Indonesian Journal of Hospital Administration **Available *online* at http://ejournal.almaata.ac.id/index.php/IJHAA**
Vol.9, No.2, 2026: 213-231 **DOI** : http://dx.doi.org/10.21927/ijhaa.2026.9(2).213-231

Strategi Peningkatan Citra Rumah Sakit Mata Provinsi Kalimantan Timur Pasca *Rebranding* melalui Analisis SWOT dan TOWS: Studi Kasus Kualitatif

Ghedira Virdana Addiza*, Muhammad Rafli Aidillah, Dwi Ida Puspitasari, Andik Supriyatno

Program Studi Administrasi Kesehatan, Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur, Indonesia
Jalan Kadrie Oening Gang Monalisa No.77, Air Hitam, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur, Indonesia

*Email: ghediraaddiza@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang : *Rebranding* rumah sakit tidak hanya mengubah nama dan identitas visual, tetapi juga menuntut pengalaman layanan yang konsisten dengan identitas baru. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan menggambarkan persepsi pasien dan upaya komunikasi pasca *rebranding* di Rumah Sakit Mata Provinsi Kalimantan Timur. Penelitian ini juga mengidentifikasi faktor strategis internal dan eksternal serta merumuskan alternatif strategi peningkatan citra dan pelayanan. **Metode:** Studi kasus kualitatif ini melibatkan 12 pasien (wawancara mendalam) dan tiga perwakilan manajemen (*Focus Group Discussion*). Data dianalisis dengan model Miles dan Huberman dibantu NVivo. Faktor strategis dipetakan dengan matriks IFAS, EFAS, dan TOWS. Pasien menilai positif profesionalisme dan keramahan tenaga kesehatan, kebersihan fasilitas, dan citra rumah sakit. Sebagian besar pasien bersedia merekomendasikannya. Hambatan yang dilaporkan meliputi alur pendaftaran manual yang panjang, waktu tunggu, ruang tunggu dan parkir yang terbatas, serta miskomunikasi antarpetugas. **Hasil** : Skor *strength* 4,90 dan *weakness* 4,71 menghasilkan X = +0,18, sedangkan skor *opportunity* 4,43 dan *threat* 4,65 menghasilkan Y = −0,22. Titik ini berada pada kuadran *strength–threat*, dekat dengan titik pusat. **Kesimpulan** : Analisis kepekaan menunjukkan bahwa posisi ini bergantung pada klasifikasi faktor eksternal. Strategi yang dirumuskan mencakup penyederhanaan alur pendaftaran, pelatihan komunikasi petugas, penambahan kursi dan petunjuk parkir, serta pengembangan konsultasi daring secara bertahap. Penguatan citra pasca rebranding perlu berjalan bersama perbaikan proses layanan dan komunikasi petugas.

Kata Kunci: citra rumah sakit; *rebranding;* SWOT; TOWS; pelayanan kesehatan

Copyright © 2026 by Authors, published by Indonesian Journal of Hospital Administration. This is an open-access article distributed under the CC BY-SA 4.0 License. Visit http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/

Strategies to Improve the Image of the East Kalimantan Provincial Eye Hospital After Rebranding Using SWOT and TOWS Analysis: A Qualitative Case Study

Abstract

Bacground : *Hospital rebranding involves more than a new name and visual identity. It also requires a service experience that is consistent with the new identity. Objectives : This study aimed to describe patient perceptions and communication efforts after rebranding at the East Kalimantan Provincial Eye Hospital. It also identified internal and external strategic factors and formulated alternative strategies to improve hospital image and services.* ***Methods:*** *This qualitative case study involved 12 patients (in-depth interviews) and three hospital management representatives (Focus Group Discussion). Data were analysed using the Miles and Huberman model with NVivo. Strategic factors were mapped with IFAS, EFAS, and TOWS matrices. Patients viewed the professionalism and friendliness of health workers, facility cleanliness, and the hospital image positively. Most were willing to recommend the hospital. Reported barriers were a long manual registration flow, waiting time, limited waiting-room and parking capacity, and miscommunication between staff.* ***Results :*** *Scores of 4.90 for strengths and 4.71 for weaknesses gave X = +0.18, while 4.43 for opportunities and 4.65 for threats gave Y = −0.22. The hospital was placed in the strength–threat quadrant, close to the origin. Sensitivity analysis showed that this position depends on how external factors are classified.* ***Conclusion :*** *The strategies formulated include simplifying registration, communication training for staff, adding seating and parking signage, and a staged development of online consultation. Strengthening the post-rebranding image should proceed together with improvements in service processes and staff communication.*

Keywords: *hospital image; rebranding; SWOT; TOWS; health services*

Artikel info :
diterima 05 Oktober 2026; direvisi[1] 22 Oktober 2026; direvisi[2] 22 Oktober 2026; disetujui 26 Oktober 2026, tersedia secara daring 31 Oktober 2026; dipublikasikan 31 Oktober 2026

PENDAHULUAN

Citra rumah sakit adalah persepsi pasien dan masyarakat terhadap kualitas layanan, reputasi, dan identitas institusi. Penelitian di Indonesia dan negara lain menunjukkan bahwa citra rumah sakit berkaitan dengan kepuasan, niat kunjungan ulang, dan loyalitas pasien (1,2), serta memengaruhi keputusan pasien dalam memilih fasilitas kesehatan (3). Karena itu, rumah sakit mulai mengelola citranya secara sengaja, salah satunya melalui *rebranding. Rebranding* mencakup perubahan nama, simbol, dan unsur visual. Namun, bukti yang ada menunjukkan bahwa perubahan identitas saja tidak cukup. Studi kasus *rebranding* sebuah rumah sakit di

Makassar menempatkan komunikasi pemasaran terpadu, yang menjaga keseragaman pesan di berbagai media, dan pelibatan pegawai sebagai kunci perubahan persepsi publik (4). Survei pada pasien rawat jalan di Accra melaporkan bahwa kualitas tenaga medis dan unsur berwujud memprediksi citra merek dan niat kunjungan ulang, sedangkan unsur merek seperti nama dan logo tidak memprediksi niat kunjungan ulang (5). Dengan kata lain, pengalaman layanan menentukan apakah identitas baru dipercaya pasien.

Pada layanan rawat jalan, pengalaman itu sangat dipengaruhi hal-hal operasional. Kepuasan berkaitan dengan lamanya menunggu, dan persepsi pasien terhadap lama menunggu dapat lebih berpengaruh daripada durasi aktual (6,7). Ukuran ruang tunggu, tempat duduk, dan papan petunjuk memengaruhi pengalaman menunggu (8). Survei di sebuah rumah sakit tersier di Shenyang mendapati bahwa komunikasi dokter dan faktor lingkungan berkaitan dengan kepuasan rawat jalan, dan penulisnya menyarankan penyederhanaan tata letak bagi pengunjung pertama (9). Di Indonesia, komunikasi petugas pendaftaran dilaporkan berhubungan dengan kepuasan pasien rawat jalan (10,11).

Rumah Sakit Mata Provinsi Kalimantan Timur di Samarinda memperbarui identitasnya menjadi Rumah Sakit Mata Bakti Etam, dan menjalankan promosi melalui media sosial, edukasi dan skrining kesehatan mata, kegiatan luar gedung, serta media internal. Studi pendahuluan pada lima informan menunjukkan adanya kebingungan pasien terhadap alur pelayanan dan kendala biaya dalam promosi. Penelitian terdahulu di rumah sakit yang sama sebelum rebranding juga menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat masih terbatas. Pada survei potong lintang terhadap 440 responden di Kalimantan Timur, 83,6% tidak mengetahui bahwa rumah sakit ini menyediakan layanan LASIK, 86,4% tidak pernah melihat iklan atau promosinya di media sosial, dan 75,7% tidak mengetahui bahwa layanan kesehatan mata di rumah sakit ini dapat diakses dengan BPJS Kesehatan (12). Pada responden pasien, keluarga atau teman (53,1%) dan tenaga kesehatan (34,4%) menjadi sumber informasi utama, sedangkan media sosial hanya 12,5% (12). Jumlah responden pasien pada angka ini dan kesesuaiannya dengan data mentah laporan. Laporan kebijakan lanjutan menyebut adanya penurunan kunjungan pasien, terutama pasien BPJS, tanpa menyajikan angka kunjungan (13). Temuan ini bersifat deskriptif, belum menjelaskan penyebabnya, dan diperoleh sebelum *rebranding.* Karena itu, temuan tersebut dipakai sebagai gambaran awal kesenjangan informasi, bukan sebagai ukuran dampak *rebranding.* Salah satu penulis artikel ini merupakan anggota tim peneliti kedua laporan tersebut. Analisis SWOT dengan pembobotan IFAS dan EFAS telah digunakan untuk menyusun strategi pengembangan layanan di rumah sakit di Indonesia (14). Namun, studi rebranding rumah sakit yang ditelaah terutama membahas komunikasi pemasaran atau mengukur hubungan antar variabel citra secara kuantitatif

(1,4,5). Studi kepuasan rawat jalan yang ditelaah umumnya bersifat kuantitatif dan tidak menempatkan temuannya dalam konteks perubahan identitas rumah sakit (6,7,8,9). Dalam rujukan yang ditelaah, penulis belum menemukan studi yang memadukan pengalaman pasien dan penilaian manajemen untuk merumuskan strategi peningkatan citra pada rumah sakit khusus mata setelah rebranding. Pernyataan ini perlu didukung penelusuran literatur yang terdokumentasi (basis data, kata kunci, periode). Penelitian ini mengisi kekosongan tersebut secara kontekstual pada satu kasus. Tujuannya adalah menggambarkan persepsi pasien dan upaya komunikasi rumah sakit pasca rebranding, mengidentifikasi faktor strategis internal dan eksternal, serta merumuskan alternatif strategi peningkatan citra dan pelayanan.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus di Rumah Sakit Mata Provinsi Kalimantan Timur, Jalan M. Yamin, Samarinda. Data dikumpulkan pada 29 Juni sampai 21 Juli 2026. Informan terdiri atas dua kelompok. Informan utama adalah 12 pasien yang sedang atau pernah memperoleh pelayanan dari rumah sakit tersebut (kriteria inklusi). Pasien yang baru pertama kali datang dan masih menunggu di ruang tunggu, sehingga belum menerima pelayanan dari tenaga medis maupun nonmedis, tidak diikutsertakan (kriteria eksklusi). Informan kunci adalah tiga perwakilan manajemen, yaitu kepala bagian tata usaha, penanggung jawab Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS), dan perwakilan bagian hukum. Informan dipilih secara purposif dengan pendekatan *maximum variation* (15).

Jumlah informan pasien ditentukan berdasarkan kejenuhan data, yaitu wawancara dihentikan ketika tidak lagi ditemukan informasi baru, kejenuhan tercapai pada informan ke berapa dan bagaimana ditetapkan, misalnya tidak ada kode atau tema baru pada sekian wawancara berturut-turut. Seluruh pasien yang diundang diperiksa kesesuaiannya dengan kriteria sebelum wawancara. Jumlah pasien yang menolak, tidak memenuhi syarat setelah penapisan, atau mengundurkan diri beserta alasannya. Jika tidak ada, tulis: Tidak ada pasien yang menolak, tidak ada yang mengundurkan diri, dan tidak ada data informan yang dikeluarkan dari analisis.

Wawancara pasien dan fasilitasi FGD dilakukan oleh peneliti termasuk MRA Ketua Program Studi Administrasi Kesehatan. Jenis kelamin pewawancara dan fasilitator; pengalaman wawancara kualitatif, fasilitasi FGD, atau pelatihan analisis data yang dimiliki peneliti utama Wawancara pasien dilakukan tatap muka di area ruang tunggu poliklinik, sedangkan FGD dilakukan di ruang rapat rumah sakit lokasi spesifik (lantai atau ruangan), kondisi ruangan, dan apakah privasi terjamin, misalnya ada atau tidaknya pasien lain di dekat informan. Jika privasi tidak sepenuhnya terjamin, nyatakan juga pada Keterbatasan. Apakah ada orang lain selain pewawancara dan informan

selama wawancara pasien (misalnya keluarga atau pendamping) dan pihak lain selama FGD (misalnya notulen atau pengamat). Data pasien dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur yang berlangsung 2 menit 54 detik sampai 12 menit 3 detik per informan (rerata 5 menit 22 detik). Wawancara memakai pedoman yang sama dengan pertanyaan inti tentang pengalaman berobat, kekuatan dan kekurangan layanan, waktu tunggu, kendala pendaftaran, dan harapan perbaikan, sehingga durasi pendek mencerminkan pedoman yang terfokus. Setiap pasien diwawancarai satu kali jika ada wawancara lanjutan atau klarifikasi kepada informan yang sama, jelaskan. Pedoman disusun peneliti berdasarkan kerangka SWOT dan tujuan penelitian, dan memuat tujuh aspek: profil dan pengalaman berobat (termasuk frekuensi kunjungan), kekuatan, kelemahan (termasuk waktu tunggu dan kendala administrasi), peluang pengembangan layanan (termasuk peran Mobile JKN), ancaman (termasuk sensitivitas biaya), citra rumah sakit (termasuk kesediaan merekomendasikan), serta saran dan harapan.

Contoh pertanyaan utama adalah “Bisa diceritakan pengalaman Bapak/Ibu berobat di Rumah Sakit Mata Bakti Etam?” dan “Apakah ada kekurangan atau hal yang membuat Bapak/Ibu kurang puas selama berobat di sini?”. Pertanyaan pendalaman berupa permintaan alasan atau contoh, misalnya “Mengapa?” tambahkan contoh probes lain yang benar-benar dipakai, dan jelaskan apakah pedoman diuji coba atau ditelaah pembimbing atau pakar sebelum digunakan; jika tidak, nyatakan. Kecukupan data dinilai dari berulangnya tema pada seluruh informan, bukan dari lamanya wawancara sajikan matriks pengodean NVivo per informan, yaitu jumlah rujukan dan tema yang muncul pada wawancara terpendek (pasien Z dan D.L, masing-masing 2 menit 54 detik), serta informan ke berapa tidak lagi ditemukan tema baru, dan panjang transkrip (jumlah kata) tiap informan. Data manajemen dikumpulkan melalui *Focus Group Discussion* (FGD) dengan pedoman yang memuat tiga aspek, yaitu indikator keberhasilan strategi pasca *rebranding,* faktor internal dan eksternal, serta strategi penguatan citra, misalnya “Strategi apa yang perlu dikembangkan untuk memperkuat citra rumah sakit?”.

Seluruh percakapan direkam dengan persetujuan informan dan ditranskripsikan secara verbatim. Analisis mengikuti model Miles dan Huberman, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan (16), dengan pengodean tema dibantu NVivo. Pengodean dilakukan oleh satu analis, yaitu peneliti utama konfirmasi jumlah analis; apakah ada pengodean independen atau pemeriksaan oleh pembimbing, dan bagaimana perbedaan interpretasi diselesaikan, misalnya melalui diskusi hingga sepakat. Temuan dikelompokkan menjadi kekuatan *(strengths),* kelemahan *(weaknesses),* peluang *(opportunities),* dan ancaman *(threats).* Dalam FGD, tiga perwakilan manajemen menilai setiap faktor secara konsensus. Tingkat kepentingan dan rating dinilai dengan skala 1–5 (1 = sangat rendah, 5 = sangat tinggi). Bobot dihitung dari tingkat kepentingan suatu

faktor dibagi jumlah tingkat kepentingan seluruh faktor pada kelompoknya, dan skor diperoleh dari perkalian bobot dengan *rating.* Selisih skor *total strength* dan *weakness* (IFAS) menjadi koordinat X, sedangkan selisih skor *total opportunity* dan threat (EFAS) menjadi koordinat Y. Titik (X, Y) diplot pada diagram kuadran SWOT (17), dan alternatif strategi dirumuskan dengan matriks TOWS (18). Faktor eksternal dalam penelitian ini dipahami sebagai kondisi yang berada di luar kendali langsung manajemen rumah sakit, sedangkan tindakan yang dapat diputuskan manajemen termasuk faktor internal atau opsi strategi. Pada analisis utama, pengelompokan mengikuti hasil konsensus FGD, yang menempatkan sejumlah tindakan perbaikan (penambahan kursi, perluasan dan petunjuk parkir, penyederhanaan alur, dan penambahan petugas) sebagai peluang. Penulis menyadari bahwa tindakan tersebut secara konseptual bersifat internal, sehingga dilakukan dua analisis kepekaan: (a) rerata rating tanpa pembobotan dan (b) EFAS yang dibatasi pada faktor di luar kendali langsung rumah sakit.

Keabsahan data dijaga dengan mendengarkan ulang rekaman, memeriksa transkrip verbatim, dan triangulasi sumber antara pasien dan manajemen. Kredibilitas temuan diperkuat dengan konfirmasi hasil kepada informan *(member checking)* konfirmasi apakah *member checking* dilakukan; jika ya, kepada berapa informan, kapan, dan bagaimana tanggapannya; jika tidak, hapus kalimat ini dan nyatakan pada keterbatasan serta diskusi hasil pengodean dan tema dengan pembimbing *(peer debriefing).*

Peneliti utama adalah mahasiswa Program Studi Administrasi Kesehatan yang bertindak sebagai pewawancara sekaligus penganalisis data. Sebelum wawancara, informan memperoleh penjelasan tentang tujuan penelitian dan identitas peneliti sebagai mahasiswa yang menyusun skripsi, dan menandatangani lembar persetujuan. Peneliti berasumsi bahwa citra rumah sakit dan komunikasi kesehatan penting bagi mutu pelayanan. Asumsi ini, ditambah kepentingan peneliti untuk menunjukkan manfaat strategi *rebranding,* dapat memengaruhi penekanan dalam interpretasi temuan. Salah satu pembimbing (MRA) juga terlibat dalam penelitian terdahulu di rumah sakit yang sama sebelum rebranding (12,13), sehingga kerangka tafsirnya dapat dipengaruhi temuan sebelumnya. Potensi bias dikelola dengan merekam seluruh wawancara, mentranskripsikannya secara verbatim, dan membandingkan data pasien dengan data manajemen. Penelitian ini memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda (No. 392/ITKES-WHS/KEPK/EC/2026, tanggal 17 Juni 2026). Setiap informan berpartisipasi secara sukarela dan memberikan persetujuan tertulis setelah memperoleh penjelasan. Identitas informan dirahasiakan dengan inisial.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Informan

Wawancara dilakukan dengan 12 pasien berusia 20–66 tahun (rerata 39,7 tahun; median 37 tahun), dan FGD diikuti tiga perwakilan manajemen. Pekerjaan terbanyak adalah ibu rumah tangga dan pekerja swasta, masing-masing tiga orang (**Tabel 1**).

Tabel 1. Karakteristik informan pasien (n = 12)

Karakteristik	n	%
Usia (tahun)		
20–29	3	25,0
30–39	4	33,3
40–49	2	16,7
50–59	1	8,3
≥60	2	16,7
Pekerjaan		
Ibu rumah tangga	3	25,0
Swasta	3	25,0
Mahasiswa	2	16,7
Aparatur sipil negara	2	16,7
Guru sekolah dasar	1	8,3
Petani	1	8,3
Total	**12**	**100**

Sumber: data penelitian

Persepsi dan Pengalaman Pasien

Analisis dengan NVivo menghasilkan lima tema: kualitas pelayanan tenaga kesehatan, pengalaman berkunjung, kepuasan dan citra rumah sakit, hambatan pelayanan, dan kebutuhan pengembangan layanan (**Tabel 2**). Jumlah rujukan pada **Tabel 2** menunjukkan frekuensi pengodean, bukan jumlah informan.

Tabel 2. Tema hasil analisis NVivo (jumlah rujukan pengodean)

Tema	Subtema (jumlah rujukan)	Contoh kutipan
Kualitas pelayanan tenaga kesehatan	Keramahan karyawan (9); pelayanan tenaga medis (7); responsivitas pelayanan (6)	“dokter dan orangnya pada ramah hmm termasuk perawat dan satpamnya juga bagian pendaftaran” (Pasien D.L)
Pengalaman berkunjung	Kebersihan dan kenyamanan fasilitas (8); permasalahan parkir (5); keterbatasan ruang tunggu (5); kenyamanan lingkungan (2)	“Tidak ada tempat menunggu untuk pemeriksaan mata sehingga pasien berdiri di koridor” (Pasien S.A)
Kepuasan dan citra rumah sakit	Loyalitas pasien (9); citra rumah sakit (7); kepuasan pasien (5)	“Saya akan merekomendasikannya kepada keluarga atau teman karena pelayanan dan penanganannya cukup memuaskan.” (Pasien A)
Hambatan pelayanan	Hambatan antrean (6); harapan pasien (6); hambatan komunikasi (3)	“Kebanyakan antrenya, agak ruwet di sini daripada yang rumah sakit lain.” (Pasien H)
Kebutuhan pengembangan layanan	Konsultasi online (7); perbaikan fasilitas (3)	“Saya setuju karena untuk keluhan ringan pasien tidak perlu langsung datang ke rumah sakit, sehingga lebih menghemat waktu, tenaga, dan juga biaya.” (Pasien A)

Sumber: data penelitian

Pasien menggambarkan dokter sebagai profesional dan komunikatif, dan menyebut keramahan dokter, perawat, petugas pendaftaran, bahkan satpam. Ruang tunggu, toilet, dan *lift* dinilai bersih dan terawat, dan gedung baru dinilai nyaman. Citra rumah sakit dinilai baik, dan sebagian besar pasien bersedia merekomendasikannya dengan alasan pelayanan, keramahan, kenyamanan, serta keberadaan layanan khusus mata yang dapat diakses dengan BPJS.

Di sisi lain, pasien menyampaikan hambatan yang konsisten. Alur pendaftaran manual dirasakan panjang: pasien mengisi berkas dan mengambil kartu antrean di pos satpam, kemudian antre di pendaftaran, pemeriksaan awal, dan poli. Salah satu pasien menyebut alur ini "agak ruwet" dan "kebanyakan antrenya" (Pasien H). Kursi ruang tunggu tidak mencukupi saat ramai sehingga sebagian pasien berdiri di koridor, dan kursi di depan poli dinilai menghalangi pengguna kursi roda. Area parkir mobil dan motor dinilai terbatas, dan petunjuk parkir kurang jelas bagi pasien baru. Pada aspek komunikasi, seorang pasien memperoleh nomor antrean setelah pasien yang datang lebih akhir, yang diduga akibat kurangnya koordinasi antara petugas keamanan dan pendaftaran. Informasi jadwal dokter belum selalu disampaikan, dan nada bicara petugas keamanan dapat dipersepsikan sebagai marah ("dikira marah", Ibu H). Pasien berharap waktu tunggu lebih singkat dan petugas tetap ramah, termasuk kepada pengguna BPJS.

Sebagian besar pasien menyetujui pengembangan konsultasi daring, terutama untuk keluhan mata yang ringan, karena dinilai menghemat waktu, tenaga, dan biaya bagi pasien yang memiliki kesibukan bekerja, kuliah, atau mengurus rumah.

Strategi Promosi dan Komunikasi Pasca *Rebranding*

Menurut informan PKRS, media sosial menjadi saluran utama dan Instagram paling dioptimalkan karena memiliki pengikut dan aktivitas terbanyak, dengan isi berupa edukasi kesehatan mata dan kegiatan rumah sakit. *TikTok* dan *YouTube* juga digunakan. Rumah sakit menyelenggarakan edukasi dan skrining kesehatan mata di sekolah bersama Dinas Pendidikan dan di panti bersama Dinas Sosial, mengikuti pameran, dan melayani pemeriksaan atas permohonan masyarakat. Promosi internal memakai *digital signage*, poster, *leaflet,* dan videotron di luar gedung yang dinyalakan pada sore hingga malam hari demi efisiensi. Hambatan utama promosi adalah biaya. Manajemen juga menyatakan bahwa perbedaan persepsi masyarakat sulit dikendalikan, bahwa perluasan parkir terkendala lahan (petugas keamanan membantu mencarikan parkir alternatif, termasuk area parkir karyawan), dan bahwa masalah komunikasi petugas keamanan akan menjadi bahan evaluasi serta penerapan *service excellent.*

Kutipan FGD memperlihatkan alasan manajemen. Mengenai pilihan media, informan PKRS menyatakan, “Selebihnya mungkin karena media sosial itu yang paling utama cepat menyentuh ke masyarakat, jadi media sosialnya yang dikencangin, Instagram.” (Informan PKRS). Mengenai kendala promosi, manajemen menyebut, “Kalau hambatan ya mungkin yang utama bisa biaya. Dalam peningkatan tentu ada biaya yang dikeluarkan. Biasanya kita memilah dan memilih hal-hal yang menjadi kendalanya.” (Manajemen rumah sakit). Mengenai parkir, manajemen menyatakan, “Kalau untuk parkiran ini memang masalah kita dari dulu, sudah lama. Untuk menambah atau memperluas parkiran kita belum bisa karena keterbatasan lahan juga.” (Manajemen rumah sakit). Terhadap keluhan pasien tentang komunikasi petugas keamanan, manajemen menanggapi, “nah mungkin ini juga akan menjadi evaluasi bagi kami untuk kedepannya.” (Manajemen rumah sakit). Terkait persepsi masyarakat, manajemen mengakui, “Untuk mencegah perspektif orang kan kita nggak bisa ya, karena tiap orang beda-beda tanggapannya.

Faktor strategis dan posisi kuadran

Faktor internal dan eksternal beserta pembobotannya disajikan pada **Tabel 3** dan **Tabel 4**. Skor *total strength* 4,90 dan *weakness* 4,71 menghasilkan X = +0,18, sedangkan *opportunity* 4,43 dan *threat* 4,65 menghasilkan Y = −0,22. Titik (+0,18; −0,22) berada pada kuadran *strength–threat* (**Gambar 1**). Posisi ini dekat dengan titik pusat, sehingga lebih tepat dibaca sebagai kondisi yang

relatif seimbang antara kekuatan dan kelemahan internal dengan ancaman eksternal yang sedikit lebih besar daripada peluang, bukan sebagai posisi ekstrem.

Dua analisis kepekaan dilakukan untuk menguji ketahanan posisi tersebut. Pertama, rerata rating tanpa pembobotan menghasilkan *strength* 4,875, *weakness* 4,667, *opportunity* 4,375, dan *threat* 4,600, sehingga X = +0,208 dan Y = −0,225. Posisi tetap berada pada kuadran *strength–threat*. Kedua, bila EFAS hanya memuat faktor yang berada di luar kendali langsung rumah sakit, yaitu tiga faktor konsultasi daring sebagai peluang dan peningkatan jumlah pasien sebagai ancaman, skor *opportunity* menjadi 4,38 dan *threat* 4,00, sehingga Y = +0,38. Pada pembacaan ini titik berpindah ke kuadran *strength–opportunity.* Hasil kedua bersifat ilustratif karena ancaman hanya diwakili satu faktor. Temuan ini menunjukkan bahwa sumbu Y peka terhadap klasifikasi faktor eksternal, sehingga posisi kuadran dibaca sebagai tentatif.

Tabel 3. Matriks IFAS (faktor internal)

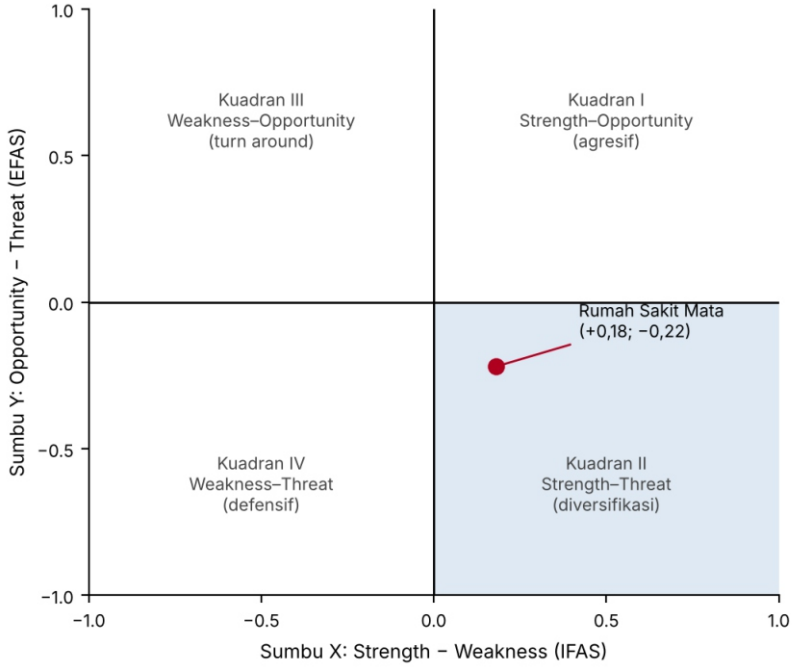
Faktor strategis	Kepentingan	Bobot	Rating	Skor
Kekuatan (Strengths)				
Dokter dinilai profesional dan kompeten	5	0,13	5	0,64
Dokter, perawat, dan petugas pendaftaran ramah	5	0,13	5	0,64
Satpam membantu mengarahkan pasien	5	0,13	5	0,64
Ruang tunggu dan toilet bersih	5	0,13	5	0,64
Mobile JKN membantu proses pelayanan	4	0,10	4	0,41
Fasilitas lengkap	5	0,13	5	0,64
Pelayanan secara umum memuaskan	5	0,13	5	0,64
Banyak pasien bersedia merekomendasikan rumah sakit	5	0,13	5	0,64
Jumlah	**39**	**1,00**	**39**	**4,90**
Kelemahan (Weaknesses)				
Waktu tunggu pelayanan masih lama	5	0,12	5	0,60
Ruang tunggu sempit saat pasien ramai	5	0,12	5	0,60
Kursi ruang tunggu kurang sehingga ada pasien berdiri saat ramai	5	0,12	5	0,60
Parkiran mobil sempit	5	0,12	5	0,60
Parkiran motor terbatas	4	0,10	4	0,38
Petunjuk parkir kurang jelas bagi pasien baru	4	0,10	4	0,38
Alur pendaftaran manual dianggap terlalu banyak tahapan	4	0,10	4	0,38
Terjadi miskomunikasi petugas pendaftaran	5	0,12	5	0,60
Suara satpam dianggap terlalu keras sehingga disalahartikan	5	0,12	5	0,60
Jumlah	**42**	**1,00**	**42**	**4,71**

Sumber: data penelitian, diolah peneliti.

Tabel 4. Matriks EFAS (faktor eksternal)

Faktor strategis	Kepentingan	Bobot	Rating	Skor
Peluang *(Opportunities)*				
Mengembangkan layanan konsultasi online	5	0,14	5	0,71
Konsultasi *online* menghemat waktu pasien	4	0,11	4	0,46
Konsultasi *online* menghemat biaya	4	0,11	4	0,46
Menambah kursi ruang tunggu	5	0,14	5	0,71
Memperluas area parkir	5	0,14	5	0,71
Penambahan petunjuk parkir	4	0,11	4	0,46
Penyederhanaan alur pendaftaran	4	0,11	4	0,46
Penambahan petugas saat pasien ramai	4	0,11	4	0,46
Jumlah	**35**	**1,00**	**35**	**4,43**
Ancaman *(Threats)*				
Meningkatnya jumlah pasien menyebabkan antrean panjang	4	0,17	4	0,70
Kapasitas parkir tidak mampu menampung pasien saat ramai	5	0,22	5	1,09
Persepsi negatif terhadap sikap satpam dapat memengaruhi citra rumah sakit	5	0,22	5	1,09
Ketidakjelasan informasi parkir dapat menimbulkan kebingungan pasien baru	4	0,17	4	0,70
Lamanya waktu tunggu berpotensi menurunkan kepuasan pasien	5	0,22	5	1,09
Jumlah	**23**	**1,00**	**23**	**4,65**

Sumber: data penelitian, diolah peneliti.



Gambar 1. Posisi Rumah Sakit Mata Provinsi Kalimantan Timur

SWOT. Sumbu X = skor *strength* − *weakness* (IFAS) dan sumbu Y = skor *opportunity* − *threat* (EFAS); titik berada pada X = +0,18 dan Y = −0,22

Sumber: data penelitian, diolah peneliti.

Alternatif strategi (matriks TOWS)

Berdasarkan posisi kuadran pada analisis utama, strategi ST menjadi arah utama, yaitu memakai kekuatan layanan yang sudah dirasakan pasien untuk menghadapi ancaman peningkatan kunjungan, antrean, dan persepsi negatif. Strategi WO dan WT tetap relevan karena sebagian besar kelemahan menyangkut proses yang langsung dialami pasien (**Tabel 5**). Karena posisi kuadran peka terhadap klasifikasi faktor eksternal, strategi SO, terutama pengembangan konsultasi daring, tetap dipertimbangkan.

Tabel 5. Alternatif strategi berdasarkan matriks TOWS

Strategi	Alternatif tindakan
ST	Memanfaatkan profesionalisme dan kompetensi tenaga kesehatan untuk mempertahankan kepercayaan pasien di tengah peningkatan kunjungan; mengoptimalkan keramahan dokter, perawat, dan petugas pendaftaran; mengoptimalkan Mobile JKN untuk mengantisipasi antrean; meningkatkan kemampuan satpam memberi arahan secara komunikatif; mempertahankan kebersihan dan kelengkapan fasilitas.
SO	Memanfaatkan profesionalisme dan keramahan tenaga kesehatan untuk mendukung konsultasi online; mengoptimalkan Mobile JKN dan fasilitas yang tersedia; memanfaatkan kepuasan dan kesediaan pasien merekomendasikan rumah sakit untuk memperkuat citra positif.
WO	Mengembangkan konsultasi online sebagai alternatif layanan; menyederhanakan alur pendaftaran berbasis digital; menambah kursi dan kapasitas ruang tunggu; memperluas area parkir dan menambah petunjuk parkir; menambah petugas saat pasien ramai; meningkatkan komunikasi petugas pendaftaran.
WT	Menyederhanakan pendaftaran dan mengoptimalkan sistem digital; menambah petugas saat pasien tinggi; menambah kapasitas ruang dan kursi tunggu; memperluas area parkir dan memperjelas petunjuk; meningkatkan komunikasi petugas pendaftaran dan satpam; mengevaluasi waktu tunggu secara berkala.

Sumber: data penelitian, diolah peneliti.

Dalam data penelitian ini, alasan pasien menilai citra rumah sakit baik dan bersedia merekomendasikannya hampir seluruhnya berkaitan dengan pengalaman layanan, yaitu profesionalisme dokter, keramahan petugas, kebersihan, dan akses BPJS pada rumah sakit khusus mata. Data wawancara tidak memuat pembahasan pasien tentang nama atau identitas baru. Pola ini sejalan dengan survei di Accra yang menempatkan kualitas tenaga medis dan unsur berwujud sebagai penentu citra, sedangkan unsur merek tidak memprediksi niat kunjungan ulang (5) dan dengan temuan bahwa pengalaman merek yang konsisten menopang kepuasan pasien (1). Karena itu, citra positif yang ditemukan lebih tepat dibaca sebagai modal pengalaman layanan yang dapat dimanfaatkan komunikasi rebranding, bukan bukti keberhasilan rebranding. Desain kualitatif tanpa pengukuran sebelum dan sesudah rebranding juga tidak memungkinkan penilaian efektivitas. Kesediaan merekomendasikan pun hanya menggambarkan pengalaman informan,

bukan ukuran statistik loyalitas. Keluhan terbesar pasien terletak pada rangkaian antrean administratif, bukan pada pemeriksaan. Alur yang dimulai dari pos satpam, pendaftaran, pemeriksaan awal, hingga poli mengubah satu kunjungan menjadi beberapa kali menunggu, sehingga persepsi lama menunggu dapat meningkat walaupun prosedur berjalan sesuai ketentuan. Hal ini sejalan dengan temuan bahwa kepuasan lebih ditentukan oleh persepsi waktu tunggu dan selisihnya dengan harapan daripada durasi aktual (6) dan bahwa informasi yang lebih jelas mengurangi ketidakpuasan akibat menunggu (7). Tinjauan sistematis tentang rumah sakit tersier di China juga melaporkan bahwa lama menunggu termasuk aspek pelayanan rawat jalan dengan kepuasan terendah (19). Penelitian ini tidak mengukur waktu tunggu aktual, sehingga belum dapat dipastikan apakah keluhan itu mencerminkan durasi yang melampaui standar atau pengalaman antre berulang. Langkah pertama yang masuk akal adalah memetakan alur dari sudut pandang pasien dan mengukur waktu pada setiap tahap.

Keterbatasan kursi, pasien yang berdiri di koridor, kursi yang menghalangi pengguna kursi roda, dan petunjuk parkir yang kurang jelas sejalan dengan studi di China yang menemukan bahwa ukuran ruang tunggu, tempat duduk, papan petunjuk, dan toilet memengaruhi pengalaman menunggu (8) serta bahwa lingkungan dan fasilitas memiliki pengaruh terbesar terhadap kepuasan rawat jalan di rumah sakit tersier (20). Perbedaannya, kendala parkir di rumah sakit ini bersifat struktural menurut manajemen, yaitu keterbatasan lahan, sehingga perluasan tidak dapat dilakukan dalam waktu dekat. Karena itu, langkah yang lebih mungkin dilakukan segera adalah memperjelas petunjuk, menata kursi agar akses kursi roda tidak terhalang, dan mengatur arus pasien pada jam ramai, sementara kerja sama pemanfaatan lahan sekitar menjadi pilihan jangka menengah.

Miskomunikasi antara petugas keamanan dan pendaftaran, informasi jadwal dokter yang belum jelas, dan nada bicara yang disalahartikan menunjukkan bahwa petugas nonklinis di titik kontak pertama ikut membentuk citra. Studi di Balikpapan menemukan hubungan antara komunikasi efektif staf *front office* dan kepuasan pasien rawat jalan (10) dan survei di Shenyang menempatkan komunikasi serta tata letak bagi pengunjung pertama sebagai sasaran perbaikan (9). Studi-studi tersebut bersifat kuantitatif dan berfokus pada staf pendaftaran atau dokter, sedangkan penelitian ini menunjukkan peran petugas keamanan sebagai pelaku komunikasi layanan. Penjelasan yang masuk akal adalah susunan alur yang menempatkan pos satpam sebagai langkah awal pendaftaran manual, sehingga kesalahan koordinasi di titik itu merambat ke tahap berikutnya. Pelatihan *service excellent* karena itu perlu mencakup petugas keamanan dan menyertakan protokol koordinasi dengan pendaftaran. Pengembangan konsultasi daring dan pendaftaran digital muncul sebagai peluang dari sisi pasien. Bukti yang ada mendukung arah ini,

tetapi perlu dibaca hati-hati. Tinjauan sistematis tentang telemedicine melaporkan penurunan waktu tunggu, tetapi waktu tunggu didefinisikan sebagai jarak dari pemesanan hingga layanan (21), yang berbeda dari antrean di dalam rumah sakit yang dikeluhkan pasien di sini. Studi komparatif di India melaporkan rata-rata waktu tunggu 15 menit pada pasien yang mendaftar daring dibanding 60 menit pada pasien yang datang langsung (22), tetapi sampelnya kecil dan tidak mewakili rumah sakit khusus mata. Untuk bidang oftalmologi, tinjauan cakupan melaporkan bahwa triase berbasis gambar menurunkan kunjungan tatap muka sebesar 16–48% (23). Tinjauan sistematis tentang sistem janji temu daring melaporkan bahwa penerimaan pasien dipengaruhi pengalaman menggunakan komputer dan internet serta preferensi komunikasi mereka (24). Dengan demikian, konsultasi daring di rumah sakit ini sebaiknya diposisikan sebagai percontohan terbatas untuk keluhan ringan, disertai jalur manual bagi pasien yang belum terbiasa dengan layanan digital, dan efektivitasnya diuji setelah diterapkan.

Upaya komunikasi rebranding rumah sakit bertumpu pada Instagram, edukasi, skrining, dan media internal dengan anggaran terbatas. Studi kasus di Makassar menunjukkan bahwa keseragaman pesan lintas media dan internal branding menopang perubahan persepsi (4). Perbedaan perilaku petugas pada titik kontak yang ditemukan di sini dapat menandakan bahwa konsistensi pesan belum sepenuhnya menjangkau seluruh petugas, tetapi hal ini tetap merupakan tafsiran peneliti yang perlu diuji. Penelitian ini juga tidak mengukur efektivitas masing-masing saluran, sehingga evaluasi promosi perlu diarahkan pada jangkauan, interaksi, pertanyaan pasien, dan kemampuan pasien mengenali identitas baru.

Posisi pada kuadran *strength–threat* berbeda dari studi unit rawat inap di sebuah rumah sakit di Surabaya yang berada pada kuadran I dan merekomendasikan strategi agresif (14). Karena penomoran kuadran dapat berbeda antarstudi, posisi dalam penelitian ini dinyatakan menurut karakteristiknya, yaitu *strength–threat.* Karena titik berada dekat pusat, selisih kecil pada penilaian dapat menggeser kuadran. Hal ini perlu diperhatikan karena dalam penelitian ini rating sama dengan tingkat kepentingan pada semua faktor, sehingga skor setiap faktor merupakan kuadrat tingkat kepentingan dibagi jumlah tingkat kepentingan, dan faktor dengan nilai tinggi memperoleh bobot lebih besar. Analisis kepekaan memperkuat kehati-hatian ini: posisi bertahan pada kuadran yang sama dengan rerata tanpa pembobotan, tetapi berpindah ke kuadran *strength–opportunity* bila EFAS dibatasi pada faktor yang sungguh eksternal. Hasil sebaiknya dipakai untuk menyusun prioritas diskusi, bukan sebagai angka yang presisi. Secara praktis, strategi dapat disusun dalam tiga tahap. Dalam jangka pendek, rumah sakit dapat memperbaiki komunikasi petugas, koordinasi satpam dan pendaftaran, petunjuk parkir, dan penataan kursi, karena langkah ini bersifat pengaturan proses dan relatif murah. Dalam jangka menengah,

pendaftaran digital dan konsultasi daring percontohan dapat dikembangkan setelah alur internal siap. Dalam jangka panjang, kapasitas parkir dan ruang tunggu memerlukan perencanaan sumber daya dan lahan. Indikator evaluasinya mencakup waktu tunggu per tahap, kepadatan ruang tunggu, keluhan pasien, kepuasan, dan pengenalan identitas baru. Kontribusi penelitian ini bersifat kontekstual: studi ini memetakan faktor strategis pasca rebranding dari dua sumber, pasien dan manajemen, pada satu rumah sakit khusus mata, dan menunjukkan bahwa titik lemah yang paling sering disebut pasien terletak pada proses layanan dan komunikasi petugas, bukan pada kompetensi klinis. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, desain studi kasus tunggal membuat temuan tidak dapat digeneralisasi ke rumah sakit lain. Kedua, wawancara pasien relatif singkat (2 menit 54 detik sampai 12 menit 3 detik). Durasi ini membatasi penggalian lanjutan sehingga kedalaman data pada sebagian informan dapat terbatas, dan penetapan kejenuhan data didasarkan pada penilaian peneliti tanpa kriteria kuantitatif yang baku. Ketiga, rating sama dengan tingkat kepentingan pada semua faktor, sehingga skor setiap faktor merupakan kuadrat tingkat kepentingan dibagi jumlah tingkat kepentingan.

Faktor yang dinilai penting otomatis memperoleh bobot dan skor lebih besar, dan dua dimensi penilaian menyusut menjadi satu. Nilai yang hanya berkisar 4–5 juga mempersempit variasi antarfaktor, sehingga selisih antarkelompok kecil dan titik berada dekat pusat. Dalam kondisi ini selisih sekitar 0,2 dapat memindahkan kuadran. Penelitian lanjutan sebaiknya memisahkan penilaian kepentingan dan rating, memakai rentang skala yang membedakan faktor, dan melibatkan lebih banyak penilai.

Keempat, penilaian dilakukan secara konsensus oleh tiga perwakilan manajemen. Konsensus kelompok dapat dipengaruhi anggota yang dominan, dan perspektif pasien tidak ikut dalam pembobotan. Kelima, klasifikasi EFAS tidak sepenuhnya mengikuti definisi faktor eksternal. Penambahan kursi, perluasan parkir, petunjuk parkir, penyederhanaan alur, dan penambahan petugas merupakan tindakan internal. Beberapa ancaman, seperti kapasitas parkir, persepsi terhadap sikap petugas keamanan, ketidakjelasan informasi parkir, dan waktu tunggu, berpotensi tumpang tindih dengan kelemahan. Analisis kepekaan menunjukkan bahwa posisi pada sumbu Y bergantung pada klasifikasi ini. Keenam, pengenalan identitas baru, waktu tunggu aktual, dan perubahan citra sebelum dan sesudah rebranding tidak diukur. Ketujuh, pengodean dilakukan oleh satu analis dan wawancara pasien dilakukan di area ruang tunggu, sehingga keandalan interpretasi dan keterbukaan informan dapat terpengaruh dengan jumlah analis dan kondisi privasi yang sebenarnya.

SIMPULAN DAN SARAN

Pasien Rumah Sakit Mata Provinsi Kalimantan Timur menilai positif profesionalisme dan keramahan tenaga kesehatan, kebersihan fasilitas, dan citra rumah sakit, tetapi mengalami hambatan pada alur pendaftaran, waktu tunggu, ruang tunggu dan parkir, serta komunikasi antarpetugas. Rumah sakit telah menjalankan promosi melalui media sosial, edukasi dan skrining, kegiatan luar gedung, dan media internal dengan hambatan utama biaya. Skor *strength* 4,90, *weakness* 4,71, *opportunity* 4,43, dan *threat* 4,65 menempatkan rumah sakit pada kuadran *strength–threat* dengan koordinat X = +0,18 dan Y = −0,22, dekat dengan titik pusat, dan posisi ini peka terhadap klasifikasi faktor eksternal. Strategi yang dirumuskan meliputi penyederhanaan alur pendaftaran, peningkatan komunikasi petugas, penambahan kursi dan petunjuk parkir, penambahan petugas pada jam ramai, dan pengembangan konsultasi daring secara bertahap.

Rumah sakit disarankan memetakan alur pendaftaran dari sudut pandang pasien dan mengukur waktu tunggu pada setiap tahap, melatih seluruh petugas termasuk petugas keamanan dalam komunikasi layanan dan koordinasi, memperjelas petunjuk parkir serta menata kursi ruang tunggu agar akses kursi roda tidak terhalang, dan menguji konsultasi daring secara terbatas untuk keluhan ringan dengan jalur manual bagi pasien yang belum terbiasa dengan layanan digital. Penelitian selanjutnya disarankan mengukur pengenalan identitas baru, citra, dan kepuasan sebelum dan sesudah rebranding dengan pendekatan kuantitatif atau campuran, serta menilai dampak penyederhanaan alur dan konsultasi daring terhadap waktu tunggu.

PERNYATAAN PENGGUNAAN *ARTIFICIAL INTELLIGENCE* (AI)

Dalam penyusunan naskah penelitian ini, *Artificial Intelligence* (AI) dimanfaatkan secara terbatas sebagai alat bantu dalam penyesuaian struktur penulisan, tata letak, dan format naskah agar sesuai dengan *template* yang telah ditetapkan. Penggunaan AI hanya berfokus pada aspek teknis dan penyuntingan penyajian naskah, tanpa menggantikan proses penelitian, pengumpulan data, analisis data, maupun penarikan kesimpulan. Seluruh substansi penelitian tetap mengacu pada data dan hasil penelitian yang diperoleh peneliti. Peneliti bertanggung jawab penuh atas keakuratan informasi, keaslian isi, kesesuaian referensi, serta integritas akademik dari keseluruhan naskah penelitian.

KONTRIBUSI PENULIS

GVA berperan sebagai peneliti utama yang bertanggung jawab atas konseptualisasi penelitian, pengumpulan data melalui wawancara dan *Focus Group Discussion* (FGD), pengolahan dan analisis data menggunakan metode SWOT, IFAS, EFAS, dan TOWS, interpretasi

hasil penelitian, serta penyusunan naskah artikel jurnal. MRA, DIP, dan AS berperan dalam memberikan arahan akademis, pemberian saran masukan substantif terhadap substansi penelitian, peninjauan dan penyempurnaan analisis serta interpretasi hasil, dan revisi naskah artikel jurnal. Seluruh penulis berkontribusi dalam penelaahan naskah akhir dan menyetujui versi artikel yang akan dipublikasikan.

SUMBER DANA

Penelitian ini didanai secara mandiri oleh peneliti tanpa menerima pendanaan dari lembaga pemerintah, swasta, maupun sponsor lainnya.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis menyatakan bahwa tidak terdapat konflik kepentingan dalam pelaksanaan penelitian maupun penyusunan artikel ini. Penelitian dilaksanakan secara independen dan objektif, tanpa adanya kepentingan pribadi, komersial, maupun finansial yang dapat memengaruhi proses pengumpulan data, analisis SWOT dan TOWS, interpretasi hasil, serta penyusunan kesimpulan. Seluruh hasil penelitian disajikan berdasarkan data dan temuan yang diperoleh selama proses penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mandagi DW, Rampen DC, Soewignyo TI, Walean RH. Empirical nexus of hospital brand gestalt, patient satisfaction and revisit intention. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing. 2023;18(2):215–36. https://doi.org/10.1108/IJPHM-04-2023-0030
2. Wu CC. The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty. African Journal of Business Management. 2011;5(12):4873–82. https://doi.org/10.5897/AJBM10.1347
3. Maulana A, Ayuningtyas D. The influence of hospital brand image on patient's decision to choose hospital: literature review. Jurnal ARSI : Administrasi Rumah Sakit Indonesia. 2023;9(3):Article 2. https://doi.org/10.7454/arsi.v9i3.7284
4. Syahruddin SF, Akbar M, Sonni AF. From stigma to trust: a case study of hospital rebranding and marketing communication in post-leprosy health institutions. JKOMDIS Jurnal Ilmu Komunikasi Dan Media Sosial. 2025;5(3):702–16. https://doi.org/10.47233/jkomdis.v5i3.3670
5. Odoom PT, Narteh B, Odoom R. Healthcare branding: insights from Africa into health service customers' repeat patronage intentions. International Journal of Healthcare Management. 2021;14(3):663–75. https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1688503

6. Zhang H, et al. Effect of waiting time on patient satisfaction in outpatient: an empirical investigation. Medicine (Baltimore). 2023;102(40):e35184. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000035184
7. Xie Z, Or C. Associations between waiting times, service times, and patient satisfaction in an endocrinology outpatient department: a time study and questionnaire survey. Inquiry. 2017;54:0046958017739527. https://doi.org/10.1177/0046958017739527
8. Xuan X, Li Z, Chen X, Cao Y, Feng Z. Study of the physical environment of waiting areas and its effects on patient satisfaction, experience, perceived waiting time, and behavior in China. HERD. 2021;14(3):108–23. https://doi.org/10.1177/1937586721989058
9. Zhou X, et al. An evaluation of outpatient satisfaction based on the national standard questionnaire: a satisfaction survey conducted in a tertiary hospital in Shenyang, China. Front Public Health. 2024;12:1348426. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1348426
10. Chrisdayanti M, Marchamah DNS, Arumsari W. Hubungan komunikasi efektif pada staff front office di bagian pendaftaran dengan kepuasan pasien rawat jalan di X Hospitals Balikpapan. Indonesian Journal of Health Community . 2025;6(1):130–46. https://doi.org/10.31331/ijheco.v6i1.3491
11. Rangkuti DSR, Tarigan AM, Rachelia PH. Hubungan komunikasi efektif petugas pendaftaran rawat jalan dengan kepuasan pasien di rumah sakit Advent Medan. J Pharm Sci. 2024;7(1):10–9. https://doi.org/10.36490/journal-jps.com.v7i1.358
12. Anam K, Meihartati T, Puspitasari DI, Aidillah MR, Fitrianto Y, Hapsari P, et al. Preferensi masyarakat Provinsi Kalimantan Timur terhadap pengobatan mata di RS Mata Provinsi Kalimantan Timur. Laporan Hasil Penelitian. Samarinda. 2024.
13. Anam K, Meihartati T, Puspitasari DI, Aidillah MR, Fitrianto Y, Hapsari P, et al. Meningkatkan minat kunjungan masyarakat ke RS Mata Provinsi Kalimantan Timur . Policy Brief. Samarinda. 2025.
14. Fidelia F, Festi P, Cahyadi R. Analysis of inpatient service development strategies at Al Irsyad Hospital Surabaya using SWOT analysis. Global Journal of Health Administration. 2026;2(1):24–35. https://doi.org/10.30651/gjha.v2i1.32068
15. Nyimbili F, Nyimbili L. Types of purposive sampling techniques with their examples and application in qualitative research studies. British Journal of Multidisciplinary and Advanced Studies. 2024;5(1):90–9. https://doi.org/10.37745/bjmas.2022.0419
16. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative data analysis: a methods sourcebook. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2014.
17. Rangkuti F. Analisis SWOT: teknik membedah kasus bisnis. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta. 2015.

18. Weihrich H. The TOWS matrix—a tool for situational analysis. Long Range Plann. 1982;15(2):54–66.https://www.academia.edu/34211017/The_TOWS_Matrix_A_Tool_for_Situational_Analysis
19. Li Y, Gong W, Kong X, Mueller O, Lu G. Factors associated with outpatient satisfaction in tertiary hospitals in China: a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH). 2020;17(19):7070. https://doi.org/10.3390/ijerph17197070
20. Zhou X, He Q, Li Q, Kuang J, Han Y, Chen J. Factors associated with outpatient satisfaction in provincial tertiary hospitals in Nanchang, China: a structural equation modeling approach. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(14):8226. https://doi.org/10.3390/ijerph19148226
21. Capodici A, Noci F, Nuti S, Emdin M, Dalmiani S, Passino C, et al. Reducing outpatient wait times through telemedicine: a systematic review and quantitative analysis. BMJ Open. 2025;15(1):e088153. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088153
22. Sharma N, Aggarwal AK, Arora P, Bahuguna P. Association of waiting time and satisfaction level of patients with online registration system in a tertiary level medical institute outpatient department (OPD). Health Policy and Technology. 2022;11(4):100687. https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2022.100687
23. Caffery LJ, Farjian M, Smith AC. Telehealth interventions for reducing waiting lists and waiting times for specialist outpatient services: a scoping review. Journal of Telemedicine and Telecare. 2016;22(8):504–12. https://doi.org/10.1177/1357633x16670495
24. Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie BJ, Simoes E. Web-based medical appointment systems: a systematic review. Journal of Medical Internet Research. 2017;19(4):e134. https://doi.org/10.2196/jmir.6747