsi langsung pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya. Pengalaman ini mencakup berbagai aspek yang diharapkan pasien, seperti kebersihan lingkungan rumah sakit, ketersediaan informasi terkait layanan, kenyamanan fasilitas, ketepatan waktu pemeriksaan, keramahan serta bantuan dari tenaga kesehatan, kejelasan penjelasan dokter, keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan pengobatan, sikap hormat tenaga medis, pemberian saran mengenai kondisi kesehatan, pengelolaan informasi tentang manfaat dan risiko terapi, serta kesempatan pasien untuk berdiskusi mengenai permasalahan kesehatan yang dihadapi (Yuniarti et al., 2022).

Pemahaman terhadap *patient experience* merupakan langkah strategis menuju penerapan konsep *patient-centered care* atau pelayanan yang berfokus pada pasien. Dengan meninjau berbagai dimensi pengalaman pasien, rumah sakit dapat menilai

sejauh mana layanan yang diberikan bersifat menghormati, responsif, serta sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai individu pasien. Evaluasi terhadap pengalaman pasien, jika dilakukan bersama dengan penilaian terhadap efektivitas dan keamanan layanan, akan memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai mutu pelayanan kesehatan (Edgman & Levitan, 2013).

Selain itu, Foster (2010) menjelaskan bahwa *patient experience* dapat dipahami sebagai bentuk umpan balik dari pasien mengenai proses pelayanan dan perawatan yang mereka alami, baik dalam bentuk data objektif maupun persepsi subjektif dari pasien dan keluarganya. Melalui pemahaman terhadap pengalaman tersebut, institusi pelayanan kesehatan dapat mengidentifikasi aspek-aspek yang perlu ditingkatkan untuk mencapai kepuasan dan kepercayaan pasien secara berkelanjutan.

Konsep *patient experience* menjadi salah satu indikator penting dalam menilai kualitas sistem pelayanan kesehatan modern. *Patient experience* menggambarkan bagaimana pasien merasakan dan menilai interaksi mereka dengan sistem pelayanan kesehatan selama proses perawatan berlangsung. Menurut Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), *patient experience* mencakup berbagai bentuk interaksi yang dialami pasien dengan sistem pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan yang diterima dari tenaga medis seperti dokter, perawat, dan staf kesehatan lainnya di rumah sakit, klinik, maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Interaksi tersebut mencakup berbagai aspek pelayanan, mulai dari proses administrasi, komunikasi dengan tenaga kesehatan, hingga pelayanan klinis yang diterima pasien.

Secara konseptual, *patient experience* menghasilkan persepsi dan respons dari pasien terhadap pelayanan kesehatan yang mereka terima. Persepsi tersebut dipengaruhi oleh sejauh mana pelayanan kesehatan yang diterima sesuai dengan harapan pasien terhadap berbagai aspek pelayanan kesehatan (Press, 2006). Dengan kata lain, pengalaman pasien terbentuk dari perbandingan antara ekspektasi pasien terhadap pelayanan kesehatan dengan realitas pelayanan yang mereka rasakan selama proses perawatan.

2.1.2 Dimensi Pengukuran *Patient Experience*

Dalam perkembangan konsep pelayanan kesehatan modern, *patient experience* menjadi bagian penting dari pendekatan *patient-centered care*, yaitu pendekatan pelayanan kesehatan yang menempatkan pasien sebagai pusat dari proses pelayanan kesehatan. Pendekatan ini menekankan pentingnya penghormatan terhadap nilai, preferensi, dan kebutuhan pasien dalam setiap tahap pelayanan kesehatan (Institute of Medicine, 2001). Oleh karena itu, peningkatan pengalaman pasien menjadi salah satu tujuan utama dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Dalam penelitian ini, *patient experience* diukur melalui beberapa dimensi yang mencerminkan interaksi pasien dengan sistem pelayanan kesehatan, yaitu *culturally appropriate care, care coordination, courtesy and respect, access to care, communication with clinics, getting information, shared decision making, dan self-management support*.

1. *Culturally Appropriate Care*

Dimensi *culturally appropriate care* berkaitan dengan kemampuan tenaga kesehatan dalam memahami keberagaman budaya pasien serta memberikan pelayanan yang sensitif terhadap latar belakang budaya pasien. Pelayanan kesehatan yang memperhatikan aspek budaya dapat meningkatkan kenyamanan pasien serta mengurangi potensi diskriminasi dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan yang menghormati latar belakang budaya pasien merupakan fondasi penting dalam pengalaman pasien yang positif. Saha, Beach, dan Cooper (2008) menegaskan bahwa kompetensi budaya dalam komunikasi dan pelayanan kesehatan secara signifikan berkorelasi dengan persepsi pasien terhadap kualitas perawatan secara keseluruhan, karena mampu mengurangi hambatan bahasa, miskomunikasi, serta ketidaknyamanan yang sering dialami pasien dari kelompok budaya minoritas. Hal ini diperkuat oleh studi yang menunjukkan bahwa strategi komunikasi yang sensitif terhadap konteks budaya juga memperkuat keterlibatan pasien dalam *shared decision*

making, yakni pengambilan keputusan klinis secara kolaboratif antara pasien dan tenaga kesehatan (Brown et al., 2016).

Menurut Saha, Beach, dan Cooper (2008), penghargaan terhadap latar belakang budaya pasien menjadi fondasi hubungan terapeutik yang setara antara tenaga kesehatan dan pasien. Ketika pasien merasakan bahwa nilai dan identitas budayanya dihormati, persepsi terhadap kualitas pelayanan meningkat karena pasien merasa diakui sebagai individu, bukan sekadar objek klinis. Dalam konteks *patient-centered care*, penghormatan budaya juga berfungsi sebagai mekanisme untuk membangun kepercayaan, yang secara empiris terbukti berpengaruh terhadap kepuasan dan kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Teori *patient-centered communication*, yang menekankan pentingnya lingkungan komunikasi yang aman dan terbuka. Epstein dan Street (2011) menjelaskan bahwa kenyamanan pasien dalam mengekspresikan nilai dan keyakinannya merupakan indikator kualitas komunikasi klinis yang efektif. Dalam perspektif kompetensi budaya, kenyamanan ini muncul ketika tenaga kesehatan menunjukkan sikap empatik, tidak menghakimi, serta mampu menyesuaikan gaya komunikasi dengan latar belakang pasien. *Culturally appropriate care* juga berkaitan dengan teori *individualized care*, yaitu penyesuaian pelayanan berdasarkan kebutuhan dan preferensi budaya atau kebiasaan pasien. Betancourt et al. (2005) menegaskan bahwa adaptasi layanan terhadap praktik budaya pasien dapat mengurangi resistensi terhadap tindakan medis dan meningkatkan penerimaan pasien terhadap rencana perawatan. Dalam pengalaman pasien, kesesuaian layanan dengan kebiasaan budaya mencerminkan fleksibilitas sistem kesehatan dan sensitivitas tenaga medis terhadap konteks sosial pasien, yang pada akhirnya memperkuat persepsi kualitas pelayanan.

Diskriminasi yang dirasakan pasien terbukti berdampak negatif terhadap pengalaman perawatan, termasuk meningkatnya kecemasan, ketidakpercayaan, dan penurunan kepuasan. Saha et al. (2008) menyatakan bahwa persepsi bebas diskriminasi merupakan indikator penting keberhasilan implementasi kompetensi budaya dalam organisasi pelayanan kesehatan.

pengetahuan dan pemahaman tenaga kesehatan terhadap keberagaman budaya pasien. Campinha-Bacote (2002) menekankan bahwa pemahaman budaya merupakan prasyarat bagi praktik pelayanan yang sensitif dan efektif. Dalam pengalaman pasien, pemahaman ini tercermin melalui sikap tenaga kesehatan yang responsif terhadap perbedaan nilai, kebiasaan, dan keyakinan, sehingga pasien merasa lebih dihargai dan dipahami secara holistik

2. *Care coordination* atau koordinasi pelayanan

Merupakan dimensi yang mencerminkan kemampuan sistem kesehatan untuk menghubungkan berbagai elemen pelayanan secara terintegrasi sehingga pengalaman pasien menjadi lancar dan tanpa fragmentasi layanan. Laporan tentang domain pengalaman pasien yang diterbitkan oleh National Center for Biotechnology Information (NCBI, 2023) menunjukkan bahwa koordinasi yang baik dapat mengurangi duplikasi pemeriksaan, mengurangi kesalahan medis, serta mempercepat respons terhadap kebutuhan pasien, yang pada gilirannya meningkatkan kepuasan dan hasil klinis.

Terdapat juga teori yang mendukung *Care coordination* yaitu *interprofessional communication*, yang merupakan komponen utama dari *care coordination*. Menurut Institute of Medicine (IOM), komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan berkontribusi langsung pada keselamatan pasien dan kontinuitas pelayanan. Dalam pengalaman pasien, komunikasi yang baik antar profesi menciptakan kesan bahwa pelayanan berjalan terkoordinasi dan terencana, sehingga meningkatkan rasa aman dan kepercayaan pasien terhadap sistem pelayanan kesehatan. Teori lain yang mendukung yaitu konsep *continuity of care*, yaitu kesinambungan pelayanan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Haggerty et al. (2003) menyatakan bahwa kesinambungan pelayanan berperan penting dalam membentuk pengalaman pasien yang positif, karena mengurangi fragmentasi dan kebingungan. Dalam konteks *patient experience*, ketiadaan kebingungan menunjukkan bahwa sistem pelayanan mampu mengelola transisi layanan secara jelas dan terstruktur. Sehingga, proses perpindahan pasien dari satu tingkat pelayanan ke tingkat pelayanan lainnya berjalan dengan baik. Coleman et al. (2004) menjelaskan

bahwa dukungan selama transisi perawatan sangat menentukan persepsi pasien terhadap kualitas sistem kesehatan. Bantuan yang memadai dalam perawatan lanjutan mencerminkan koordinasi yang efektif dan orientasi pelayanan yang berfokus pada kebutuhan pasien secara berkelanjutan.

Dalam kerangka *care coordination*. Menurut kajian yang dipublikasikan oleh National Center for Biotechnology Information (2023), dukungan administratif dan klinis merupakan elemen penting dalam pengalaman pasien karena membantu pasien menavigasi sistem pelayanan kesehatan yang kompleks. Keberadaan pendampingan ini meningkatkan rasa kontrol dan kenyamanan pasien, serta memperkuat persepsi bahwa sistem pelayanan responsif terhadap kebutuhan individu pasien.

3. Aspek *courtesy and respect*

Menekankan pada sikap profesional, empati, serta penghormatan terhadap martabat pasien selama seluruh proses perawatan. Price, Elliott, Zaslavsky, dan kawan-kawan (2014) menemukan bahwa komunikasi yang sopan, tanggapan yang ramah, serta perlakuan yang menghormati hak-hak pasien berkorelasi kuat dengan skor pengalaman pasien yang lebih tinggi dalam survei pengalaman seperti CAHPS. Konsep dasar *courtesy* dalam teori *patient-centered care*, yang menempatkan kesopanan sebagai ekspresi penghormatan terhadap martabat pasien. Menurut Price et al. (2014), sikap sopan staf kesehatan merupakan determinan awal terbentuknya kesan positif pasien terhadap layanan, karena menciptakan rasa aman dan kenyamanan emosional selama proses perawatan. Dalam survei pengalaman pasien seperti CAHPS yang dikembangkan oleh Agency for Healthcare Research and Quality, kesopanan staf menjadi indikator penting kualitas interaksi non-klinis yang dirasakan pasien. Rasa hormat yang ditunjukkan tenaga medis, baik melalui bahasa verbal maupun nonverbal, juga memperkuat hubungan terapeutik dan meningkatkan kepercayaan pasien. Price et al. (2014) menegaskan bahwa persepsi dihormati sebagai individu berkorelasi positif dengan kepuasan dan loyalitas pasien terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. sikap ramah dan tidak merendahkan pasien berperan penting dalam mengurangi kecemasan serta

meningkatkan keterlibatan pasien dalam proses perawatan. Ketika pasien merasa diperlakukan secara manusiawi dan setara, pengalaman perawatan dipersepsikan lebih positif, terlepas dari hasil klinis yang diperoleh. Konsep *courtesy* dan *respect* secara holistik, di mana penghargaan terhadap pasien tidak hanya muncul dalam satu momen, tetapi konsisten sepanjang episode perawatan. Secara teoretis, konsistensi penghargaan ini sejalan dengan prinsip *continuity of relational care*, yang menyatakan bahwa interaksi yang menghargai pasien secara berkelanjutan memperkuat persepsi kualitas pelayanan dan pengalaman pasien secara keseluruhan.

4. *Access to care*

Kemampuan pasien untuk memperoleh layanan yang diperlukan secara tepat waktu juga menjadi indikator penting pengalaman pasien yang baik. Penelitian sistematis oleh Holt dan kolega (2018) menunjukkan bahwa waktu tunggu yang wajar merupakan indikator penting kualitas pelayanan dari perspektif pasien. Penelitian Holt et al. (2018) menunjukkan bahwa waktu tunggu yang wajar tidak hanya meningkatkan kepuasan pasien, tetapi juga memperkuat persepsi efisiensi dan profesionalisme fasilitas kesehatan., keterjangkauan layanan, serta kemudahan memperoleh janji temu dengan klinisi dan kesesuaian antara kebutuhan pasien dan ketersediaan layanan. Dalam teori sistem pelayanan kesehatan, ketersediaan layanan yang tepat waktu mengurangi risiko penundaan perawatan dan meningkatkan rasa aman pasien, yang pada akhirnya berdampak positif terhadap pengalaman pasien. merupakan prediktor utama persepsi positif terhadap pengalaman pasien dalam konteks layanan primer. Dalam hal geografis dari *access to care*. Dalam kerangka teori *spatial access*, kemudahan menjangkau fasilitas kesehatan memengaruhi persepsi pasien terhadap keadilan dan keterjangkauan layanan. Akses yang baik mengurangi beban fisik dan psikologis pasien, sehingga berkontribusi pada pengalaman pelayanan yang lebih baik. Pentingnya transparansi dan kejelasan informasi dalam sistem kesehatan. Akses informasi yang mudah membantu pasien menavigasi layanan secara mandiri dan

mengurangi kebingungan, sehingga memperbaiki persepsi pasien terhadap kemudahan dan keterbukaan sistem pelayanan.

5. Dimensi *communication with clinicians*

Menekankan pada keterbukaan dan efektivitas komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan. Komunikasi yang jelas, bebas dari jargon medis, dan responsif terhadap pertanyaan pasien memungkinkan mereka merasa lebih terlibat dalam proses kesehatan mereka sendiri, memperbaiki pemahaman terhadap kondisi mereka, serta meningkatkan kepercayaan terhadap perawatan yang diberikan (Holt et al., 2018). Epstein dan Street (2011) menjelaskan bahwa mendengarkan secara aktif merupakan inti dari komunikasi efektif, karena memungkinkan tenaga medis memahami keluhan pasien secara utuh. Dari sudut pandang pengalaman pasien, perhatian penuh dari tenaga medis meningkatkan rasa dihargai dan kepercayaan terhadap pelayanan. Dilanjutkan dengan penyampaian informasi medis dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami. Komunikasi yang bebas jargon medis membantu pasien memahami kondisi dan rencana perawatannya, sehingga meningkatkan keterlibatan pasien dan pengalaman perawatan secara keseluruhan. Pasien juga didorong untuk berpartisipasi aktif dalam proses perawatan. Teori ini menegaskan bahwa kesempatan bertanya merupakan indikator keterbukaan komunikasi dan penghormatan terhadap otonomi pasien, yang berdampak positif pada kepuasan dan pengalaman pasien. Sehingga keyakinan pasien bahwa pesan mereka dipahami dengan benar menjadi penentu kualitas interaksi klinis. Pemahaman yang akurat memperkuat kepercayaan pasien dan meningkatkan persepsi efektivitas pelayanan yang diterima.

6. *Getting information*

Berkaitan dengan kemampuan sistem dalam menyediakan informasi medis dan administratif yang mudah diakses dan relevan bagi pasien. Hal ini mencakup akses terhadap hasil lab, ringkasan medis, materi edukasi kesehatan, serta panduan pemulihan yang membantu pasien memahami kondisi mereka dan membuat keputusan yang tepat. Ketika pasien merasa informasi yang diberikan

lengkap dan mudah dipahami, hal ini tidak hanya meningkatkan rasa kontrol mereka atas proses perawatan tetapi juga meminimalkan kecemasan dan ketidakpastian. Teori pendukung yaitu teori *health information provision*, yang menekankan bahwa pemberian informasi diagnosis secara memadai merupakan hak dasar pasien. Menurut Epstein dan Street (2011), pemahaman pasien terhadap diagnosis berperan penting dalam membentuk persepsi kontrol dan mengurangi kecemasan. Dalam konteks *patient experience*, kecukupan informasi diagnosis meningkatkan kepercayaan pasien terhadap tenaga medis serta memperkuat keterlibatan pasien dalam proses perawatan. Tidak hanya itu, transparansi informasi sebagai prasyarat pengambilan keputusan klinis yang etis. Charles, Gafni, dan Whelan (1997) menjelaskan bahwa pemaparan alternatif pengobatan dan risiko yang menyertainya meningkatkan kualitas keputusan pasien serta memperbaiki pengalaman perawatan karena pasien merasa dihargai dan dilibatkan secara aktif. Nutbeam (2008) menegaskan bahwa informasi yang disampaikan dengan bahasa sederhana dan jelas meningkatkan kemampuan pasien dalam memahami kondisi kesehatannya, yang pada akhirnya berdampak positif terhadap pengalaman pasien dan kepatuhan terhadap terapi.

7. *Shared decision making*

Menggaris bawahi keterlibatan pasien dalam menentukan pilihan perawatan yang sesuai dengan nilai, preferensi, serta kebutuhan mereka. Konsep ini sejalan dengan prinsip layanan berpusat pada pasien, yang menempatkan pasien sebagai mitra aktif dalam perjalanan kesehatannya. Studi Brown et al. (2016) menunjukkan bahwa ketika pasien dilibatkan secara aktif dalam diskusi tentang risiko dan manfaat opsi klinis, tingkat kepuasan dan kepatuhan terhadap rencana perawatan juga meningkat. Keterlibatan aktif pasien dalam diskusi klinis. Menurut Elwyn et al. (2012), diskusi terbuka mengenai pilihan pengobatan meningkatkan rasa kepemilikan pasien terhadap keputusan yang diambil, sehingga memperkuat pengalaman perawatan yang berorientasi pada pasien, keputusan medis yang mempertimbangkan preferensi pasien tidak hanya meningkatkan kepuasan, tetapi juga

meningkatkan kesesuaian terapi dengan kebutuhan individu pasien (Charles et al., 1997). Pentingnya waktu refleksi bagi pasien sebelum mengambil keputusan. Elwyn et al. (2012) menyatakan bahwa pemberian waktu yang memadai meningkatkan kualitas keputusan dan mengurangi penyesalan pascakeputusan, yang berdampak positif pada pengalaman pasien dan ketika pasien memersepsikan adanya keputusan bersama, pengalaman perawatan menjadi lebih positif karena pasien merasa memiliki peran dan kontrol dalam proses kesehatannya.

8. *Self-management support*

Mencerminkan dukungan yang diberikan kepada pasien untuk mengelola kondisi kesehatan mereka secara mandiri diluar setting klinik. Ini mencakup edukasi gaya hidup sehat menjadi bagian integral dari perawatan. Edukasi yang relevan dan kontekstual membantu pasien memahami hubungan antara perilaku sehari-hari dan kondisi kesehatannya, sehingga memperkuat rasa tanggung jawab dan kepercayaan diri pasien, alat pemantauan diri, serta dukungan psikososial untuk membantu pasien mengatasi tantangan penyakit kronis, menjaga gaya hidup sehat, dan meningkatkan kualitas hidup. Menurut AHRQ (2017), dukungan ini adalah aspek penting dari pengalaman pasien karena memperkuat kapasitas personal pasien dalam merespons kebutuhan kesehatan mereka sendiri dan memitigasi ketergantungan yang tidak perlu pada layanan akut keyakinan individu terhadap kemampuannya mengelola kondisi kesehatan. Bandura (1997) menyatakan bahwa peningkatan self-efficacy merupakan indikator keberhasilan intervensi kesehatan dan berhubungan langsung dengan pengalaman pasien yang positif serta keberlanjutan perilaku sehat pascaperawatan. Lorig dan Holman (2003) menjelaskan bahwa perencanaan tindakan membantu pasien merespons gejala secara tepat dan mengurangi ketergantungan pada layanan kesehatan, yang berdampak positif terhadap persepsi kemandirian dan pengalaman pasien.

Sehingga, delapan domain pengalaman pasien menurut AHRQ (2017) berkonvergensi pada gagasan bahwa pengalaman pasien adalah hasil interaksi yang

kompleks antara dimensi budaya, komunikasi, koordinasi, akses, penghormatan terhadap martabat pasien, serta keterlibatan aktif pasien dalam keputusan klinis dan pengelolaan kesehatannya. Variabel-variabel ini bukan hanya mencerminkan persepsi subyektif pasien terhadap layanan, tetapi juga berimplikasi langsung terhadap kualitas klinis, kepatuhan terhadap rencana perawatan, serta hasil kesehatan jangka panjang. Oleh karena itu, memahami dan mengukur pengalaman pasien melalui domain-domain ini menjadi sangat penting dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien dan sistem kesehatan yang responsif.

Terdapat juga pengukuran *Patient experience* yaitu salah satu alat ukur penting dalam menilai mutu pelayanan di rumah sakit. Menurut Wong dan Haggerty (2013), terdapat enam dimensi utama dalam *patient experience*, yaitu:

- a. Akses (Access) Kemudahan pasien dalam memperoleh kontak pertama dengan fasilitas kesehatan, termasuk kemudahan akomodasi dan aspek ekonomi.
- b. Komunikasi Interpersonal (Interpersonal Communication) Bentuk komunikasi yang dilakukan secara sopan, saling menghormati, terbuka, serta melibatkan pasien dalam setiap keputusan medis.
- c. Kontinuitas dan Koordinasi (Continuity and Coordination) Keberlangsungan hubungan pasien dengan tenaga kesehatan serta keterpaduan informasi dan koordinasi antarunit pelayanan.
- d. Layanan Komprehensif (Comprehensiveness of Service) Ketersediaan jenis pelayanan yang mencakup promosi kesehatan, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi.
- e. Kepercayaan (Trust) Keyakinan pasien terhadap sistem pelayanan kesehatan dan kompetensi penyedia layanan.
- f. Laporan Perkembangan Pasien (Patient-Reported Impacts of Care) Evaluasi terhadap perkembangan kondisi pasien selama menjalani perawatan.

Menurut *Institute of Medicine* (2001), dimensi *patient experience* meliputi penghormatan terhadap nilai dan preferensi pasien, pemenuhan kebutuhan serta

keinginan pasien, koordinasi dan integrasi pelayanan, penyediaan informasi dan edukasi, kenyamanan fisik, dukungan emosional, keterlibatan keluarga, transisi dan kesinambungan pelayanan, serta akses terhadap perawatan. Sementara itu, Keller et al. (2005) melakukan pengujian validitas dan reliabilitas terhadap sembilan dimensi tersebut, dan menghasilkan tujuh domain yang dikenal sebagai *HCAHPS Survey (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)*, meliputi:

- a. Komunikasi dengan perawat mencakup rasa hormat, kemampuan mendengarkan, dan keterampilan berkomunikasi.
- b. Komunikasi dengan dokter mencakup kejelasan informasi dan sikap empati.
- c. Responsivitas mencerminkan ketanggapan tenaga kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pasien.
- d. Kenyamanan fisik mencakup kebersihan, kenyamanan lingkungan, dan kemudahan akses bagi keluarga.
- e. Kontrol terhadap nyeri upaya tenaga medis dalam membantu pasien mengurangi rasa nyeri.
- f. Komunikasi tentang obat kejelasan penjelasan terkait obat dan pengobatan.
- g. Informasi pemulangan (discharge information) informasi yang diberikan kepada pasien saat keluar dari rumah sakit.

Adapun pengukuran *patient experience* menurut SIPES (2010) dan HCAHPS (2008) yaitu pendaftaran rumah sakit (*admission to hospital*), lingkungan rumah sakit dan rawat inap (*hospital and ward environment*), perawatan dan pengobatan (*care and treatment*), operasi dan prosedur (*operation and procedures*), tenaga kesehatan (*hospital staff*), meninggalkan rumah sakit (*leaving hospital*) dan manajemen nyeri (*paint management*). (Yuniarti, et al 2022)

Selain itu, menurut SIPES (2010) dan HCAHPS (2008), indikator pengukuran *patient experience* mencakup beberapa tahapan pelayanan, yaitu pendaftaran (*admission*), lingkungan rumah sakit dan rawat inap, perawatan dan pengobatan, tindakan operasi dan prosedur, interaksi dengan tenaga kesehatan, proses keluar dari rumah sakit, serta manajemen nyeri (Yuniarti et al., 2022).

Lebih lanjut, instrumen yang paling sering digunakan untuk menilai *patient experience* adalah *Picker Patient Experience Questionnaire (PPE-15)* yang dikembangkan oleh *Picker Institute* (2011). Instrumen ini terdiri atas delapan dimensi utama (Jenkinson et al., 2002; Mitropoulos et al., 2018), yaitu:

- a. Informasi dan Edukasi Pasien dan keluarga diharapkan memperoleh informasi yang akurat, tepat waktu, dan mudah dipahami mengenai kondisi kesehatan, pemeriksaan, serta tindakan medis.
- b. Koordinasi Pelayanan Menggambarkan kemampuan staf dalam memahami kondisi pasien, memberikan perhatian, serta mengkoordinasikan pelayanan antarunit secara efektif.
- c. Kenyamanan Fisik Menyangkut kebersihan, privasi, dan kenyamanan lingkungan; tenaga medis diharapkan cepat tanggap dalam memenuhi kebutuhan pasien terkait nyeri dan perawatan.
- d. Dukungan Emosional Pasien membutuhkan empati dan dukungan psikologis dalam menghadapi rasa takut, kekhawatiran finansial, dan ketidakpastian terhadap penyakitnya.
- e. Preferensi dan Penghargaan terhadap Pasien Pasien diharapkan diakui keberadaannya, diberikan informasi yang memadai, serta dilibatkan dalam pengambilan keputusan medis.
- f. Keterlibatan Keluarga dan Teman Fasilitas pelayanan harus menghargai peran keluarga sebagai sumber dukungan utama dan memberikan mereka informasi mengenai perawatan pasien.
- g. Kontinuitas dan Transisi Menekankan pentingnya kesinambungan perawatan setelah pasien pulang, termasuk informasi tentang obat, diet, serta rencana tindak lanjut.
- h. Akses terhadap Pelayanan Pasien harus dapat dengan mudah mengakses layanan kesehatan sesuai kebutuhan dan memperoleh respons yang cepat dari pihak rumah sakit.

2.3 Health Provision

2.3.1 Pengertian *Health Provision*

Kualitas merupakan keseluruhan karakteristik dari suatu produk, baik barang maupun jasa, yang mampu memenuhi kebutuhan dan memberikan kepuasan kepada pengguna sesuai dengan spesifikasi yang diharapkan (Indrasari, 2019). Pelayanan, menurut Moenir (1995), adalah proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas langsung yang dilakukan oleh orang lain. Dalam kehidupan manusia, pelayanan menjadi kebutuhan dasar yang terbagi menjadi dua jenis, yakni pelayanan fisik yang bersifat pribadi, dan pelayanan administratif yang diberikan oleh pihak lain dalam suatu organisasi (Syaibani, 2010).

Pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai segala bentuk upaya, baik yang dilakukan secara individu maupun kelompok, untuk memelihara, meningkatkan, mencegah, menyembuhkan, dan memulihkan kesehatan masyarakat (Gurning, 2018). Konsep kualitas layanan kesehatan bersifat kompleks dan multidimensional, sehingga sulit ditentukan melalui satu definisi tunggal (McManus & Rilinger, n.d.). Menurut Tjiptono (2005), kualitas pelayanan mencerminkan upaya pemenuhan kebutuhan dan harapan pelanggan. Wyckof (1990, dalam Tjiptono, 2005) menjelaskan bahwa kualitas pelayanan adalah “tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian terhadap tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan.” Sementara itu, Parasuraman et al. (1988) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai persepsi atau evaluasi konsumen terhadap pelayanan yang diterimanya pada waktu tertentu.

Dari dua pandangan tersebut, dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu *expected service* (pelayanan yang diharapkan konsumen) dan *perceived service* (pelayanan yang dirasakan konsumen). Suatu layanan dinilai berkualitas apabila pelayanan yang dirasakan melebihi ekspektasi pengguna jasa. Penilaian terhadap kualitas layanan mencakup bagaimana proses pelayanan disampaikan dan sejauh mana penyedia layanan memenuhi harapan pasien. Kualitas pelayanan yang baik mampu meningkatkan

kepuasan pengguna, membangun hubungan jangka panjang antara pasien dan institusi kesehatan, serta memperkuat loyalitas pasien terhadap layanan tersebut. Hubungan yang kuat ini memungkinkan rumah sakit untuk memahami secara lebih mendalam kebutuhan dan harapan pasien, sehingga dapat memberikan nilai tambah dan meningkatkan kepercayaan serta kepuasan mereka. Dengan demikian, kualitas pelayanan kesehatan dapat disimpulkan sebagai ukuran terhadap sejauh mana suatu institusi pelayanan kesehatan mampu memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien, guna mencapai derajat kesehatan optimal serta meningkatkan kepuasan pengguna layanan.

Kualitas pasien (*patient-perceived quality*) merupakan konsep yang menggambarkan bagaimana pasien menilai mutu layanan kesehatan berdasarkan pengalaman langsung, keyakinan personal, serta ekspektasi terhadap pelayanan yang diterima. Menurut Donabedian (1988), kualitas pelayanan kesehatan dibentuk oleh tiga komponen utama *structure*, *process*, dan *outcome* yang berfungsi sebagai standar formal untuk memastikan mutu pelayanan. Namun, dalam realitasnya, sering muncul kesenjangan antara standar pelayanan dan persepsi pasien, karena penilaian kualitas tidak hanya didasarkan pada aspek teknis, tetapi juga pada elemen emosional dan subjektif dari pengalaman pasien. Seperti dijelaskan Parasuraman et al. (1985) melalui model SERVQUAL, perbedaan antara harapan dan pengalaman aktual merupakan sumber utama dari ketidakpuasan atau persepsi kualitas yang rendah.

Kesenjangan ini semakin jelas karena persepsi pasien dibentuk oleh keyakinan, pengalaman masa lalu, budaya, dan informasi dari lingkungan sosial, sehingga standar pelayanan yang objektif belum tentu sesuai dengan standar kognitif yang dimiliki pasien. Menurut Health Belief Model (Rosenstock, 1974), keputusan dan penilaian pasien terkait pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh persepsi risiko, manfaat, dan hambatan yang dirasakan. Misalnya, pasien yang yakin bahwa tindakan medis harus dilakukan dengan cepat akan menilai pelayanan lambat meskipun tenaga kesehatan sedang mengikuti protokol medis yang benar. Hal ini menunjukkan

bahwa keyakinan personal dapat menjadi sumber utama kesenjangan persepsi-standar.

Selain itu, kualitas pelayanan juga dinilai dari hubungan interpersonal, seperti empati, komunikasi, keramahan, dan penghargaan tenaga kesehatan terhadap kondisi emosional pasien. (Zeithaml, et.al 1993) menekankan bahwa aspek fungsional cara pelayanan diberikan sering kali lebih memengaruhi persepsi mutu dibandingkan aspek teknis pelayanan. Ketika komunikasi tidak berjalan efektif atau informasi tidak dijelaskan secara menyeluruh, pasien dapat membentuk persepsi negatif terhadap kualitas, meskipun standar pelayanan sudah terpenuhi secara profesional. Dengan demikian, kesenjangan kualitas bukan hanya persoalan teknis, tetapi juga merupakan hasil interaksi antara ekspektasi, persepsi subjektif, dan pengalaman emosional pasien.

2.3.2 Dimensi-Dimensi Pelayanan Kesehatan

Kualitas pelayanan berfokus pada upaya pemenuhan kebutuhan serta harapan pasien yang didasarkan pada peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian, layanan yang diberikan harus selaras dengan persepsi dan ekspektasi pasien terhadap mutu pelayanan tersebut. Salah satu model pengukuran yang paling banyak digunakan adalah SERVQUAL yang dikembangkan oleh Parasuraman et al. (1991). Model ini menilai kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan dan yang dirasakan pasien melalui lima dimensi utama, yaitu:

1. Keandalan (Reliability) kemampuan rumah sakit memberikan layanan secara tepat, cepat, dan akurat sejak awal tanpa kesalahan.
2. Jaminan (Assurance) mencerminkan pengetahuan, keterampilan, serta sikap tenaga kesehatan dalam menumbuhkan rasa aman dan kepercayaan pasien.
3. Bukti fisik (Tangibles) meliputi kondisi fasilitas, peralatan, serta penampilan tenaga kesehatan yang merepresentasikan profesionalisme rumah sakit.
4. Empati (Empathy) perhatian dan keramahan tenaga kesehatan yang diberikan secara personal dengan memahami kebutuhan dan kondisi pasien.

5. Daya tanggap (Responsiveness) kesiapan staf rumah sakit untuk membantu pasien dan memberikan informasi secara cepat dan tepat.

Model SERVQUAL digunakan untuk mengukur kesenjangan antara harapan dan persepsi pasien terhadap layanan yang diterima. Ketika kelima dimensi tersebut terpenuhi, pasien akan memiliki pengalaman pelayanan positif yang berujung pada kepuasan dan loyalitas. Namun, model ini dianggap belum mencakup seluruh kompleksitas layanan kesehatan yang bersifat multidimensi (Tam 2007). Oleh karena itu, sejumlah peneliti mengembangkan model turunan seperti HEALTHQUAL, HospitalQual, dan PubHosQual untuk mengakomodasi konteks layanan kesehatan yang lebih luas (Carman, 1990; (Endeshaw 2021).

Terdapat juga Model HEALTHQUAL, Model ini dikembangkan oleh Camilleri (1998) dan mencakup enam dimensi, yaitu:

1. Proses penerimaan pasien (*admission processes*);
2. Sikap dokter (*attitudes of medical staff*);
3. Sikap perawat (*attitudes of nursing officers*);
4. Lingkungan rumah sakit (*ward/hospital environment*);
5. Fasilitas pasien (*patients' amenities/facilities*);
6. Perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning and coordination*).

Model HospitalQual yang dikembangkan oleh Itumalla et al. (2014) berfungsi untuk memantau, mengendalikan, dan meningkatkan kualitas layanan pasien rawat inap di rumah sakit umum. Model ini menekankan pengukuran kualitas secara internal agar rumah sakit dapat meningkatkan efisiensi dan kepuasan pasien. Model PubHosQual, Selanjutnya, Aagja dan Garg (2010) menggabungkan elemen-elemen dari kedua model di atas untuk membentuk PubHosQual, yang berfokus pada evaluasi kualitas layanan rumah sakit umum secara holistik melalui lima dimensi:

- a. Patient Admission yaitu mencakup prosedur penerimaan pasien, pendaftaran, dan penanganan kondisi darurat.

- b. Medical Service menilai kecepatan, ketepatan, keamanan, dan kenyamanan pasien selama menerima layanan medis serta kejelasan informasi yang diberikan.
- c. Overall Services yaitu menilai layanan tambahan seperti kebersihan, estetika fasilitas, edukasi kesehatan, dan kesiapan staf.
- d. Hospital Discharge yaitu menilai efektivitas proses pemulangan, kelengkapan informasi tindak lanjut, serta panduan pasca-rawat.
- e. Hospital Social Responsibility yaitu mengukur tanggung jawab sosial dan etika rumah sakit dalam memberikan layanan yang adil tanpa diskriminasi serta kepedulian terhadap pasien kurang mampu.

Dalam penelitian ini, model PubHosQual dipilih karena dianggap paling sesuai untuk menilai kualitas layanan rumah sakit secara menyeluruh mulai dari tahap penerimaan hingga pemulangan pasien. Berbeda dengan SERVQUAL yang fokus pada persepsi pasien terhadap proses pelayanan tertentu, PubHosQual mengevaluasi keseluruhan pengalaman pasien (*end-to-end service*) dan mencakup dimensi tanggung jawab sosial yang tidak terdapat dalam SERVQUAL. Selain itu, ambang batas toleransi pengukuran PubHosQual berada di atas 0,5, sedangkan SERVQUAL hanya 0,5, menunjukkan sensitivitas pengukuran yang lebih tinggi.

Menurut Institute of Medicine (2001), kualitas layanan kesehatan yang baik diukur melalui enam tujuan utama: keselamatan pasien, efektivitas, berpusat pada pasien, ketepatan waktu, efisiensi, dan keadilan. Prinsip ini menjadi dasar pengembangan kerangka modern seperti *Integrated People-Centred Health Services* (IPCHS) dari WHO, yang menekankan layanan kesehatan harus aman, efektif, terintegrasi, serta menghargai dimensi sosial dan budaya pasien.

Layanan yang berpusat pada pasien mencakup enam aspek utama:

1. Penghormatan terhadap nilai, preferensi, dan kebutuhan pasien;
2. Koordinasi dan integrasi perawatan;
3. Komunikasi yang efektif dan empatik;

4. Pengurangan ketidaknyamanan fisik;
5. Dukungan emosional; dan
6. Keterlibatan sosial pasien melalui keluarga dan komunitas.

a. *The Quality Of Healthcare Services*

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor utama yang menentukan keberhasilan sistem pelayanan kesehatan serta pengalaman yang dirasakan oleh pasien. Kualitas pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai tingkat di mana pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu maupun populasi mampu meningkatkan kemungkinan tercapainya hasil kesehatan yang diharapkan serta sesuai dengan pengetahuan profesional terkini dalam bidang kesehatan. Definisi ini dikemukakan oleh Lois M. Lohr yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah *“the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge”* (Lohr, 1990). Definisi tersebut menekankan bahwa kualitas pelayanan kesehatan tidak hanya berkaitan dengan prosedur medis yang diberikan, tetapi juga dengan sejauh mana pelayanan tersebut mampu memberikan manfaat nyata terhadap kondisi kesehatan pasien.

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan yang baik memiliki dampak positif terhadap peningkatan hasil kesehatan pasien, tingkat kepuasan pasien, serta pengalaman pasien dalam sistem pelayanan kesehatan. Menurut *Agency for Healthcare Research and Quality*, pelayanan kesehatan yang berkualitas mampu meningkatkan keselamatan pasien, efektivitas pengobatan, serta kepuasan pasien terhadap layanan yang diterima (AHRQ, 2017). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Michael P. Manary dan rekan-rekannya menunjukkan bahwa pengalaman pasien menjadi indikator penting dalam menilai kualitas sistem pelayanan kesehatan karena pengalaman tersebut mencerminkan bagaimana pelayanan kesehatan diberikan dan dirasakan oleh pasien (Manary et al., 2013). Dengan demikian, kualitas pelayanan kesehatan memiliki keterkaitan yang erat dengan bagaimana pasien menilai manfaat pelayanan kesehatan yang mereka terima.

Konsep kualitas pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh prinsip-prinsip peningkatan mutu yang diperkenalkan dalam laporan “*Crossing the Quality Chasm*” yang diterbitkan oleh Institute of Medicine. Laporan tersebut mengidentifikasi enam tujuan utama dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, yaitu keselamatan pasien (*patient safety*), efektivitas pelayanan (*effectiveness*), pelayanan yang berpusat pada pasien (*patient-centeredness*), ketepatan waktu pelayanan (*timeliness*), efisiensi pelayanan (*efficiency*), serta keadilan dalam pelayanan kesehatan (*equity*) (Institute of Medicine, 2001). Prinsip-prinsip ini kemudian menjadi landasan penting dalam evaluasi dan pengembangan sistem pelayanan kesehatan di berbagai negara (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018). Dalam kerangka tersebut, pelayanan yang berpusat pada pasien menekankan pentingnya memahami kebutuhan, preferensi, serta pengalaman pasien selama menjalani proses perawatan sehingga sistem pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang lebih responsif terhadap kebutuhan pasien.

Konsep kualitas pelayanan kesehatan juga berkembang melalui inisiatif *Integrated People-Centred Health Services* (IPCHS) yang diperkenalkan oleh World Health Organization. Dalam kerangka ini, pelayanan kesehatan yang berkualitas didefinisikan sebagai pelayanan yang aman, efektif, berpusat pada masyarakat, tepat waktu, efisien, adil, serta terintegrasi (World Health Organization, 2018). Pendekatan ini menekankan pentingnya pelayanan kesehatan yang berkelanjutan dan terkoordinasi antara berbagai tingkat pelayanan kesehatan, sehingga kebutuhan kesehatan pasien dapat dipenuhi secara menyeluruh. Pelayanan kesehatan yang terintegrasi memungkinkan terciptanya hubungan yang lebih baik antara pasien dan tenaga kesehatan melalui komunikasi yang efektif, koordinasi pelayanan yang baik, serta kesinambungan pelayanan kesehatan sepanjang kehidupan pasien (World Health Organization, 2015).

Selain berbagai konsep tersebut, salah satu teori dasar yang paling banyak digunakan dalam evaluasi kualitas pelayanan kesehatan adalah Model Kualitas

Pelayanan Kesehatan Donabedian yang dikemukakan oleh Avedis Donabedian. Model ini merupakan kerangka konseptual yang menjelaskan bahwa kualitas pelayanan kesehatan dapat dinilai melalui tiga komponen utama, yaitu structure, process, dan outcome (Donabedian, 2002). Model ini telah digunakan secara luas dalam penelitian kesehatan untuk menilai bagaimana sistem pelayanan kesehatan memberikan layanan yang berkualitas kepada pasien.

Komponen pertama dalam model ini adalah structure, yang merujuk pada sumber daya yang tersedia dalam sistem pelayanan kesehatan, seperti fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, peralatan medis, serta teknologi yang digunakan dalam proses pelayanan kesehatan. Struktur pelayanan kesehatan yang memadai dapat menciptakan lingkungan pelayanan yang aman, nyaman, serta mampu mendukung proses pelayanan kesehatan yang optimal. Ketersediaan fasilitas kesehatan yang bersih, modern, dan dilengkapi dengan teknologi medis yang memadai dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap sistem pelayanan kesehatan.

Komponen kedua adalah process, yang mengacu pada bagaimana pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien. Proses pelayanan kesehatan mencakup interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien, proses diagnosis, pemberian pengobatan, serta komunikasi yang terjadi selama proses pelayanan berlangsung. Proses pelayanan yang baik ditandai dengan komunikasi yang jelas antara tenaga kesehatan dan pasien, perhatian tenaga medis terhadap keluhan pasien, serta pemberian pelayanan yang konsisten dan profesional. Proses pelayanan kesehatan yang efektif dapat membantu pasien memahami kondisinya serta meningkatkan kepercayaan pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Komponen ketiga adalah outcome, yang berkaitan dengan hasil dari pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien. Outcome pelayanan kesehatan dapat berupa peningkatan kondisi kesehatan pasien, efektivitas pengobatan yang diberikan, serta tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang

diterima. Hasil pelayanan kesehatan yang baik menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan mampu memberikan manfaat nyata bagi pasien dalam mengatasi keluhan kesehatan yang dialami. Konsep ini juga diperkuat dalam penelitian berjudul *From Structure to Outcome: The Role of the Donabedian Model in Global Health Service Management Research (1987–2024)* yang menjelaskan bahwa model Donabedian menjadi kerangka utama dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan melalui tiga komponen utama, yaitu struktur pelayanan, proses pelayanan, dan hasil pelayanan kesehatan.

Dalam praktik pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan juga tercermin dari bagaimana pasien merasakan manfaat pelayanan kesehatan terhadap kondisi kesehatannya. Pasien cenderung menilai pelayanan kesehatan berkualitas ketika pelayanan tersebut mampu meningkatkan kondisi kesehatan mereka serta memberikan pengobatan yang efektif dalam mengatasi keluhan yang dialami. Selain itu, kepercayaan pasien terhadap sistem pelayanan kesehatan juga menjadi indikator penting dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan, terutama ketika pasien merasa bahwa sistem pelayanan kesehatan mampu memperhatikan kesejahteraan pasien secara menyeluruh.

Kualitas pelayanan kesehatan juga berkaitan dengan konsistensi pelayanan yang diberikan kepada setiap pasien tanpa memandang latar belakang sosial maupun karakteristik individu pasien. Pelayanan kesehatan yang adil dan konsisten menunjukkan bahwa sistem pelayanan kesehatan memberikan perlakuan yang sama kepada setiap pasien sesuai dengan kebutuhan medis yang dimiliki. Selain itu, rasa aman yang dirasakan pasien selama menjalani prosedur medis serta ketepatan diagnosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan juga menjadi indikator penting dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan. Diagnosis yang akurat harus didasarkan pada evaluasi medis yang menyeluruh sehingga dapat membantu menentukan pengobatan yang tepat bagi pasien. Sehingga kualitas pelayanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan, tetapi juga oleh bagaimana proses pelayanan diberikan serta hasil kesehatan yang dicapai oleh pasien. Pendekatan ini menunjukkan

bahwa kualitas pelayanan kesehatan merupakan hasil dari interaksi antara sumber daya pelayanan kesehatan, proses pelayanan yang diberikan kepada pasien, serta hasil kesehatan yang diperoleh pasien, sebagaimana dijelaskan dalam model kualitas pelayanan kesehatan yang dikemukakan oleh Donabedian.

b. *The Responsiveness of Healthcare*

Konsep *Health System Responsiveness* merupakan salah satu pendekatan penting dalam menilai kinerja sistem kesehatan yang berfokus pada pengalaman pasien selama berinteraksi dengan layanan kesehatan. Responsivitas sistem kesehatan merujuk pada kemampuan sistem kesehatan untuk merespons kebutuhan, harapan, serta hak-hak pasien secara tepat dan manusiawi selama proses pelayanan kesehatan berlangsung. Konsep ini menekankan bahwa keberhasilan sistem kesehatan tidak hanya diukur dari hasil kesehatan yang dicapai, tetapi juga dari bagaimana pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien (World Health Organization, 2000).

Konsep responsivitas sistem kesehatan dikembangkan oleh World Health Organization dalam laporan World Health Report 2000, yang menyebutkan bahwa sistem kesehatan memiliki tiga tujuan utama, yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melindungi masyarakat dari beban finansial akibat penyakit, serta memastikan sistem kesehatan berjalan secara efisien dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat (World Health Organization, 2000). Dalam konteks ini, responsivitas sistem kesehatan mengacu pada kemampuan sistem kesehatan dalam memenuhi "*legitimate expectations*" atau harapan yang wajar dari masyarakat selama mereka berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan (Busse, 2013).

Menurut Valentine et al. (2003), konsep responsivitas sistem kesehatan berfokus pada aspek non-medis dari pelayanan kesehatan, yaitu bagaimana pasien diperlakukan selama menerima layanan kesehatan. Hal ini berbeda dengan konsep kualitas pelayanan kesehatan yang lebih menitikberatkan pada aspek klinis atau hasil medis dari pelayanan kesehatan. Dengan demikian, responsivitas

sistem kesehatan merupakan salah satu indikator penting dalam menilai pengalaman pasien (*patient experience*) dalam sistem pelayanan kesehatan.

Kerangka *WHO Health System Responsiveness Framework* mengidentifikasi beberapa dimensi utama yang mencerminkan kemampuan sistem kesehatan dalam merespons kebutuhan pasien. Dimensi tersebut meliputi *dignity, autonomy, confidentiality, prompt attention, quality of amenities, communication, access to social support, dan choice of provider* (Valentine et al., 2003; World Health Organization, 2000).

Dimensi *dignity* berkaitan dengan penghormatan terhadap martabat pasien selama menerima pelayanan kesehatan. Pasien harus diperlakukan secara manusiawi, tanpa adanya diskriminasi berdasarkan latar belakang sosial, ekonomi, gender, maupun kondisi kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan yang responsif, setiap pasien memiliki hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil dan bermartabat selama proses pelayanan berlangsung.

Dimensi *autonomy* mengacu pada hak pasien untuk terlibat dalam pengambilan keputusan terkait perawatan yang akan dijalani. Pasien memiliki hak untuk memperoleh informasi yang memadai mengenai kondisi kesehatannya serta berbagai pilihan pengobatan yang tersedia sehingga dapat berpartisipasi secara aktif dalam menentukan tindakan medis yang akan dilakukan. Keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan medis juga dapat meningkatkan kepuasan dan pengalaman pasien terhadap pelayanan kesehatan.

Dimensi *confidentiality* berkaitan dengan perlindungan terhadap kerahasiaan informasi medis pasien. Sistem pelayanan kesehatan harus memastikan bahwa informasi kesehatan pasien dijaga kerahasiaannya serta hanya digunakan untuk kepentingan pelayanan medis. Selain itu, privasi pasien juga harus dijaga selama proses pemeriksaan maupun perawatan berlangsung. Dimensi *prompt attention* menggambarkan kemampuan sistem kesehatan dalam memberikan pelayanan secara cepat dan tepat waktu. Hal ini mencakup waktu tunggu yang wajar dalam

mendapatkan pelayanan kesehatan, respons cepat terhadap kondisi darurat, serta proses pelayanan yang tidak berbelit-belit. Sistem kesehatan yang responsif mampu memberikan pelayanan dengan waktu tunggu yang tidak terlalu lama sehingga pasien dapat segera memperoleh penanganan yang dibutuhkan.

Selain itu, dimensi *quality of amenities* berkaitan dengan kualitas fasilitas fisik dan kenyamanan lingkungan pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan yang bersih, nyaman, dan memadai dapat meningkatkan pengalaman pasien selama menerima pelayanan kesehatan. Lingkungan pelayanan yang baik juga dapat mendukung proses penyembuhan pasien secara optimal. Dimensi *communication* mengacu pada kualitas komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien. Komunikasi yang efektif memungkinkan pasien untuk memahami kondisi kesehatannya dengan lebih baik serta merasa lebih nyaman dalam menyampaikan keluhan maupun pertanyaan kepada tenaga kesehatan. Sistem kesehatan yang responsif juga memberikan akses yang mudah bagi pasien untuk memperoleh informasi administratif maupun prosedural terkait pelayanan kesehatan.

Selanjutnya, dimensi *access to social support* menekankan pentingnya dukungan sosial bagi pasien selama menjalani proses perawatan. Sistem pelayanan kesehatan yang responsif memungkinkan pasien untuk mendapatkan dukungan dari keluarga maupun orang terdekat selama menjalani perawatan, terutama dalam situasi tertentu seperti rawat inap. Dimensi terakhir yaitu *choice of provider*, yang mengacu pada hak pasien untuk memilih penyedia layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan preferensinya. Kemampuan pasien untuk memilih fasilitas kesehatan maupun tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap sistem pelayanan kesehatan.

Dalam praktiknya, sistem kesehatan yang responsif juga ditandai dengan kemudahan akses pasien terhadap informasi terkait prosedur pelayanan kesehatan, proses administrasi yang efisien, serta pelayanan yang transparan dan

jelas. Proses administrasi yang tidak berbelit-belit dapat membantu pasien memperoleh layanan kesehatan dengan lebih cepat dan nyaman. Selain itu, sistem kesehatan yang responsif juga memberikan ruang bagi pasien untuk menyampaikan keluhan, masukan, maupun saran terkait pelayanan kesehatan yang diterima.

Responsivitas sistem kesehatan juga berkaitan erat dengan pendekatan berbasis hak asasi manusia dalam pelayanan kesehatan. Banyak dimensi responsivitas, seperti penghormatan terhadap martabat pasien, perlindungan privasi, serta hak pasien untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan medis, merupakan bagian dari prinsip-prinsip hak asasi manusia dalam pelayanan kesehatan (Valentine et al., 2003; World Health Organization, 2000).

c. *The Politics of Healthcare*

Konsep *politics of healthcare* menjelaskan bahwa sistem pelayanan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh aspek klinis atau medis, tetapi juga oleh dinamika kekuasaan, kepentingan politik, serta kebijakan yang mengatur sistem kesehatan. Politik dalam konteks kesehatan merujuk pada proses interaksi antar pemangku kepentingan yang memiliki kepentingan, kekuasaan, dan pengaruh yang berbeda dalam menentukan arah kebijakan serta pengelolaan pelayanan kesehatan (Bambra et al., 2005).

Secara teoritis, fenomena ini dapat dijelaskan melalui pendekatan *Political Economy of Health* atau *Health Policy Theory*. Pendekatan ini menekankan bahwa kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari struktur sosial, ekonomi, dan politik yang melingkupinya. Pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor struktural seperti kebijakan pemerintah, distribusi sumber daya kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan, serta relasi kekuasaan di antara aktor yang terlibat dalam sistem kesehatan. Oleh karena itu, pengalaman pasien dalam menerima layanan kesehatan tidak hanya terbentuk dari interaksi langsung dengan tenaga kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh bagaimana

sistem kesehatan diatur melalui kebijakan publik dan mekanisme tata kelola kesehatan (Tritter, 2009).

Dalam praktiknya, politik kesehatan sering kali mempengaruhi bagaimana kebijakan kesehatan dirumuskan dan diimplementasikan. Kebijakan kesehatan dapat mengalami perubahan seiring dengan dinamika kepentingan politik dan prioritas pemerintah yang sedang berkuasa. Perubahan kebijakan yang terlalu sering dapat berdampak pada stabilitas sistem pelayanan kesehatan serta mempengaruhi keberlanjutan program pelayanan kesehatan yang telah berjalan. Selain itu, pengaruh kepentingan politik dalam pengambilan kebijakan juga dapat menimbulkan potensi ketidakadilan dalam distribusi layanan kesehatan apabila kebijakan yang diambil tidak sepenuhnya didasarkan pada kebutuhan kesehatan masyarakat secara objektif.

Dalam sistem kesehatan, ketimpangan distribusi sumber daya kesehatan juga dapat terjadi akibat pengaruh politik dalam penentuan prioritas pembangunan kesehatan. Ketidakmerataan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, maupun teknologi kesehatan dapat mempengaruhi akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan yang baik harus berorientasi pada prinsip keadilan dan pemerataan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

Selain itu, sistem birokrasi dalam pelayanan kesehatan juga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi kualitas layanan kesehatan. Prosedur administratif yang terlalu kompleks dan birokrasi yang berlapis-lapis dapat menghambat efektivitas pelayanan kesehatan serta memperlambat proses pelayanan kepada pasien. Kondisi ini menunjukkan bahwa tata kelola sistem kesehatan yang efisien sangat diperlukan untuk memastikan pelayanan kesehatan dapat diberikan secara cepat, tepat, dan berkualitas.

Transparansi dalam pengelolaan sumber daya kesehatan juga merupakan aspek penting dalam politik kesehatan. Sistem kesehatan harus mampu

mengelola dana publik secara transparan dan akuntabel agar dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap institusi pelayanan kesehatan. Pengelolaan sumber daya kesehatan yang transparan juga penting untuk memastikan bahwa dana kesehatan digunakan secara optimal untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, kebijakan yang diterapkan juga harus selalu disesuaikan dengan kebutuhan nyata yang terjadi di lapangan. Kebijakan kesehatan yang tidak mempertimbangkan kondisi operasional di fasilitas kesehatan dapat menimbulkan berbagai kendala dalam implementasinya. Oleh karena itu, penting bagi pembuat kebijakan untuk mempertimbangkan perspektif tenaga kesehatan dan kondisi pelayanan kesehatan di lapangan dalam proses perumusan kebijakan kesehatan.

Dari perspektif penyedia layanan kesehatan, politik kesehatan juga mempengaruhi bagaimana pelayanan diberikan kepada pasien. Tenaga kesehatan sering menghadapi berbagai keterbatasan dalam memberikan pelayanan karena adanya regulasi, standar operasional, maupun tekanan kebijakan dari tingkat manajemen atau pembuat kebijakan. Dalam beberapa situasi, tenaga kesehatan juga dapat mengalami tekanan dalam pengambilan keputusan klinis akibat adanya tuntutan administratif atau kebijakan tertentu yang harus dipatuhi. Kondisi ini menunjukkan bahwa hubungan antara kebijakan kesehatan dan praktik pelayanan kesehatan sangat erat dan dapat mempengaruhi kualitas pelayanan yang diterima oleh pasien.

Dalam sistem pelayanan kesehatan, perbedaan kekuasaan juga terjadi antara berbagai kelompok penyedia layanan kesehatan seperti dokter, perawat, dan manajer mutu. Selain itu, terdapat pula ketimpangan kekuasaan antara tenaga kesehatan dan pasien dalam proses pelayanan kesehatan (Allen et al., 2016). Ketimpangan kekuasaan ini dapat mempengaruhi komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien, tingkat partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan medis, serta pengalaman pasien selama menjalani proses pelayanan kesehatan.

Tritter (2009) menjelaskan bahwa kekuasaan dan kepentingan para pemangku kepentingan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pengalaman pasien. Apabila dimensi politik dalam sistem kesehatan diabaikan, maka upaya peningkatan akuntabilitas penyedia layanan kesehatan, peningkatan kualitas pelayanan, serta perbaikan pengalaman pasien dapat mengalami hambatan (Allen et al., 2016; Grimen, 2009). Oleh karena itu, analisis terhadap politik kesehatan menjadi penting dalam memahami bagaimana kualitas pelayanan kesehatan dan pengalaman pasien terbentuk dalam suatu sistem pelayanan kesehatan.

Salah satu kerangka analisis yang sering digunakan untuk memahami konflik kepentingan dalam sistem kesehatan dikembangkan oleh Robert R. Alford melalui konsep *structural interests in the health system*. Alford (1975) mengidentifikasi tiga kelompok utama yang memiliki kepentingan berbeda dalam sistem kesehatan, yaitu *healthcare providers*, *corporate rationalizers*, dan *community*. Kelompok *healthcare providers*, yang sebagian besar terdiri dari profesi medis seperti dokter, dianggap memiliki kepentingan dominan dalam sistem kesehatan. Dominasi ini muncul karena adanya monopoli profesional yang memberikan kontrol besar terhadap praktik medis dan pengelolaan layanan kesehatan. Kepentingan ini sering kali berkaitan dengan upaya mempertahankan otonomi profesi serta pengaturan biaya pelayanan kesehatan.

Kelompok kedua adalah *corporate rationalizers*, yang terdiri dari manajer rumah sakit, pembuat kebijakan kesehatan, profesional kesehatan masyarakat, dan peneliti. Kelompok ini berupaya menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang lebih efisien dan terorganisasi dengan baik. Namun, kepentingan kelompok ini sering kali bertentangan dengan kepentingan profesi medis yang ingin mempertahankan otonomi profesional mereka (Hunter, 2008).

Kelompok ketiga adalah *community*, yaitu masyarakat atau pasien yang merupakan penerima langsung layanan kesehatan. Dalam kerangka Alford, kepentingan masyarakat sering berada pada posisi yang lebih lemah atau tertekan (*repressed interests*) karena keterbatasan kekuasaan dalam mempengaruhi

kebijakan kesehatan maupun praktik pelayanan kesehatan (Williamson, 2008). Perbedaan kepentingan antara ketiga kelompok tersebut mencerminkan adanya dinamika politik dalam sistem kesehatan yang dapat mempengaruhi bagaimana kebijakan kesehatan dirumuskan, bagaimana pelayanan kesehatan diberikan, serta bagaimana pengalaman pasien terbentuk dalam sistem pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pemahaman mengenai politik kesehatan menjadi penting dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan serta menciptakan pengalaman pasien yang lebih baik

2.4 Matriks Penelitian

Tabel 2 Matriks Penelitian

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan	Metode	Hasil Penelitian
1.	(Gao et al. 2022)	Patient satisfaction and its health provider-related determinants in primary health facilities in rural China	Untuk mengeksplorasi kepuasan pasien dan faktor penentu yang terkait dengan penyedia layanan kesehatan di antara fasilitas kesehatan primer di pedesaan Tiongkok.	Kumpulan data tersebut terdiri dari 1.138 kasus klinik di 728 fasilitas kesehatan primer Informasi mengenai interaksi konsultasi antara Pasien dan dokter.	Hasil menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan penyedia layanan kesehatan, seperti karakteristik tingkat dokter, proses konsultasi, keterjangkauan, dan kemudahan, memiliki korelasi yang signifikan dengan kepuasan pasien di antara dokter primer.
2.	(Fatima, Malik, and Shabbir 2018)	Hospital healthcare service quality, patient	untuk menjelaskan pandangan pasien terhadap penyedia	Data dianalisis melalui statistik deskriptif,	Hasil penelitian menegaskan bahwa kualitas layanan kesehatan yang lebih baik

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan	Metode	Hasil Penelitian
		satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems	layanan kesehatan swasta.	varians metode umum, reliabilitas, korelasi, dan regresi.	cenderung membangun kepuasan dan loyalitas di antara pasien. Aspek kualitas layanan kesehatan berhubungan positif dengan loyalitas pasien yang dimediasi melalui kepuasan pasien.
3	(Schmalensee and Hendricks 2025)	Pengaruh Kualitas Pelayanan Dan Kualitas Hubungan Terhadap Efektivitas Pelayanan Serta Implikasinya Pada Kepuasan Pasien Rawat Jalan (Survey Di Rsud Sultan Imanuddin Pangkalan Bun)	Untuk mengetahui, mengkaji dan menganalisis pengaruh kualitas pelayanan dan kualitas hubungan terhadap efektivitas pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah	Metode kuantitatif dengan melakukan survei melalui penyebaran kuesioner kepada 271 responden	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan dan kualitas hubungan memiliki pengaruh positif dan signifikan secara parsial dan simultan terhadap efektivitas pelayanan.

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan	Metode	Hasil Penelitian
			(RSUD) Sultan Imanuddin		
4	(Laila and Paramarta 2024)	Pengaruh Kualitas Pelayanan Pada Kepuasan Pasien Dan Konsekuensinya Terhadap Loyalitas di Rumah Sakit	untuk mengetahui pengaruh kualitas pelayanan pada kepuasan pasien dan konsekuensinya terhadap loyalitas di rumah sakit.	Metode penelitian yang digunakan yaitu kualitatif dengan pendekatan studi pustaka atau kajian pustaka. Sumber	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan merupakan faktor kunci yang berkontribusi secara signifikan terhadap tingkat kepuasan pasien.
5.	Izadi et al (2017)	Evaluating Health Service Quality : Using Importance Performance Analysis	Mengukur kualitas pelayanan kesehatan	Penelitian ini merupakan deskriptifanalitik Sampel penelitian menggunakan stratified	Terdapat kesenjangan (gap) antara harapan dan kenyataan pasien. Dimensi kepuasan yang menjadi prioritas yaitu tangibility

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan	Metode	Hasil Penelitian
				random sampling	
6.	Multia Ranum Sari, Ilvana Ardiwirastuti, Berliana Septy Harvianda (2020)	Hubungan Kepuasan Pasien Dengan Loyalitas Pasien Di Rsgm Iik Bhakti Wiyata Kediri	Untuk mengetahui hubungan kepuasan pasien terhadap loyalitas pasien di RSGM IIK Bhakti Wiyata Kediri.	Penelitian observasional analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Analisis data menggunakan uji korelasi Spearman	Ada hubungan signifikan tingkat rendah antara kepuasan pasien dengan loyalitas pasien dalam berkunjung ke RSGM IIK Bhakti Wiyata Kediri, $p= 0,001$, $r= 0,352$.
7	Sabri Hasan, Aditya Halim Perdana Kusuma Putra (2018)	Loyalitas Pasien Rumah Sakit Pemerintah: Ditinjau Dari Perspektif Kualitas Layanan, Citra, Nilai Dan Kepuasan	Untuk menganalisa loyalitas pasien dari perspektif kualitas layanan, citra, nilai dan kepuasan pasien	Analitik kuantitatif dengan metode analisis <i>Structural Equation Method (SEM)</i>	Hasil penelitian ini menyatakan bahwa dari 10 Hipotesis, 9 hipotesis berpengaruh signifikan terhadap variabel yang diteliti kecuali hipotesis nomor 6 dan 7 "Citra Rumah Sakit tidak berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien dan loyalitas pasien.

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan	Metode	Hasil Penelitian
			rumah sakit di Kota Makassar.		
8	Taqdees Fatima, Shahab Alam Malik, Asma Shabbir (2018)	<i>Hospital Healthcare Service Quality, Patient Satisfaction and Loyalty: An Investigation in context of Private Healthcare Systems</i>	Untuk mengukur persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan terhadap kesehatan serta pengaruh persepsi terhadap kepuasan loyalitas pasien.	Analitik kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i>	Kualitas layanan kesehatan yang lebih baik cenderung membangun kepuasan dan loyalitas di antara pasien. Aspek kualitas pelayanan kesehatan (yaitu, lingkungan fisik, lingkungan ramah pelanggan, daya tanggap, komunikasi, privasi & keselamatan) berhubungan positif dengan loyalitas pasien yang dimediasi melalui kepuasan pasien.

2.5 Mapping Teori

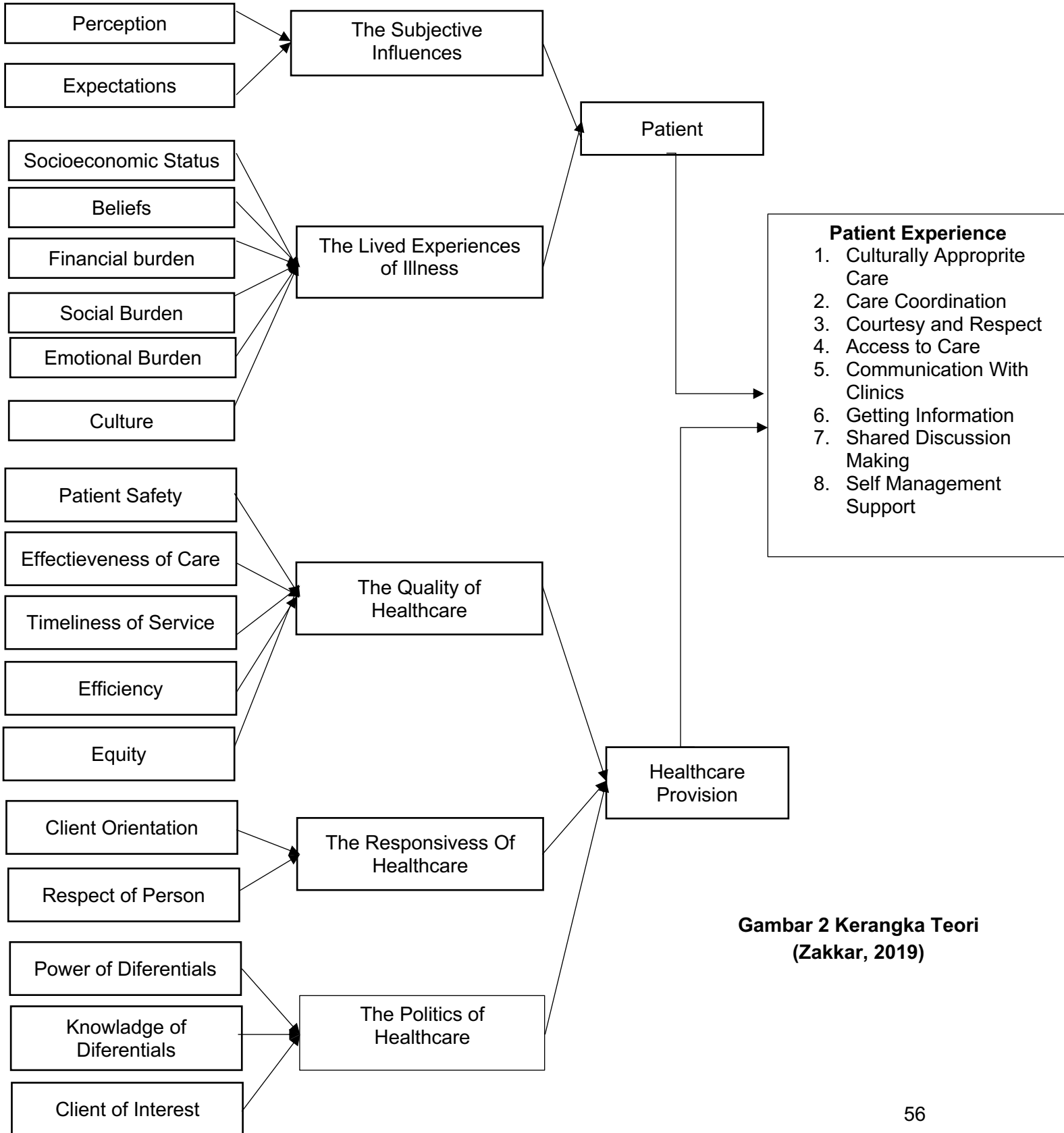
Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan sebelumnya, terdapat beberapa teori yang mewakili ke tiga variable yang akan diteliti.

Tabel 3 Mapping Teori

The Patient	Healthcare Provision	Patient Experience
<p>Moustasem Zakkar (2019)</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>The Lived Experience of Illness</i> <i>The Subjective Influences</i> <p>(McManus and Rillingers n.d 2025).</p> <ol style="list-style-type: none"> Persepsi Harapan Status Sosial Ekonomi Keyakinan Beban Finansial Beban Sosial Beban Emosional Budaya <p>Menurut Notoatmodjo (2012)</p> <ol style="list-style-type: none"> perilaku lingkungan pelayanan kesehatan keturunan <p>Menurut WHO (2008)</p> <ol style="list-style-type: none"> Faktor Sosial Ekonomi Pendidikan 	<p>(Jerant et al., 2018; Zinckernagel et al., 2017).</p> <ol style="list-style-type: none"> Keselamatan Pasien Efektivitas Perawatan Ketepatan Waktu Layanan Efisiensi Keadilan <p>Moustasem Zakkar (2019)</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>The Quality of Healtcare</i> <i>The Responsiveness of Healthcare</i> <i>The Politics of Healthcare</i> <p>Parasuraman et al, 1988 SERVQUAL</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Reability</i> <i>Assurance</i> <i>Tangibles</i> <i>Empathy</i> <i>Responsiveness</i> <p>Camilleri dan O'Callaghan, 1998 HEALTHQUAL</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Admission Processes</i> <i>Attitudes Of Medical Staff Doctors</i> <i>Attitudes Of Nursing Officers</i> <i>Ward / Hospital Environment</i> <i>Patient's Amenities/Facilities</i> 	<p>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2017</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Culturally Appropriate Care</i> <i>Care Coordination</i> <i>Courtesy and Respect</i> <i>Access to Care</i> <i>Communication with Clinicians</i> <i>Getting Information</i> <i>Shared Decision Making</i> <i>Self Management Support</i> <p>(NHS & Scottish Government,2014)</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Admission To Hospital</i> <i>Hospital and Ward Environment</i> <i>Care and Treatment</i> <i>Operation and Prosedures</i> <i>Hospital Staff</i> <i>Discharge Information</i> <i>Leaving Hospital</i> <p>(Wilde & Larsson, 2009)</p>

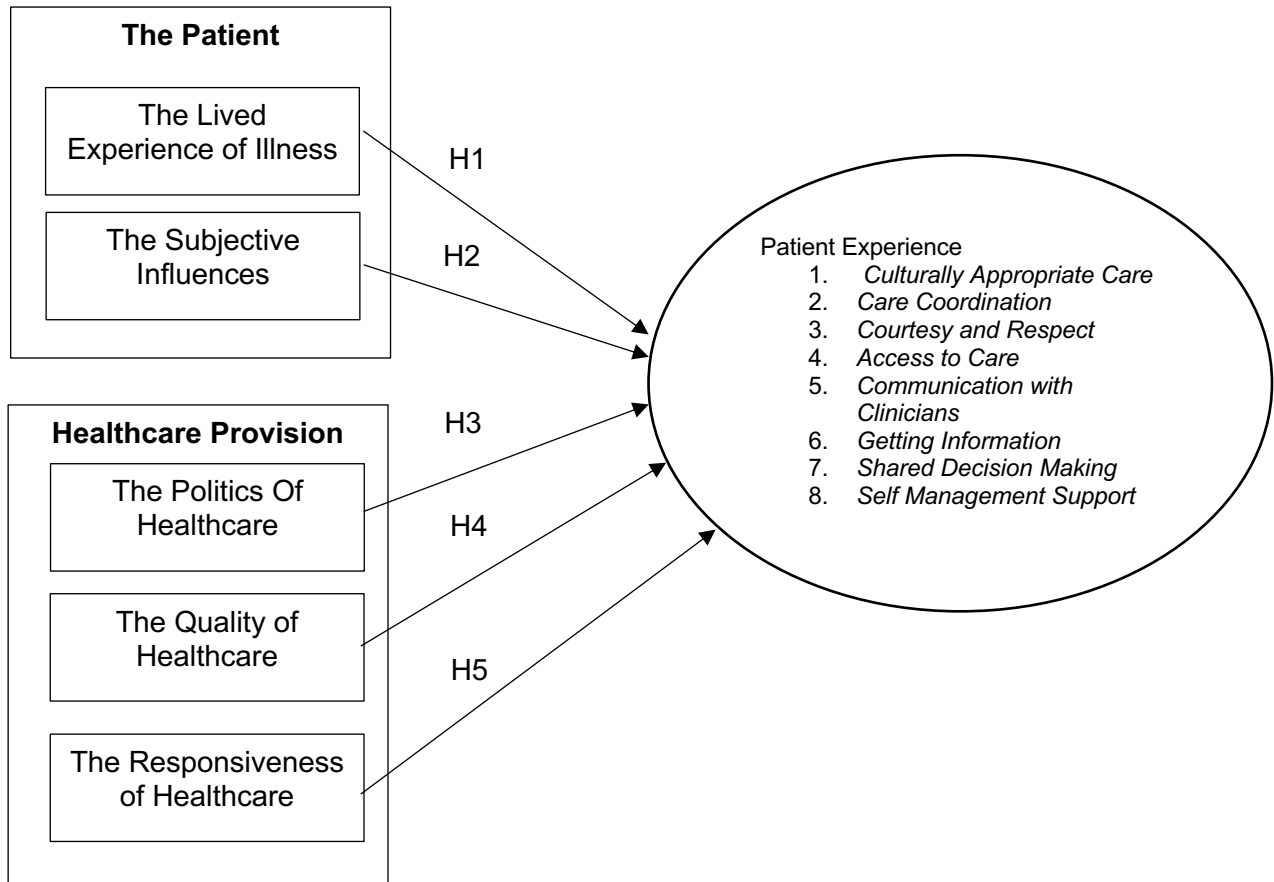
The Patient	Healthcare Provision	Patient Experience
<p>2. Akses terhadap layanan</p> <p>3. Lingkungan Fisik</p> <p>4. Dukungan Sosial</p> <p>5. Kondisi Psikologis</p> <p>Menurut Green & Kreuter (1997)</p> <p>1. <i>Predisposing Factors</i></p> <p>2. <i>Enabling Factors</i></p> <p>3. <i>Reinforcing Factors</i></p>	<p>6. <i>Discharge Planning And Coordination</i></p> <p>Aagja dan Garg, 2010 PubHosQual</p> <p>1. <i>Patient Admission</i></p> <p>2. <i>Medical Service</i></p> <p>3. <i>Overall Services</i></p> <p>4. <i>Hospital Discharge</i></p> <p>5. <i>Hospitals Social</i></p> <p>6. <i>Responsibility</i></p> <p>Itumalla et al, 2014 HospitalQual</p> <p>1. <i>Medical Service</i></p> <p>2. <i>Nursing Services</i></p> <p>3. <i>Supportive Services</i></p> <p>4. <i>Administrative Services</i></p> <p>5. <i>Patient Safety</i></p> <p>6. <i>Patient Communication</i></p> <p>7. <i>Hospital Infrastructure</i></p>	<p>1. <i>Medical Technical Competence</i></p> <p>2. <i>Physical Technical Condition</i></p> <p>3. <i>Identify Oriented Approach</i></p> <p>4. <i>Socio Cultural Atmosphere</i></p> <p>(Keller et al, 2005)</p> <p>1. <i>Care from Doctors</i></p> <p>2. <i>Care from Nurses</i></p> <p>3. <i>Staff Responsiveness</i></p> <p>4. <i>Pain Management</i></p> <p>5. <i>Communication of Medicin.</i></p> <p>6. <i>Discharge Information</i></p> <p>7. <i>Hospital Environment</i></p> <p>(Jenkinson et al., 2002)</p> <p>1. <i>Information & Education</i></p> <p>2. <i>Coordination of Care</i></p> <p>3. <i>Physical Comfort</i></p> <p>4. <i>Emotional Support</i></p> <p>5. <i>Respect for Patient</i></p> <p>6. <i>Involvement of Family & Friends</i></p> <p>7. <i>Transition & Continuity</i></p>

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2 Kerangka Teori (Zakkar, 2019)

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 3 Kerangka Konsep

2.8 Hipotesis Penelitian

a. Hipotesis Null (Ho)

- 1) Tidak Ada Pengaruh *The Lived Experience of Illness* Terhadap *Patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
- 2) Tidak Ada Pengaruh *The Subjective Influences* Terhadap *Patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
- 3) Tidak Ada Pengaruh *The Politics of Healthcare* Terhadap *Patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
- 4) Tidak Ada Pengaruh *The Quality of Healthcare* Terhadap *Patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
- 5) Tidak Ada Pengaruh *The Responsiveness of Healthcare* Terhadap *Patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako

b. Hipotesis alternatif (ha)

- 1) Ada Pengaruh *The Lived Experience of Illness* Terhadap *Patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
- 2) Ada Pengaruh *The Subjective Influences* Terhadap *Patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
- 3) Ada Pengaruh *The Politics of Healthcare* Terhadap *Patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
- 4) Ada Pengaruh *The Quality of Healthcare* Terhadap *Patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowako
- 5) Ada Pengaruh *The Responsiveness of Healthcare* Terhadap *Patient experience* di Rumah Sakit Inco Sorowak

2.9 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 4 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No.	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif
1	<i>The Lived Experience of Illness</i>			
	Pengalaman menghadapi penyakit menimbulkan berbagai beban fisik, emosional, finansial, dan sosial selain dampak medis langsung. Dalam perspektif antropologi medis (Kleinman, 1978), penyakit dan kesehatan dipandang sebagai sistem budaya yang membentuk model penjelasan (<i>explanatory models</i>) tentang penyakit	1. <i>The Lived Experience of Illness</i> . Bagi pasien dan keluarganya, pengalaman menghadapi penyakit dapat menimbulkan berbagai beban, termasuk beban kesehatan, emosional, finansial, dan sosial, selain dampak fisik langsung dari penyakit tersebut, yang manifestasi dalam gejala-gejala beragam seperti nyeri dan kecemasan.	Kuesioner sebanyak 10 pertanyaan dengan skala pengukuran menggunakan skala likert. 1. Skor tertinggi = $10 \times 4 = 40$ 2. Skor terendah = $10 \times 1 = 10$ 3. Interval skor = $40 - 10/2 = 15$ Kriteria penilaian $40-15 = 25$	1. Kurang Baik : skor < 25 2. Baik skor ≥ 25

No.	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif
	<p>dari sudut pandang pasien, keluarga, dan dokter. (Zakkar, 2019)</p>			
2	<i>The Subjective Influences</i>			
	<p>Faktor internal pasien seperti harapan (<i>expectations</i>) dan persepsi (<i>perceptions</i>) yang membentuk bagaimana pasien menilai layanan kesehatan. Pasien datang dengan harapan tertentu terhadap kualitas, komunikasi, dan privasi, yang didasarkan pada pengalaman masa lalu,</p>	<p>Pengaruh subjektif pasien. Pengaruh subjektif pasien adalah faktor-faktor subjektif yang memengaruhi <i>patient experience</i>. Ada dua pengaruh subjektif utama: ekspektasi dan persepsi. Ketika pasien mencari layanan kesehatan, mereka membawa berbagai jenis ekspektasi tentang layanan tersebut, termasuk ekspektasi tentang kualitas layanan, komunikasi dengan penyedia layanan, dan privasi pasien.</p>	<p>Kuesioner sebanyak 10 pertanyaan dengan skala pengukuran menggunakan skala likert.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skor tertinggi = $10 \times 4 = 40$ 2. Skor terendah = $10 \times 1 = 10$ 3. Interval skor = $40 - 10/2 = 15$ 4. Kriteria penilaian = $40 - 15 = 25$ 	<ol style="list-style-type: none"> a. Kurang Baik : skor < 25 b. Baik skor ≥ 25

No.	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif
	pengetahuan, budaya, dan kepercayaan pribadi (Press, 2006).			
3	<i>The Quality of Healthcare</i>			
	Menurut Lohr (1990) dan Institute of Medicine (2001), kualitas layanan kesehatan adalah sejauh mana layanan kesehatan meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan dan konsisten dengan pengetahuan profesional terkini.	<p>1. Kualitas layanan kesehatan. Kualitas layanan kesehatan adalah "tingkat di mana layanan kesehatan bagi individu dan populasi meningkatkan kemungkinan tercapainya hasil kesehatan yang diinginkan dan sesuai dengan pengetahuan profesional terkini.</p>	<p>Kuesioner 6 pertanyaan dengan menggunakan skala likert.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skor tertinggi = $6 \times 4 = 24$ 2. Skor terendah = $6 \times 1 = 6$ 3. Skor Interval = $24 - 6 / 2 = 9$ 4. Kriteria penilaian = $24 - 9 = 15$ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang Baik : skor < 15 2. Baik skor ≥ 15

No.	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif
4	<i>The Politics of Healthcare</i>			
	Politik menggambarkan relasi kekuasaan dan konflik kepentingan di antara pemangku kepentingan (Bambra et al., 2005; Alford, 1975).	Politik dalam sistem kesehatan dan perspektif penyedia layanan kesehatan. Politik merujuk pada ekspresi kekuatan dan konflik para pemangku kepentingan, serta strategi yang digunakan untuk menyelesaikan konflik tersebut	Kuesioner 8 pertanyaan dengan menggunakan skala likert. 1. Skor tertinggi = $8 \times 4 = 32$ 2. Skor terendah = $8 \times 1 = 8$ 3. Skor Interval = $32 - 8 / 2 = 12$ 4. Kriteria penilaian = $32 - 12 = 20 / 2 = 12$	1. Kurang Baik : skor < 20 2. Baik skor ≥ 20

No.	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif
5	<i>The Responsiveness of Healthcare</i>			
	Menurut WHO (2000), responsivitas adalah kemampuan sistem kesehatan menanggapi kebutuhan non-medis dan harapan sah pasien selama berinteraksi dengan sistem kesehatan. Responsivitas dibangun di atas dua prinsip utama: Respect for persons dan Client orientation	Responsivitas sistem kesehatan mengacu pada respons terhadap “ekspektasi yang sah” dan kebutuhan non-kesehatan masyarakat selama interaksi mereka dengan sistem kesehatan. Dengan mengidentifikasi seperangkat ekspektasi yang sah, diterima secara sosial, dan dapat diukur, responsivitas berfokus pada interaksi pasien dengan sistem kesehatan dan berusaha meminimalkan dampak ekspektasi pribadi lainnya	Kuesioner 7 pertanyaan dengan menggunakan skala likert. 1. Skor tertinggi = $7 \times 4 = 28$ 2. Skor terendah = $7 \times 1 = 7$ 3. Skor Range = $28 - 7 / 2 = 10.5$ 4. Kriteria penilaian = $28 - 10,5 = 17,5$	1. Kurang Baik : skor < 17.5 2. Baik skor ≥ 17.5
6.	<i>Patient experience</i>			
	<i>Patient experience</i> adalah observasi langsung	1. <i>Culturally Appropriate Care (Perawatan yang sesuai budaya)</i> Tingkat di mana	Menggunakan kuisisioner sebanyak 33 pertanyaan	1. Negatif = jika total jawaban

No.	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif
	<p>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,</p>	<p>layanan kesehatan disesuaikan dengan kepercayaan, nilai, dan praktik budaya pasien, dinilai berdasarkan persepsi pasien tentang keberagaman budaya, penerimaan, dan sensitivitas tenaga kesehatan terhadap latar belakang budaya mereka.</p> <p>2. Care Coordination (Koordinasi Perawatan) Kemampuan sistem dan tenaga medis dalam mengintegrasikan layanan kesehatan secara efisien, termasuk komunikasi antar penyedia, kemudahan akses ke layanan lanjutan, dan</p>	<p>dengan menggunakan skala likert</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skor tertinggi = $33 \times 4 = 132$ 2. Skor terendah = $33 \times 1 = 33$ 3. Skor Standar = $132 - 33 = 99$ 4. Interval Skor = $132 - 33 / 2 = 49,5$ 5. Skor = $132 - 49,5 = 82,5$ 	<p>responden <82,5</p> <p>2. Positif= jika total jawaban responden $\geq 82,5$</p>

No.	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif
	<p>kondisi manajemen dan informasi tentang manfaat atau efek dari pengobatan, serta menerima peluang untuk diskusi masalah.</p>	<p>kelancaran transisi perawatan antara berbagai fasilitas atau profesional kesehatan.</p> <p>3. <i>Courtesy and Respect</i> (Sopan santun dan hormat) Tingkat di mana pasien merasa diperlakukan dengan sopan, hormat, dan ramah oleh tenaga kesehatan selama proses pelayanan, sebagaimana diukur melalui persepsi dan pengalaman langsung pasien.</p> <p>4. <i>Access to Care</i> (Akses ke layanan) Kemudahan dan kecepatan pasien dalam memperoleh layanan kesehatan saat dibutuhkan, termasuk kemudahan</p>		

No.	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif
		<p>membuat janji, jarak dan waktu tunggu, serta ketersediaan layanan.</p> <p>5. <i>Communication with Clinicians</i> (Komunikasi dengan Tenaga Medis) Kualitas komunikasi antara pasien dan tenaga medis, termasuk kemampuan tenaga medis dalam mendengarkan, menjelaskan secara jelas, dan memastikan pemahaman pasien mengenai kondisi dan pengobatan.</p> <p>6. <i>Getting Information</i> (Mendapatkan Informasi) Tingkat keberhasilan dalam menyampaikan informasi kepada pasien mengenai</p>		

No.	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif
		<p>diagnosis, pengobatan, dan perawatan pasca kunjungan, yang dinilai melalui persepsi dan tingkat kepuasan pasien terhadap ketersediaan dan kejelasan informasi.</p> <p>7. Shared Decision Making (Pengambilan keputusan bersama) Tingkat di mana pasien dilibatkan aktif dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan dan pengobatan mereka, termasuk keikutsertaan dalam diskusi pilihan pengobatan dan pilihan alternatif.</p> <p>8. Self Management Support (Dukungan manajemen diri) Dukungan yang diberikan oleh</p>		

No.	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif
		<p>tenaga kesehatan untuk membantu pasien mengelola kondisi kesehatan mereka sendiri, termasuk penyediaan informasi, edukasi, dan strategi untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam mengontrol kesehatannya.</p>		

