

**PATIENT CENTERED CARE DI RUMAH SAKIT  
KONSEP DAN IMPLEMENTASI**

OLEH :  
DR. ELSYE MARIA ROSA, M.KES

PROGRAM STUDI MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

2018

**PATIENT CENTERED CARE DI RUMAH SAKIT  
KONSEP DAN IMPLEMENTASI  
© 2018**

**Penulis:**

Dr. Elsy Maria Rosa, M.Kes

**Layouter:**

Tim Elmatara

**Cover Design:**

Tim Elmatara

**Diterbitkan oleh:**

LP3M

Jl. Brawijaya, Taman Tirto, Kasihan, Bantul  
Yogyakarta

ISBN: 978-602-5450-35-8

**Cetakan Pertama**

September 2018, vi + 109 hal / 15,5 x 23 cm

HAK CIPTA PADA PENULIS DILINDUNGI UNDANG-UNDANG

# Kata Pengantar

Semakin tingginya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan mempengaruhi rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan. Peningkatan pelayanan kesehatan dilakukan rumah sakit demi menunjang penyembuhan dan pemulihan dengan perhatian penuh akan kenyamanan pasien. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi telah mengakibatkan golongan masyarakat yang berpendidikan dan menguasai informasi semakin bertambah, sehingga mereka dapat memilih dan menuntut untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas. Sehingga pelayanan kesehatan yang berkualitas menjadi indikator keberhasilan dari Manajer dan Pimpinan Rumah Sakit.

Paradigma baru di rumah sakit pada ada di era pencapaian Kualitas ini adalah “Patient Safety”. Semua rumah sakit berlomba-lomba menerapkan patient safety dengan baik, sehingga semua outcome pasien dapat tercapai. Salah satu yang harus diterapkan dalam menjalankan “Patient Safety” tersebut adalah “Patient Centered Care”

Buku ini menyajikan Konsep dari “Patient Centered Care” dan bagaimana penerapannya di rumah sakit. Buku ini akan menambah dan memperkaya manajer serta pimpinan rumah sakit dalam menerapkan “Patient Centered Care” dengan baik, karena disadari merubah *mindset* dari *Medical centre* ke *Patient centre* tidak mudah, perlu pemahaman yang mumpuni dari semua stake holder rumah sakit. Buku inipun disertai contoh penerapan Patient Centered Care di rumah sakit yang telah disesuaikan dengan Akreditasi terbaru dari RS.

Akhirnya saya berharap buku ini dapat bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit, terutama bagi mahasiswa, manajer dan pimpinan rumah sakit.

Sekian dan terima kasih, Wanbillahi Taufiq Walhidayah-Wassalam  
Wr.Wb

Yogyakarta, September 2018

**Dr. Elsy Maria Rosa, M.Kes**

# Daftar Isi

KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	v
PENDAHULUAN .....	1
BAB-1 TEORI DAN KONSEP PATIENT CENTERED CARE .....	7
A. Definisi Patient Centered Care .....	7
B. Konsep patient centered care .....	8
C. Tujuan Patient Centered Care .....	9
D. Tujuan Patient Centered Care, dibidang keperawatan ..	12
E. Perbedaan Model Tradisional Dengan Patient Centered Care .....	13
F. Konsep Inti dari Patient Centered Care .....	14
G. Patient Centere Care dalam Sistem Pelayan Pasien .....	17
H. Dimensi Patient Centered Care .....	17
I. PCC sebagai sebuah dimensi kualitas pelayanan .....	19
J. Patient Centered Care dan Infomasi, Komunikasi, Edukasi .....	20
K. Konsep Inti Patient Centered Care .....	25
L. Fokus baru Patient Centered Care .....	28
M. Hambatan Pelaksanaan Patient Centered Care .....	29
N. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pelaksanaan PCC (Patient Centered Care) .....	30
BAB-2 MODEL PATIENT CENTERED CARE DI RUMAH SAKIT	35
A. Aspek Patient Centered Care .....	35
B. Model Patient Centered Care .....	35

BAB-3	MODEL PENERAPAN PATIENT CENTERED CARE DALAM MENINGKATKAN KEPUASAN DAN MENURUNKAN KECEMASAN PASIEN POST CAESARIAN SECTION .....	41
BAB-4	PENGUKURAN KEPUASAAN PASIEN DALAM PELAKSANAAN PATIENT CENTERED CARE .....	47
BAB-5	INTEGRASI REKAM MEDIS PATIENT CENTERED CARE .....	51
	A. Penerapan standar akreditasi yang berkaitan dengan patient centered care .....	52
	B. Evaluasi dan Monitoring Patient Centered Care .....	55
	C. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis di Rumah Sakit XYZ .....	62
BAB-6	PATIENT CENTERED CARE DALAM PEMBERIAN OBAT .....	71
	A. Evaluasi Patient Centered Care dalam pemberian obat	79
BAB-7	BEST PRACTICES PATIENT CANTERED CARE.....	85
	A. Intervensi yang Dilakukan .....	86
	B. Intervensi pada bidang berikut yang dilaksanakan Patient Centered Care .....	86
	C. Pembelajaran dan Keberlanjutan .....	89
	D. Keberlanjutan .....	90
	E. Bagaimana Cara Memberikan Perawatan Berpusat pada Pasien (Patient Centered Care) di rumah sakit? ...	91
	F. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Patient Centered Care .....	92
	DAFTAR PUSTAKA .....	101

# PENDAHULUAN

Semakin tingginya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan mempengaruhi rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan. Peningkatan pelayanan kesehatan dilakukan rumah sakit demi menunjang penyembuhan dan pemulihan dengan perhatian penuh akan kenyamanan pasien. Menurut Supriyanto dan Ernawaty (2010), perkembangan pelayanan kesehatan di Indonesia telah berhasil meningkatkan pelayanan kesehatan secara lebih merata. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi telah mengakibatkan golongan masyarakat yang berpendidikan dan menguasai informasi semakin bertambah, sehingga mereka dapat memilih dan menuntut untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan mempunyai kewajiban untuk melayani pasien dengan fasilitas yang lengkap serta pelayanan yang cepat dan tepat. Untuk mencapai hal tersebut manajemen rumah sakit harus dilaksanakan dengan benar (Rhesavani, 2013). Proses perawatan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak praktisi kesehatan serta melibatkan berbagai jenis perawatan pasien yang diharapkan akan menghasilkan proses-proses perawatan yang efisien, penggunaan sumber daya manusia dan lainnya yang efektif, serta kemungkinan kondisi pasien yang lebih baik. Oleh karena itu, pemimpin menerapkan berbagai sarana dan teknik untuk mengintegrasikan dan mengkoordinasikan perawatan pasien dengan lebih baik misalnya, perawatan diberikan oleh tim medis, kunjungan terhadap pasien dilaksanakan oleh berbagai departemen, formulir perencanaan perawatan bersama, rekam medis yang terintegrasi dan manajer-manajer kasus (Frelita et al, 2011).

Pelayanan keperawatan adalah bagian dari sistem pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang mempunyai fungsi menjaga mutu pelayanan, yang sering dijadikan barometer oleh masyarakat, dalam menilai mutu rumah sakit, sehingga menuntut adanya profesionalisme perawat dalam bekerja yang ditunjukkan oleh hasil kinerja perawat, baik itu perawat pelaksana maupun pengelola dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Pelaksanaan kerja perawat yang maksimal dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas terjadi bila sistem pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan mendukung praktik keperawatan profesional sesuai standar (Wahyuni, 2007).

Kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit bergantung pada keterampilan, kecepatan, kemudahan dan ketepatan dalam melakukan tindakan praktek keperawatan (Supriyanto dan Ratna, 2011). Pelayanan keperawatan yang bermutu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang. Sampai saat ini para ahli dibidang kesehatan dan keperawatan berusaha meningkatkan: mutu diri, profesi, peralatan keperawatan, kemampuan manajerial keperawatan dan mutu asuhan keperawatan (Potter dan Perry, 2005).

Kegiatan perawatan dilakukan oleh perawat berdasarkan ilmu dan giat keperawatan. Perawat disebut juga "*The caring person*" merupakan tenaga kesehatan profesional yang memberikan pelayanan kesehatan dengan pendekatan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang dilakukan secara berkesinambungan. Menurut Tjiptono (2004), indikasi kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat tercermin dari persepsi pasien atas pelayanan kesehatan yang telah diterima. Persepsi pasien tentang kualitas pelayanan merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu pelayanan.

Kinerja merupakan hasil kerja yang secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Kinerja sendiri dalam pekerjaan bergantung pada penyatuan antara kemampuan dan iklim kerja yang mendukung (Mangkunegara, 2007). Kinerja perawat yang bekerja disuatu rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan

yang konstan dan terus menerus selama 24 jam kepada pasien setiap hari, sehingga dapat memberikan suatu gambaran baik atau buruknya suatu pelayanan keperawatan di rumah sakit tersebut. Pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan jelas mempunyai kontribusi yang sangat menentukan kualitas pelayanan di rumah sakit, sehingga setiap upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit harus juga disertai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan (Yani, 2007).

Suatu rencana perawatan tunggal dan terintegrasi mengidentifikasi perkembangan terukur yang diharapkan oleh masing-masing disiplin adalah lebih baik daripada rencana perawatan terpisah yang disusun oleh masing-masing praktisi. Rencana perawatan pasien harus mencerminkan sasaran perawatan yang khas untuk masing-masing individu, objektif dan realistis sehingga nantinya penilaian ulang dan revisi rencana dapat dilakukan. Untuk mencapai hal-hal tersebut harus memenuhi elemen-elemen sebagai berikut: Perawatan pasien direncanakan oleh dokter, perawat dan profesional kesehatan lainnya yang bertanggung jawab dalam kurun waktu 24 jam setelah pasien masuk sebagai pasien rawat inap, perawatan yang direncanakan bersifat khas untuk masing-masing pasien dan berdasarkan data penilaian awal pasien, perawatan yang direncanakan didokumentasikan dalam rekam medis dalam bentuk perkembangan (sasaran) terukur, perkembangan (sasaran) yang diantisipasi diperbarui atau direvisi (jika diperlukan) berdasarkan penilaian ulang pasien oleh praktisi perawatan kesehatan, perawatan yang direncanakan untuk setiap pasien ditinjau dan diverifikasi oleh dokter yang bertanggung jawab dengan notasi dalam catatan perkembangan, perawatan yang direncanakan tersedia (Frelita, Situmorang & Silitonga, 2011).

Kinerja perawat dalam menerapkan suatu konsep pelayanan kesehatan dapat dirasakan oleh rumah sakit dan juga pasien. Salah satu konsep pelayanan kesehatan yang coba diterapkan saat ini oleh rumah sakit di Indonesia yang sebelumnya sudah banyak diterapkan oleh negara-negara maju adalah *patient centered care* (PCC) atau pelayanan yang berpusat pada seseorang.

The Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan *Patient Centered Care* adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang menciptakan hubungan kerjasama yang baik diantara praktisi kesehatan, pasien, dan keluarganya (jika diperlukan) untuk menjamin bahwa keputusan yang dibuat menghormati keinginan pasien, kebutuhan pasien, pilihan pasien, menjamin pasien mendapatkan pengetahuan serta mendukung pasien untuk mengambil keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan mereka sendiri (Shaller, D, 2007).

Konsep PCC memberikan pelayanan tidak hanya dengan berbicara dengan pasien tetapi memberikan informasi dan edukasi pada setiap pasien, lebih memperhatikan kebutuhan pasien sebagai individu, pendekatan dengan sentuhan yakni memberikan dukungan emosional dan memberikan kenyamanan fisik, mulai dari masuk rumah sakit sampai dengan perawatan lanjutan yang diperlukan.

Penelitian Steward, *et all* (2010) dan Anderson EB (2002) menunjukkan bahwa pendekatan PCC dalam perawatan telah terbukti untuk meningkatkan status pasien. Pendekatan ini mengandalkan pondasi hubungan antara penyedia layanan dan pasien, peningkatan komunikasi, membina iklim positif, dan mendorong pasien untuk berpartisipasi secara aktif dalam interaksi antara keduanya.

Interaksi pasien – perawat selama proses perawatan secara konsisten dengan prinsip PCC efektif terhadap peningkatan pemberian asuhan keperawatan, dan untuk memastikan PCC diterapkan dalam proses perawatan, perawat seharusnya melakukan penilaian secara berkelanjutan pada kebutuhan pasien yang berhubungan dengan proses perawatan mereka dan mendorong kesempatan pasien untuk berpartisipasi. Interaksi yang dilakukan secara berkesinambungan dapat meningkatkan komunikasi antara perawat dan pasien sehingga dapat menghindari terjadinya hal – hal yang tidak diharapkan, seperti Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Potensial Cedera (KPC) bahkan sentinel (KTD fatal).

Komunikasi terhadap berbagai informasi mengenai perkembangan pasien antar profesi kesehatan di rumah sakit merupakan komponen

yang fundamental dalam perawatan pasien (Riesenberg, 2010). Alvarado, *et al.* (2006) mengungkapkan bahwa ketidakakuratan informasi dapat menimbulkan dampak yang serius pada pasien, hampir 70% kejadian sentinel yaitu kejadian yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius di rumah sakit disebabkan karena buruknya komunikasi. Pernyataan peneliti di atas sejalan dengan pernyataan Angood (2007) yang mengungkapkan bahwa berdasarkan hasil kajian data terhadap adanya *adverse event*, *near miss* dan *sentinel event* di rumah sakit, masalah yang menjadi penyebab utama adalah komunikasi. Menghindari kesalahan yang dapat terjadi, serta mengurangi kerugian yang dialami pasien akibat adanya mutu dari pelayanan yang diberikan. Penerapan keselamatan pasien yang dilakukan oleh rumah sakit diharapkan dapat memberikan manfaat dalam upaya pencitraan yang positif dalam pengembangan rumah sakit yaitu meningkat dan berkembangnya budaya keselamatan (*safety culture*), komunikasi dengan pasien berkembang, menurunnya kejadian yang tidak diharapkan dengan peta KTD selalu ada dan terkini, resiko klinis menurun, keluhan dan litigasi berkurang, mutu pelayanan meningkat dan citra rumah sakit serta kepercayaan masyarakat meningkat (Cahyono, 2008).

*Patient Centered Care (PCC)* adalah tujuan sekaligus alat yang digunakan untuk meningkatkan hasil kesehatan. Penerapan *PCC* dalam layanan perawatan *kesehatan* secara global beragam (Cheraghi, Esmaeili, and Salsali 2017). Inti *PCC* adalah menunjukkan pasien sebagai pribadi yang unik, menghargai nilai, dan keyakinan mereka dan untuk merespon secara fleksibel akan kebutuhan dan pilihan mereka (McCormack 2003; Mead and Bower 2000). Penerapan *PCC* menyiratkan bahwa tenaga perawatan kesehatan menilai karakteristik pasien, kebutuhan, dan pilihan pasien lalu mendiskusikan dengan pasien tentang kondisi kesehatan mereka dan rencana perawatan serta mendorong partisipasi pasien dalam keputusan yang terkait untuk pengobatan dan menerapkan pilihan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien (Lauver *et al.* 2002; Schoot *et al.* 2005). *PCC* meningkatkan kualitas perawatan pada pasien karena fokus perawatan tidak lagi terletak pada penyelesaian tugas tapi

penyesuaian *personal* (McCormack 2003). Agar *Patient Centered Care* dapat efektif dibutuhkan kejelasan mengenai maksud dari *Patient Centered Care* (Davidson et al. 2004).

Sebelumnya terdapat beberapa penelitian terkait *PCC* dalam meningkatkan hasil perawatan (*outcome*), kepuasan pasien (Hobbs 2009; Kowinsky et al. 2009), kepatuhan (Epstein and Street 2011), kualitas hidup (Poochikian-Sarkissian et al. 2010), serta mengurangi penggunaan layanan medis yang banyak dan tidak efektif (Shaller 2007). Sedangkan menurut Amin Hakim (2011), banyaknya informasi medis yang diperoleh pasien dalam proses *PCC* mengakibatkan pasien mengalami kesulitan dalam memahami dan mengambil keputusan medis (Hakim 2011). Mengingat ketertarikan organisasi layanan kesehatan, institusi, dan lembaga publik pada *PCC* dalam beberapa dekade terakhir, maka upaya untuk menentukan dan mengukur hasil *PCC* menjadi lebih penting (Robinson et al. 2008)

## BAB-1

# Teori dan Konsep *Patient Centered Care*

### A. Definisi *Patient Centered Care*

*Patient Centered Care (PCC)* adalah inovasi pendekatan dalam perencanaan, pelayanan, dan evaluasi perawatan kesehatan yang berdasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara penyedia pelayanan kesehatan, pasien, dan keluarga (Keene, n.d.). *Institution Of Medicine (IOM)* (2001) mendefinisikan *Patient Centered Care (PCC)* sebagai “perawatan yang ramah dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan, dan nilai pasien secara individual, dan memastikan pasien membuat keputusan klinis” (Institute of Medicine (U.S.) and Committee on Quality of Health Care in America 2001). Hal ini hampir serupa dengan pendapat Lauver dkk. (2002) bahwa *Patient Centered Care* adalah sejauh mana profesional perawatan memilih dan memberikan intervensi yang responsif terhadap kebutuhan individual. Sedangkan Suhonen, Välimäki, dan Leino-Kilpi (2002) mendefinisikan *Patient Centered Care* sebagai perawatan komprehensif yang memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial setiap pasien. Tak satu pun dari definisi ini mewakili *PCC* secara keseluruhan (Suhonen, Välimäki, and Leino-Kilpi, n.d.)

*Patient Centered Care (PCC)* adalah mengelola pasien dengan merujuk dan menghargai individu pasien meliputi preferensi/pilihan, keperluan, nilai – nilai, dan memastikan bahwa semua pengambilan keputusan klinik telah mempertimbangkan dari semua nilai – nilai yang diinginkan

pasien. (Frampton, 2008). Institute Of Medicine (IOM) mendefinisikan PCC (*Patient Centered Care*) sebagai asuhan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai – nilai pribadi pasien. Serta memastikan bahwa nilai – nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis. (Shaller, 2007).

Table 1. Differences between patient-centered care and person-focused care	
Patient-centered care	Person-focused care
Generally refers to interactions in visits	Refers to interrelationships over time
May be episode oriented	Considers episodes as part of life-course experiences with health
Generally centers around the management of diseases	Views diseases as interrelated phenomena
Generally views comorbidity as number of chronic diseases	Often considers morbidity as combinations of types of illnesses (multimorbidity)
Generally views body systems as distinct	Views body systems as interrelated
Uses coding systems that reflect professionally defined conditions	Uses coding systems that also allow for specification of people's health concerns
Is concerned primarily with the evolution of patients' diseases	Is concerned with the evolution of people's experienced health problems as well as with their diseases

---

**Barbara Starfield, MD, MPH**, is a University Distinguished Professor in the Department of Health Policy and Management at Johns Hopkins University in Baltimore, MD. E-mail: bstarfie@jhsph.edu.

## B. Konsep patient centered care

Belum ada kesepakatan yang jelas mengenai konsep dari PCC. Namun beberapa jurnal mencoba untuk memberikan pendapatnya mengenai konsep dari PCC. Menurut hasil penelitian yang dilakukan pada tahun 1993 oleh *Picker Institute* bekerja sama dengan *Harvard School of Medicine* menjelaskan bahwa PCC memiliki 8 dimensi yakni (Keene, n.d.) :

1. Menghormati pilihan dan penilaian pasien
2. Dukungan emosional
3. Kenyamanan fisik
4. Informasi dan edukasi
5. Berkelanjutan dan transisi

6. Koordinasi pelayanan
7. Akses pelayanan
8. Melibatkan keluarga dan teman

Beberapa penelitian lain seperti penelitian yang dilakukan oleh Moreau dan Hudon menjelaskan bahwa *PCC* memiliki enam *komponen* utama, yakni mengeksplorasi penyakit dan riwayat penyakit, memahami pasien secara utuh dari perspektif biopsikososial, menemukan penyebab, meningkatkan hubungan dokter-pasien untuk menciptakan hubungan terapeutik, bersikap realistis, dan menggabungkan pencegahan dan promosi kesehatan (Moreau et al. 2012; Hudon et al. 2011). Konsensus tingkat tinggi menyebutkan *bahwa* terdapat 9 model dan kerangka kerja untuk mengidentifikasi *PCC*, 6 elemen inti berikut paling sering dikenali (Shaller 2007):

1. Saling berbagi pengetahuan
2. Melibatkan keluarga dan teman
3. Kolaborasi dan manajemen tim
4. Peka terhadap segi perawatan nonmedis dan spiritual
5. Menghormati kebutuhan dan keinginan pasien
6. Memberi kebebasan dan kemudahan memperoleh informasi

### **C. Tujuan Patient Centered Care**

Dari berbagai jurnal penelitian mengenai *PCC* yang penulis dapatkan, *PCC* memiliki manfaat sebagai berikut (Shaller 2007; Hudon et al. 2011; Ells, Hunt, and Chambers-Evans 2011; Suhonen, Välimäki, and Leino-Kilpi, n.d.; Sidani 2008) :

1. Meningkatkan kepuasan pasien
2. Meningkatkan hasil klinis
3. Mengurangi pelayanan medis yang berlebihan dan tidak bermanfaat
4. Mengurangi kemungkinan malpraktek dan keluhan
5. Meningkatkan kepuasan dokter

6. Meningkatkan waktu konsultasi
7. Meningkatkan keadaan emosional pasien
8. Meningkatkan kepatuhan obat
9. Meningkatkan pemberdayaan pasien
10. Mengurangi tingkat keparahan gejala
11. Mengurangi biaya perawatan kesehatan

Menurut Silow, (2006) tujuan dari PCC (*Patient Centered Care*) adalah:

1. Perawatan diberikan secara tepat waktu, aman dan tepat sesuai dengan standar profesi, persyaratan hukum dan perundang – undangan.
2. Perawatan selama transisi akan mencerminkan tingkat keterampilan staf.
3. Perawatan terkoordinasi untuk memastikan hasil yang terbaik bagi pasien.
4. Tidak ada duplikasi perawatan pasien.
5. Suatu distribusi yang adil dari pekerjaan.
6. Sebuah pendekatan multidisiplin untuk pemberian perawatan.
7. Untuk memastikan pendekatan holistik dalam pelayanan keperawatan yang mencerminkan praktek profesional saat ini.
8. Mengembangkan dan menerapkan “Model of Care”

*Patient Centered Care* (PCC) adalah mengelola pasien dengan merujuk dan menghargai individu pasien meliputi preferensi/pilihan, keperluan, nilai-nilai, dan memastikan bahwa semua pengambilan keputusan klinik telah mempertimbangkan dari semua nilai-nilai yang diinginkan pasien (Frampton, *et al*, 2008). Prinsip yang fundamental dalam pemberian pelayanan kesehatan maupun keperawatan, dan sekaligus aspek yang paling kritis dari manajemen kualitas. Keselamatan pasien (*patient safety dari PCC*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi

pengenalan resiko, identifikasi dan pengolahan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan resiko (Depkes, 2008).

Menurut Institute for Patient-Family Centered Care (2012) Pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga adalah suatu pendekatan dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi pelayanan kesehatan yang berbasis pada kemitraan yang saling memberikan manfaat antara penyedia layanan, pasien dan keluarga.

Menurut Australian Commision on Safety nd Quality in Health Care (ACSQHC) patient centered care adalah suatu pendekatan inovatif terhadap perencanaan, pemberian dan evaluasi atas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pemberi layanan kesehatan, pasien dan keluarga. Patient centered care diterapkan kepada pasien dari segala kelompok usia dan bisa dipraktekkan dalam setiap bentuk pelayanan kesehatan (Lumenta, 2012).

PCC menekankan bahwa pengelola rumah sakit perlu melihat dari perspektif pasien atau membayangkan diri sendiri menjadi pasien untuk dapat memahami kebutuhan pasien dan menjadi rumah sakit yang fokus pada pasien. Seluruh komponen rumah sakit, termasuk klinisi harus menerapkan konsep PCC dan pola pikir bahwa pasien adalah satu-satunya pasien yang ada sehingga benar-benar fokus, serta tidak membuat keputusan tanpa melibatkan pasien (*no decision for me without me*).

Defisit dalam kualitas perawatan di rumah sakit yang umum di semua negara, peningkatan lingkungan kerja rumah sakit mungkin menjadi strategi biaya yang relatif rendah untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas dalam perawatan di rumah sakit dan meningkatkan kepuasan pasien (Linda, *et all*, 2012) Menurut Silow, *et all* (2006), PCC merupakan inisiatif untuk meningkatkan pelayanan yang bervariasi, termasuk upaya untuk meningkatkan model pelayan penyakit kronis, kompetensi budaya dan keragaman di tempat kerja. Faktanya komponen konsep PCC terintegrasi membentuk sebuah pemikiran baru “PCC untuk kelompok rentan”. Upaya tersebut terjadi secara bersamaan dalam 4 level, yaitu:

- 1) Level organisasi, misalnya: struktur, proses, kepemimpinan, pendanaan, teknologi informasi.
- 2) Level pasien, misalnya: navigasi, penterjemah, akses mudah, edukasi.
- 3) Level penyedia pelayanan, misalnya: pelatihan, tim interdisipliner, keragaman, kompetensi budaya.
- 4) Level komunitas, misalnya: mencapai lebih dari target, rekrutmen dan kemitraan.

#### **D. Tujuan Patient Centered Care, dibidang keperawatan**

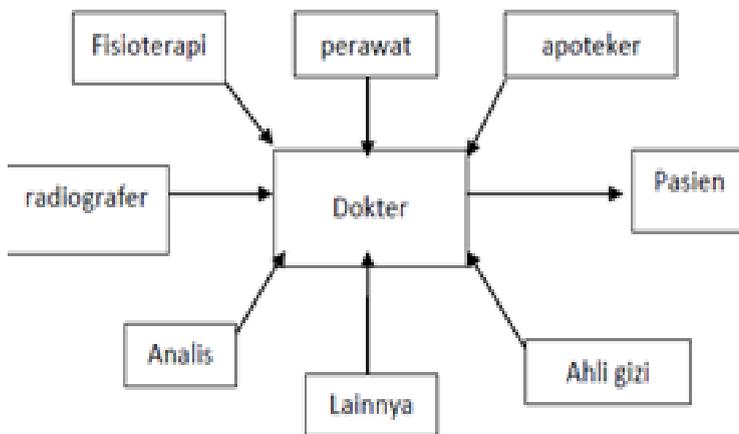
- 1) Perawatan diberikan secara tepat waktu, aman dan tepat sesuai dengan standar profesi, persyaratan hukum dan perundang-undangan.
- 2) Perawatan selama transisi akan mencerminkan tingkat keterampilan staf.
- 3) Perawatan terkoordinasi untuk memastikan hasil yang terbaik bagi pasien.
- 4) Tidak ada duplikasi perawatan pasien.
- 5) Suatu distribusi yang adil dari pekerjaan.
- 6) Sebuah pendekatan multidisiplin untuk pemberian perawatan.
- 7) Untuk memastikan pendekatan praktek profesional saat ini.
- 8) Mengembangkan dan menerapkan “*Model of Care*”
  - a) Komunikasi yang akurat dan tepat waktu dalam dokumentasi
  - b) Profesional, keterampilan, pendidikan, pemberi asuhan, loyalitas, komitmen dan keunggulan
  - c) Respek diri, budaya pasien dan organisasi
  - d) Sikap positif
  - e) Privasi
  - f) Transisi pasien, sumber daya dan staf

Di semua negara, perawat staf dan kualitas lingkungan kerja rumah sakit (dukungan manajerial untuk perawatan, hubungan dokter-perawat

yang baik, partisipasi perawat dalam mengambil keputusan, dan prioritas organisasi pada kualitas pelayanan) secara bermakna dikaitkan dengan kepuasan pasien, kualitas dan keamanan perawatan, dan hasil perawat tenaga kerja. Lebih khusus, rumah sakit dengan lingkungan kerja yang baik dan staf perawat telah meningkatkan hasil bagi pasien dan perawat sama (Linda, *et all*, 2012). Patient Centered care telah didefinisikan oleh banyak orang. Namun, sebagian besar pihak berwenang akan menerima definisi yaitu beberapa petugas kesehatan dari berbagai latar belakang profesional bekerja sama dengan pasien, keluarga, perawat, dan masyarakat untuk memberikan pelayanan terbaik (WHO, 2010).

### E. Perbedaan Model Tradisional dengan Patient Centered Care

Pada model tradisional dalam pelayanan kesehatan, dokter merupakan unit sentral atau pusat dalam model pelayanan kesehatan.



**Figure 1 Model Tradisional Pelayanan Kesehatan (Lumenta.2012)**

Pada model tradisional pelayanan kesehatan ini, pasien dan keluarga “dibangun” patuh tanpa syarat kepada keahlian pada profesional layanan kesehatan yang peternalistik. Model patient centered care merupakan pendekatan yang lebih modern dalam pelayanan kesehatan sekarang. Model ini telah menggeser semua pemberi pelayanan kesehatan menjadi

di sekitar pasien dan berfokus kepada pasien. Pada model *patient centered care* ini diberlakukan kemitraan yang setara ( Sodomka,2006 ).

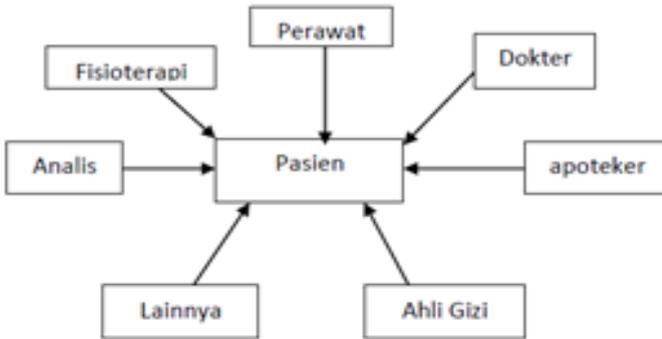


Figure 2 Model Patient Centered Care (Lumenta, 2012)

## F. Konsep Inti dari Patient Centered Care

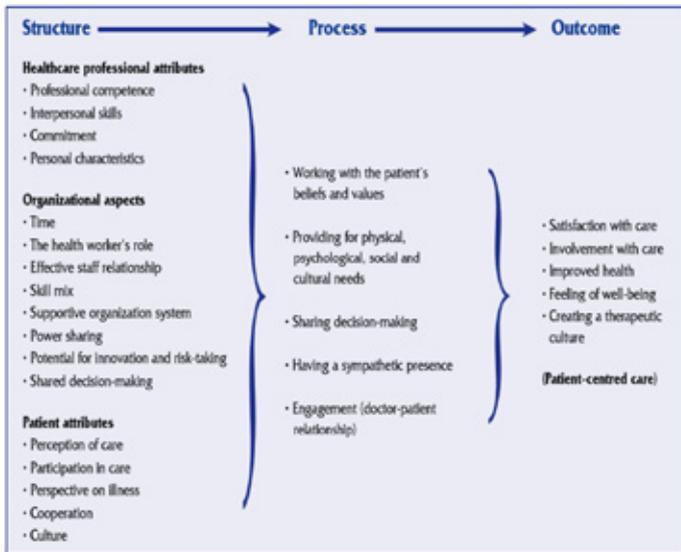
### 1. Penghormatan dan martabat

Dalam rangka untuk mendapatkan rasa hormat yang diperlukan dari anggota keluarga, penyedia pelayanan kesehatan mendengarkan dan menghormati keinginan dan pilihan pasien dan anggota keluarga mereka. Berbagi Informasi Dengan menawarkan informasi yang akurat dan objektif kepada pasien dan keluarga mereka mengenai pilihan pengobatan, itu memberikan mereka kesempatan untuk mengajukan pertanyaan, berbagi perspektif mereka, dan membuat keputusan mengenai perawatan pasien.

### 2. Partisipasi Anggota keluarga didorong untuk mengambil bagian dalam proses pengambilan keputusan. Pemberian hak pasien dan keluarga hak untuk membuat pilihan dan keputusan pada waktu mereka sendiri meningkatkan hubungan yang saling menguntungkan antara dokter dan keluarga pasien. Kolaborasi staf medis, dan administrasi rumah sakit berkolaborasi dengan pasien dan keluarga pada pengembangan program. Pelayanan

berfokus pada pasien.

3. Patient centered care perspektif ppa (para pemberi asuhan)
4. Interdisiplin
5. Interprofesional collaboration
6. DPJP sebagai clinical leader
7. Personalized care
8. *The decision making process, a patient centered approach: an essential part of a patient-centered approach to medicine, called collaboration*



**Figure 3 Teori Sistem Patient Centered Care**  
(Mc. Cormack and MC.Cane.2008)

Teory Mc Cormack dan Mc Cane, 2006 menjelaskan bahwa *Patient Centered Care* dapat di tinjau dari 3 Faktor dalam Sistem yaitu Struktur, Proses dan Outcome.

1. Struktur; yang dapat mempengaruhi terbentuknya Patient Centered Care adalah :

- a. Karakteristik RS yang profesional :
    - 1) Kemampuan profesional
    - 2) Kemampuan interpersonal
    - 3) Komitmen
    - 4) Karakteristik perorangan
  - b. Aspek Organisasi :
    - 1) Waktu
    - 2) Peran Tenaga Kesehatan
    - 3) Hubungan staf yang efektif
    - 4) Mix skill
    - 5) Pembagian wewenang
    - 6) Sistem organisasi yang mendukung
    - 7) Pengambilan keputusan bersama
  - c. Karakteristik Pasien:
    - 1) Persepsi mengenai perawatannya
    - 2) Partisipasi dalam perawatan
    - 3) Perseptif pada penyakitnya
    - 4) Kooperatif
    - 5) Budaya
2. Proses dari Patient Centered Care terdiri dari komponen :
- a. Bekerja dengan nilai – nilai dan kepercayaan dari pasien
  - b. Menyediakan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan budaya
  - c. Berbagi dalam pengambilan keputusan
  - d. Memiliki sikap simpatik
  - e. Keterikatan ( hubungan dokter-pasien)
3. Outcome Patient Centered Care adalah :
- a. Kepuasan dengan perawatan
  - b. Keterlibatan dengan perawatan
  - c. Peningkatan kesehatan

- d. Kesejahteraan
- e. Menciptakan budaya terapi

Bila ketiga system yang saling berhubungan tersebut dapat dilaksanakan maka outcome dari Patient Centered Care dapat terealisasi di rumah sakit.

### G. Patient Centere Care dalam Sistem Pelayan Pasien

Patient centered care dapat ditinjau dari suatu Sistem dalam pelayanan di rumah sakit maka gambaran output dari pasien dapat dibuat dalam bentuk gambar kerangka pemikiran seperti dibawah ini:

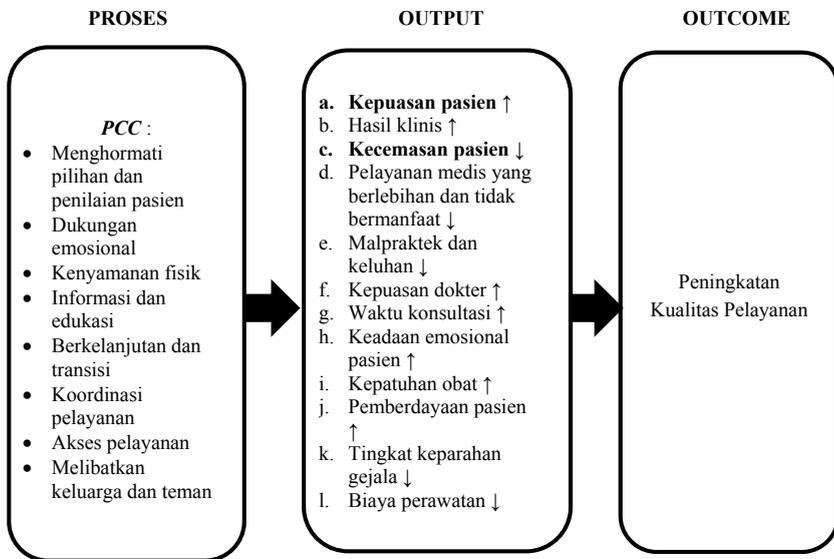


Figure 4: Kerangka Pemikiran Patient Centered Care dalam Sistem Pelayan RS

### H. Dimensi Patient Centered Care

Menurut Jhonson, (2008) Dimensi Dari PCC (*Patient Centered Care*) adalah sebagai berikut:



**Gambar 2.1** *Dimensions of PCC*

Dalam pelaksanaannya, PCC (*Patient Centered Care*) terdiri dari 8 dimensi yaitu :

- 1) Menghormati nilai-nilai, pilihan dan kebutuhan yang diutarakan oleh pasien
- 2) Koordinasi dan integrasi asuhan
- 3) Informasi, komunikasi dan edukasi
- 4) Kenyamanan fisik
- 5) Dukungan emosional dan penurunan rasa takut dan kecemasan
- 6) Keterlibatan keluarga dan teman
- 7) Asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar
- 8) Akses terhadap pelayanan

### **Penerapan PCC melalui Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012**

Menghormati nilai-nilai, pilihan dan kebutuhan yang diutarakan pasien.; Pelayanan berpusat dan bermitra dengan pasien. Pasien dan keluarga diibatkan dan di-*support* untuk ikut serta dalam keperawatan dan pembuatan keputusan. Pasien bukan sebagai obyek saja, tetapi sebagai *center of care* yang dilibatkan dalam perawatan dan *decision making*.

Perawat bertanggung jawab untuk memberikan proses yang mendukung hak pasien & keluarganya selama dalam pelayanan.

- a) Perawat menyampaikan hak pasien dan keluarga selama dirawat di RS dan menghargai sebagai individu yang unik dengan berbagai karakter. Setiap pasien dijelaskan tentang hak-hak & tentang jawab mereka dengan cara dan bahasa yang dapat mereka pahami.
- b) Pelayanan dilaksanakan dengan penuh perhatian dan menghormati nilai-nilai pribadi & kepercayaan pasien
- c) Perawat mendengarkan dan menghormati pilihan pasien. Pengetahuan, nilai-nilai yang dianut, dan *background* budaya pasien ikut berperan penting selama perawatan pasien dan menentukan *outcome* pelayanan kesehatan kepada pasien.
- d) Perawat menghormati kebutuhan privasi pasien. Tiap pasien memiliki karakteristik yang unik sebagai individu, masing-masing memiliki kebutuhan yang berbeda. Tiap individu memiliki kebutuhan privasi yang berbeda dan harus dipenuhi oleh perawat. Perawat dididik tentang peran mereka dalam mengidentifikasi nilai-nilai & kepercayaan pasien serta melindungi hak dan privasi pasien.

Partisipasi keluarga dan teman dalam proses pelayanan. RS mendukung keluarga dan teman untuk berpartisipasi dalam proses pelayanan. Perawat mengajak keluarga dan teman pasien dalam membuat perencanaan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi program yang akan didapatkan oleh pasien. Keluarga berhak ikut serta dalam pengambilan keputusan selama proses perawatan di RS, misalnya menghormati keinginan & pilihan pasien atau keluarga untuk suatu pelayanan atau membatalkan atau memberhentikan pengobatan.

Dukungan emosional dan sosial. Peran teman dan keluarga dapat diberikan dalam bentuk dukungan emosional dan sosial, misalnya menemani pasien saat di rumah sakit, memberikan informasi berkaitan dengan dunia luar selama pasien di rawat.

## I. PCC sebagai sebuah dimensi kualitas pelayanan

Dalam laporannya, *Institute of Medicine (IOM)* menguraikan 4 level yang menjadi penentu kualitas pelayanan dan peran *PCC* pada pasien perawatan (Keene, n.d.) :

1. Level pengalaman mengacu pada pengalaman individu pasien terhadap perawatan mereka. Dalam hal ini tingkat, perawatan harus diberikan dengan penuh hormat, memberi informasi yang jujur dan mendorong partisipasi pasien dan keluarga.
2. Level mikro-sistem klinis mengacu pada tingkat layanan, departemen atau program pelayanan. Pada tingkat ini, pasien dan penasihat keluarga harus berpartisipasi dalam keseluruhan desain layanan, departemen atau program; misalnya perancangan ulang tim dan berpartisipasi dalam perencanaan, pelaksanaan, serta mengevaluasi perubahan.
3. Level organisasi mengacu pada organisasi secara keseluruhan. Tingkat organisasi tumpang tindih dengan tingkat mikro-sistem klinis, dalam hal organisasi terbentuk berbagai layanan, departemen dan program. Pada tingkat ini, pasien dan keluarga harus berpartisipasi sebagai anggota penuh dari komite organisasi kunci untuk subyek seperti keamanan pasien, desain fasilitas, peningkatan kualitas, pendidikan pasien dan keluarga, etika dan penelitian.
4. Level lingkungan mengacu pada kebijakan sistem kesehatan.

**Kata lain PCC dalam jurnal (Keene, n.d.)**

- a. *Constumer Centered Care*
- b. *Person Centered Care*
- c. *Personalized Centered Care*
- d. *Family Centered Care*

**J. Patient Centered Care dan Infomasi, Komunikasi, Edukasi**

Perawat memberikan edukasi untuk menunjang partisipasi pasien & keluarga dalam pengambilan keputusan dan proses pelayanan. Edukasi tentang proses perawatan penting untuk membantu pasien dan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat agar tidak merasa dirugikan. Perawat berusaha mengurangi kendala fisik, bahasa dan budaya serta penghalang lainnya dalam memberikan pelayanan. Dilakukan asesmen

kebutuhan pendidikan masing-masing pasien dan dicatat di rekam medi. Komunikasi dan edukasi kepada pasien & keluarga diberikan dalam format dan bahasa yang dapat dimengerti. Penggunaan bahasa dan istilah ketika berinteraksi dengan pasien menyesuaikan dengan pendidikan dan latar belakang pasien. Hal ini bertujuan agar pemberian informasi dan edukasi dapat dipahami dan diterima dengan baik.

Perawat menginformasikan kepada pasien & keluarga tentang asuhan dan pelayanan, serta bagaimana cara mengakses/untuk mendapatkan pelayanan tersebut. Penjelasan tentang fasilitas dan cara untuk mengaksesnya perlu disampaikan saat pasien masuk, dapat berupa booklet atau lembar balik dan bukan penjelasan secara lisan saja. Perawat berkolaborasi dengan dokter memberitahu pasien dan keluarga, dengan cara dan bahasa yang dapat dimengerti tentang proses bagaimana mereka akan diberitahu tentang kondisi medis dan setiap diagnosis pasti, bagaimana mereka ingin dijelaskan tentang rencana pelayanan dan pengobatan, serta bagaimana mereka dapat berpartisipasi dalam keputusan pelayanan bila diminta oleh pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga diberitahu tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Perawat memberitahu pasien dan keluarganya tentang bagaimana mereka akan dijelaskan tentang hasil pelayanan dan pengobatan, termasuk hasil KTD dan siapa yang akan memberitahukan. Pasien dan keluarganya mendapat penjelasan tentang pelayanan yang ditawarkan, hasil yang diharapkan dan perkiraan biaya pelayanan. Berkolaborasi dengan tim lain dalam menjelaskan perkiraan biaya pelayanan selama pasien dirawat.

Perawat memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya mengenai proses untuk menerima dan bertindak terhadap keluhan, konflik dan perbedaan pendapat tentang pelayanan pasien serta hak pasien untuk berpartisipasi dalam proses Asuhan yang berkelanjutan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan transisi yang lancar. Semua pasien yang dilayani perawat harus diidentifikasi kebutuhannya. Pelayanan direncanakan dan diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Perawat memberikan pemahaman dan informasi detail tentang pengobatan, penurunan kondisi fisik, kebutuhan diet dan informasi lain terkait kebutuhan pasien.

Kebutuhan pelayanan medis dan keperawatan ditetapkan berdasarkan assesmen awal. Pasien diterima berdasarkan pada kebutuhan pelayanan kesehatan mereka. Perlu adanya koordinasi dan perencanaan terkait pengobatan yang berjalan dan perawatan setelah pulang, serta memastikan bahwa pasien dan keluarga sudah memahami informasi tersebut. Perawat menjelaskan pada pasien fasilitas yang tersedia di rumah sakit, misalnya pelayanan anestesi, pelayanan laboratorium, pelayanan radiologi dan pelayanan diagnostik lain untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Perawat memperhatikan kebutuhan klinis pasien pada waktu menunggu atau penundaan untuk pelayanan diagnostik dan pengobatan. Perawat berespon terhadap permintaan pasien dan keluarganya untuk pelayanan rohani atau sejenisnya berkenaan dengan agama dan kepercayaan pasien. Pasien dirujuk ke RS lain berdasarkan atas kondisi dan kebutuhan pelayanan lanjutan. Perawat menjelaskan tentang proses rujukan dan pemulangan pasien rawat inap atau rawat jalan, termasuk perencanaan untuk kebutuhan transportasi pasien.

### **Akses terhadap pelayanan**

- a. Memberikan informasi tentang akses lokasi rumah sakit terakut, klinik, perawat praktek mandiri dan dokter praktek. Pasien membutuhkan informasi cara yang mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan terdekat, terutama untuk pasien yang tinggal di daerah yang jauh dari pelayanan kesehatan. Alternatif pelayanan yang diperoleh di dokter praktik, praktik mandiri perawat, klinik maupun polindes.
- b. Memberikan informasi yang jelas tentang layanan khusus yang dapat diakses oleh pasien. Pasien dengan diagnosa tertentu selain dukungan dari teman dan keluarga juga membutuhkan dukungan dari rekan sebaya. Layanan khusus dapat berupa kelompok dukungan sebaya, misalnya pada pasien HIV/AIDS atau pasien kusta.

### **Integrasi dan Koordinasi**

Staf medis, keperawatan dan staf lain yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien, bekerja sama dalam menganalisis dan mengintegrasikan assesmen pasien. Ada prosedur untuk mengintegrasikan dan mengkoor-

dinasikan asuhan yang diberikan kepada setiap pasien. Mendesain dan melaksanakan proses untuk memberikan pelayanan asuhan pasien yang berkelanjutan di dalam RS dan koordinasi antar para tenaga medis. Tenaga kesehatan profesional yang memberi pelayanan pasien berkolaborasi dalam memberikan pendidikan.

Penerapan Integrasi dan Koordinasi Patient Centered Care terlihat pada kegiatan perawat dalam melakukan :

- 1) Kenyamanan fisik Manajemen nyeri
  - a. Perawat mendukung hak pasien terhadap assesmen dan manajemen nyeri yang tepat. Semua pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan di skrining untuk rasa sakit dan dilakukan assesmen apabila ada rasa nyerinya. Pasien dibantu dalam pengelolaan rasa nyeri secara efektif.
  - b. Memberikan kenyamanan fisik  
Perawat membantu pasien dalam aktifitas sehari-hari, menjaga lingkungan dan rumah sakit tetap fokus, termasuk memastikan pemenuhan kebutuhan pribadi pasien. Menjaga kebersihan dan kenyamanan area sekitar pasien, menyediakan akses yang mudah untuk dikunjungi oleh keluarga dan rekan pasien pada jam kunjung.
- 2) Dukungan emosional dan penurunan ansietas, termasuk pada pasien yang akan meninggal
  - a. Pasien dapat mengalami kecemasan berlebihan terhadap kondisi klinis, pengobatan dan prognosis. Kecemasan dapat muncul sebagai akibat kurangnya informasi yang diberikan terkait penyakit pasien, bentuk kecemasan berlebihan terhadap dampak penyakit pada dirinya sendiri dan keluarga, serta dampak penyakit secara finansial.
  - b. Kepada pasien yang akan meninggal dan keluarganya, dilakukan assesmen dan assesmen ulang sesuai kebutuhan individual mereka

Mengatur pelayanan akhir kehidupan sesuai dengan prosedur rumah sakit. Asuhan pasien dalam proses kematian harus meningkatkan kenyamanan dan kehormatannya. Perawat mendukung hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan kasih sayang pada akhir kehidupannya.

Dimensi Patient Centered Care menurut Gerteis et al, 1993, Adalah sebagai berikut:

- 1) Menghormati nilai, preferensi, dan kebutuhan pasien
  - a. Menerima pasien sebagai pribadi
  - b. Melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan perawatan
  - c. Mendengarkan dan mempertimbangkan kebutuhan pasien
  - d. Menjaga kerahasiaan untuk melindungi informasi pasien
- 2) Koordinasi dan integrasi dalam memberikan perawatan
  - a. Bekerja dalam pendekatan multidisiplin
  - b. Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan perawatan klinis; layanan tambahan dan dukungan; dan perawatan pasien 'garis depan'
  - c. Melibatkan pasien dan keluarga dalam proses perencanaan, pengambilan keputusan dan peningkatan kualitas di tingkat organisasi
- 3) Informasi, komunikasi dan pendidikan
  - a. Memberikan informasi yang akurat dan mudah dimengerti tentang perawatan, perawatan dan intervensi
  - b. Mendengarkan secara aktif pasien dan keluarga
  - c. Berikan sentuhan dan berbicara secara terapeutik bila diperlukan
- 4) Kenyamanan fisik
  - a. Mempromosikan lingkungan rumah sakit yang nyaman dan mendukung
  - b. Menyediakan manajemen gejala yang tepat waktu, disesuaikan, dan ahli

- c. Menyediakan perawatan kesehatan dasar yang mendukung dan memelihara fungsi tubuh normal
- 5) Dukungan emosional dan pengentasan rasa takut dan kecemasan
- a. Mendengarkan pasien dengan perhatian penuh
  - b. Memberikan informasi yang jelas, tepat waktu dan bermakna mengenai penyakit ini
  - c. Peduli dan empati
- 6) Keterlibatan keluarga dan teman
- a. Memberikan informasi yang cukup mengenai penyakit pasien
  - b. Menghormati dan mengakui dukungan keluarga dan teman dalam perawatan pasien
  - c. Menyediakan lingkungan yang mendukung
- 7) Transisi dan kontinuitas perawatan
- a. Melibatkan pasien dan keluarga dalam perencanaan pembuangan
  - b. Menyediakan informasi dan edukasi yang jelas tentang tanda bahaya yang harus diperhatikan, siapa yang harus dihubungi jika ada pertanyaan, apa yang harus dilakukan dalam keadaan darurat, bagaimana menangani perawatan, perubahan pakaian, dan obat-obatan
  - c. Mengacu pasien ke pusat kesehatan yang sesuai dengan instruksi dan instruksi pengabdian yang jelas di seluruh organisasi sangat penting untuk kesuksesan

## **K. Konsep Inti Patient Centered Care**

Ada 4 konsep inti yang ada dalam konsep PCC (*patient centered care*) dalam PFCC 2012, *Benchmarking Project, Executive Summary and Strategy Map* yaitu: martabat dan respek, berbagi informasi, partisipasi, dan kolaborasi.

a. Martabat dan Respek

Dalam aspek ini, sikap seorang tenaga kesehatan mendengarkan, peduli dan menghormati pilihan pasien. Pengetahuan, nilai-nilai yang dianut, dan *background* budaya pasien ikut berperan penting selama perawatan pasien dan menentukan *outcome* pelayanan kesehatan kepada pasien. Kultur (kebudayaan) adalah determinan paling fundamental dari keinginan dan perilaku seseorang. Seorang anak memperoleh serangkaian nilai, persepsi, preferensi dan perilaku melalui keluarganya (Thamrin, 2012). Aspek martabat dan respek dalam konsep *patient centered care* adalah perilaku seorang perawat yang mecerminkan sikap *caring* saat melaksanakan pelayanan kesehatan. Perilaku *caring* mengandung 3 hal yang tidak dapat dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab dan dilakukan dengan ikhlas (Dwiyanto, 2007). Perilaku *caring* memiliki inti yang sama yaitu sikap peduli, menghargai dan menghormati orang lain, memberi perhatian dan mempelajari kesukaan seseorang serta cara berpikir dan bertindak.

b. Berbagi Informasi

Komunikasi dalam menginformasikan sesuatu kepada konsumen layaknya dilakukan dengan efektif. Tanpa komunikasi yang efektif di berbagai pihak, pola hubungan yang kita sebut organisasi tidak akan melayani kebutuhan seorang konsumen dengan baik (Nugroho J. Setiadi, 2013). Dalam hal ini, mengkomunikasikan dan menginformasikan secara lengkap mengenai kondisi pasien dan hal-hal yang berkaitan dengan pasien, maupun program perawatan dan intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Memberikan informasi secara lengkap dan membantu perawatan pasien, meningkatkan pengetahuan pasien dan pembuatan keputusan (PFCC, 2012).

c. Partisipasi

Pasien dan keluarga dilibatkan dan di-*support* untuk ikut serta dalam perawatan dan pembuatan keputusan (PFCC, 2012). Partisipasi adalah hal yang dapat mendorong peran serta pasien dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan dengan memperhatikan

aspirasi, dan harapan pasien. Keterlibatan atau partisipasi adalah status motivasi yang menggerakkan serta mengarahkan proses kognitif dan perilaku konsumen pada saat mereka mengambil keputusan (Nugroho J. setiadi, 2013).

d. Kolaborasi

Tenaga kesehatan mengajak pasien dan keluarga pasien dalam membuat kebijaksanaan, perencanaan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi program yang akan didapatkan oleh pasien (Kusumaningrum, 2009)

Planetree, pemimpin *patient centered care* yang diakui secara internasional telah menunjukkan langkah besar dalam memajukan konsepnya. Model perawatan planetree adalah pendekatan holistik berpusat pada pasien yang mempromosikan penyembuhan mental, emosional, spiritual, social dan fisik, sebagian dengan memperdayakan pasien dan keluarga melalui pertukaran informasi (Cliff, 2012)

Salah satu model desain dari *patient centered care* adalah planetree model yang mempunyai konsep (Dewi, 2011):

1. Pasien memiliki hak untuk membuka dan komunikasi yang jujur dalam keperdulian dan kehangatan lingkungannya.
2. Para pasien, keluarga dan staf professional mempunyai peran yang vital daam tim.
3. Pasien bukan unit yang diisolasikan namun anggota dari keluarga, komunitas dan sebuah budaya.
4. Pasien adalah seorang individu dengan hak, tanggungjawab dan pilihan tentang gaya hidup.
5. Sebuah lingkungan yang mendukung, ramah dan peduli adalah komponen penting yang memberikan kesehatan berkualitas tinggi.
6. Lingkungan fisik sangat penting untuk proses penyembuhan dan harus dirancang untuk mempromosikan penyembuhan

dan pembelajaran, serta pasien dan keluarga berpartisipasi dalam perawatan.

## L. Fokus baru Patient Centered Care

Menurut Kusumaningrum (2009), fokus baru patient centered care yaitu:



Alasan dilakukan *patient centered care* adalah dengan Patient Centered Care rumah sakit telah membangun membangun sistem kolaborasi daripada control, berfokus pada kekuatan pasien dan sumber-sumber yang ada pada keluarga daripada kelemahan keluarga. Mengakui keahlian keluarga dalam merawat pasien seperti sebagaimana profesional. Membangun pemberdayaan daripada ketergantungan. Meningkatkan lebih banyak sharing informasi dengan pasien, keluarga dan pemberi pelayanan daripada informasi hanya diketahui oleh profesional. Menciptakan program yang fleksibel dan tidak kaku

## **Deklarasi *Patient Centered Care***

Deklarasi *patient centered care healthcare* berdasarkan *International Alliance of Patients Organization* (IAPO) yaitu:

1. Sistem kesehatan disemua bagian dunia ada dibawah tekanan dan tidak dapat mengatasinya bila mereka terus memusatkan perhatian pada penyakit dan bukan pada pasien.
2. Merek membutuhkan keterlibatan dari pasien secara individual yang melekat terhadap pengobatan mereka, membuat perubahan perilaku dan kelola diri.
3. Layanan kesehatan yang *patient centered* bisa jadi merupakan cara yang paling efektif biaya untuk meningkatkan hasil kesehatan bagi pasien.
4. Prioritas pasien, keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan berbeda dalam setiap negara dan dalam setiap area penyakit, tetapi dari keberagaman ini kita mempunyai kesamaan prioritas (Lumenta, 2012).

## **M. Hambatan Pelaksanaan *Patient Centered Care***

Menurut Silow, S, *et al* (2006), walaupun sudah berhasil, organisasi tetap harus berkaca pada hambatan-hambatan dalam mencapai PCC, antara lain:

1. Kesulitan dalam merekrut dan mempertahankan dokter
2. Kurangnya mendefinisikan batasan untuk mencapai keberhasilan staf yang mungkin kewalahan untuk menentukan kesepakatan dengan tenaga kesehatan lain, sosial, budaya dan faktor ekonomi pasien.
3. Persyaratan perekrutan yang ketat dapat menimbulkan hambatan untuk memperoleh tenaga kesehatan dari lingkungan sekitar.
4. Kurangnya alat untuk mengukur dan memberikan reward kinerja PCC
5. Kendala finansial

6. Kebiasaan lama dari staf yang tidak mau merubah paradigma lama sebagai penyedia layanan / hubungan atau relasi dengan pasien dan budaya serta faktor sosial ekonomi.

## **N. Faktor – faktor yang mempengaruhi Pelaksanaan PCC (Patient Centered Care).**

Menurut Shaller, (2007) faktor yang mempengaruhi PCC (Patient Centered Care) adalah:

### 1) Kepemimpinan

Faktor penting dalam PCC (Patient Centered Care), baik di rumah sakit maupun rawat jalan adalah komitmen dan keterlibatan pimpinan di tingkat CEO dan dewan direksi. Transformasi organisasi yang dibutuhkan untuk mencapai asuhan berkelanjutan dalam PCC (Patient Centered Care) tidak akan terjadi tanpa dukungan dan partisipasi dari pimpinan. Pentingnya kepemimpinan dalam Teori Edgar Schein mengidentifikasi hubungan erat antara kepemimpinan dan budaya dalam suatu organisasi, yaitu :

- a) Budaya organisasi yang diciptakan oleh pemimpin, salah satu yang paling menentukan adalah fungsi kepemimpinan.
- b) Jack Siversin, et all dokter ahli dalam budaya, telah menerapkan konsep – konsep khusus untuk perawatan pasien melalui model perubahan organisasi yang berfokus pada unsur pimpinan, berbagi visi, budaya dan kekompakan antara manajemen dan medis, serta pengawasan staf.

### 2) Visi strategis

Kepemimpinan yang berkomitmen, dalam organisasi perlu mengembangkan visi dan rencana strategis yang jelas untuk mengatur bagaimana PCC (Patient Centered Care) akan masuk ke dalam prioritas dan proses secara operasional sehari – hari. Pentingnya pernyataan visi dan misi yang jelas, unsur – unsur sederhana yang dapat dengan mudah diulang dan tertanam dalam kegiatan rutin

bahwa semua anggota staf melaksanakan tugasnya dengan baik. Menterjemahkan visi ke dalam cara berperilaku yang merupakan kunci sukses dalam organisasi.

3) Keterlibatan pasien dan keluarga

Menurut konsep PCC (Patient Centered Care), jika pasien harus benar – benar terlibat, maka harus melibatkan keluarga mereka. Hal ini secara luas dipahami sebagai teman dekat dan orang lain yang berpengaruh, bukan hanya kerabat keluarga, yang dapat memberikan dukungan penting dan informasi selama proses perawatan. Menurut Bev Johnson Presiden Institute for Patient and Family Centered Care, pasien dan keluarga harus terlibat dalam perawatan di beberapa tingkatan, sesuai dengan rekomendasi IOM.

4) Memperhatikan lingkungan sebagai perawatan

Suatu organisasi yang berorientasi pada PCC (Patient Centered Care) harus membuat dan memelihara suatu lingkungan dimana tenaga kerja merupakan aset yang dihargai dan diperlakukan pada tingkat yang sama, martabat dan rasa hormat bahwa organisasi mengharapkan staf untuk memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga. Menekankan pentingnya perekrutan, pelatihan, evaluasi, kompensasi dan mendukung staf berkomitmen untuk menerapkan PCC (Patient Centered Care)

5) Pengukuran sistematis dan tanggapan

Dalam peningkatan kualitas kesehatan, pedoman bahwa organisasi tidak dapat mengelola apa yang tidak dapat mereka ukur merupakan faktor utama yang berkontribusi terhadap PCC (Patient Centered Care). Kehadiran pelanggan mendengarkan secara mendengarkan secara kuat yang memungkinkan organisasi untuk mengukur dan memantau kinerja secara sistematis. Penting untuk mengalami proses dimana anggota staf memainkan peran pasien dan mengalami layanan atau prosedur dengan cara yang sama bahwa pasien dan keluarga memberikan umpan balik pada pemberi pelayanan.

6) Kualitas lingkungan

Salah satu faktor terpenting yang berkontribusi pada PCC (Patient Centered Care) adalah kualitas lingkungan fisik dimana perawatan disediakan. Sejak didirikan pada tahun 1978, Planetree telah merintis pendekatan baru untuk arsitektur dan desain yang mengenali hubungan penting antara ruang fisik dan proses penyembuhan.

7) Dukungan teknologi

Faktor yang berkontribusi akhir menyerap hampir semua elemen di atas adalah dukungan teknologi, khususnya teknologi informasi kesehatan yang melibatkan pasien dan keluarga secara langsung dalam proses perawatan dengan memfasilitasi komunikasi dengan pemberi asuhan dan menyediakan akses yang memadai terhadap informasi yang dibutuhkan. Aplikasi teknologi informasi kesehatan yang muncul dalam beberapa tahun terakhir, dari yang sederhana email komunikasi antara pasien dan dokter melalui Web.

### **Penelitian Patient Centered Care, yang telah dilakukan**

Penelitian dengan topik yang Patient centered care yang pernah dilakukan yaitu dengan judul penelitian yaitu:

1. Bertakis, et all (2011) "*Patient Centered Care is associated with decreased health care utilization*". Desain penelitian ini menggunakan Fenomenologi. penelitian ini bertujuan untuk melihat ada hubungan antara PCC (Patient Centered Care) dengan penurunan pemanfaatan layanan kesehatan.
2. Aprin Rusmawati (2016) "Upaya Meningkatkan Kemampuan Perawat Dalam Menerapkan *Patient Centered Care (PCC)* di Rumah Sakit. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah Quasy - experimental dengan bentuk two group pretest - posttest design. Tujuan dari penelitian ini untuk membuktikan efektifitas pelatihan PCC (Patient Centered Care) pada perawat pelaksana untuk meningkatkan penerapan PCC (Patient Centered Care).
3. Dwijayanto ( 2007 ) " Hubungan konsep patient centered care dalam

menurunkan Angka Kejadian Malpraktek di RSUD Daerah Tangerang Selatan Tahun 2007". Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan deskriptif dengan rancangan penelitian retrospektif. Hasil dari penelitian ini adalah kejadian malpraktik di RSI Daerah Tangerang Selatan menurun hingga 62% sejak diterapkannya konsep patient centered care di RSUD Daerah Tangerang Selatan tahun 2004.



## BAB-2

# Model *Patient Centered Care* di Rumah Sakit

### A. Aspek Patient Centered Care

Penerapan Patient Centered Care di rumah sakit sesuai dengan Standar Akreditasi RS versi 2012 mengharuskan menyelenggarakan pelayanan terintegrasi pada pelayanan-pelayanan sebagai berikut :

- 1) Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)
- 2) Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
- 3) Assesmen Pasien (AP)
- 4) Pelayanan Pasien (PP)
- 5) Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
- 6) Manajemen Penggunaan Obat (MPO)
- 7) Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

### B. Model Patient Centered Care

Beberapa model penerapan Patient Centered Care yang dapat dilaksanakan dirumah sakit, diantara adalah:

1. Model Sistem dari Patient Centered Care, Flarey, 1995

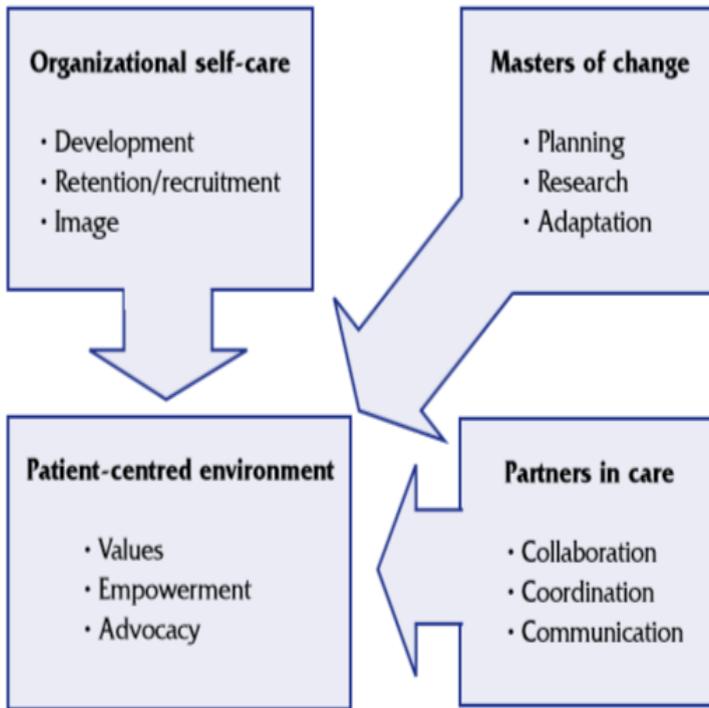


Figure 2. Systems model of PCC (Flarey, 1995)

Dari Gambar Model system Patient Centered Care, Lingkungan dari Patient Centered Care adalah terbentuknya Nilai-nilai yang baik untuk patient, Pemberdayaan petugas kesehatan serta advocacy bagi pasien menjadi prioritas keberhasilan dari Patient Centered Care. Komponen yang mempengaruhi keberhasilan dari penerapan Pasien center care adalah :

- a. Organisasi yang Mandiri, ditandai dengan adanya 1). Pengembangan (development) pada semua kegiatannya, 2) Menjelaskan Kebijakan untuk rekrutmen atau Retention dari SDM yang tidak sesuai dengan capabilitas Rumah sakit dan 3) Rumah sakit selalu menjaga image untuk dapat memberikan kepuasan dan kualitas bagi pelayanan do Rumah sakit.

b. Ahli dalam Perubahan (Master of Change); Organisasi maupun unit di rumah sakit, mengedepankan Pembuatan Rencana yang maksimal dalam mencapai Patient Centered Care, berlandaskan Penelitian-penelitian dalam membuat keputusan dan mampu Beradaptasi dengan perubahan-perubahan.

c. Kerjasama dalam Perawatan (Partner in care)

Patient Centered Care ditandai dengan adanya Kolaborasi antar Profesi dalam menangani pasien, ada Koordinasi yang baik diantara team pemberi pelayanan kepada pasien yang paling penting adalah Komunikasi diantara team pemberi perawatan pada pasien, baik komunikasi tertulis yang tertuang dalam Rekam medis pasien dan Komunikasi Verbal yang terlihat dari pertemuan antar profesi dalam memberikan asuhan kepada pasien.

Dimensi Patient Centered Care menurut Gerteis et al, 1993, Adalah sebagai berikut:

1) Menghormati nilai, preferensi, dan kebutuhan pasien

a. Koordinasi dan integrasi dalam memberikan perawatan

a. Bekerja dalam pendekatan multidisiplin

a. Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan perawatan klinis; layanan tambahan dan dukungan; dan perawatan pasien 'garis depan'

b. Melibatkan pasien dan keluarga dalam proses perencanaan, pengambilan keputusan dan peningkatan kualitas di tingkat organisasi

3) Informasi, komunikasi dan pendidikan

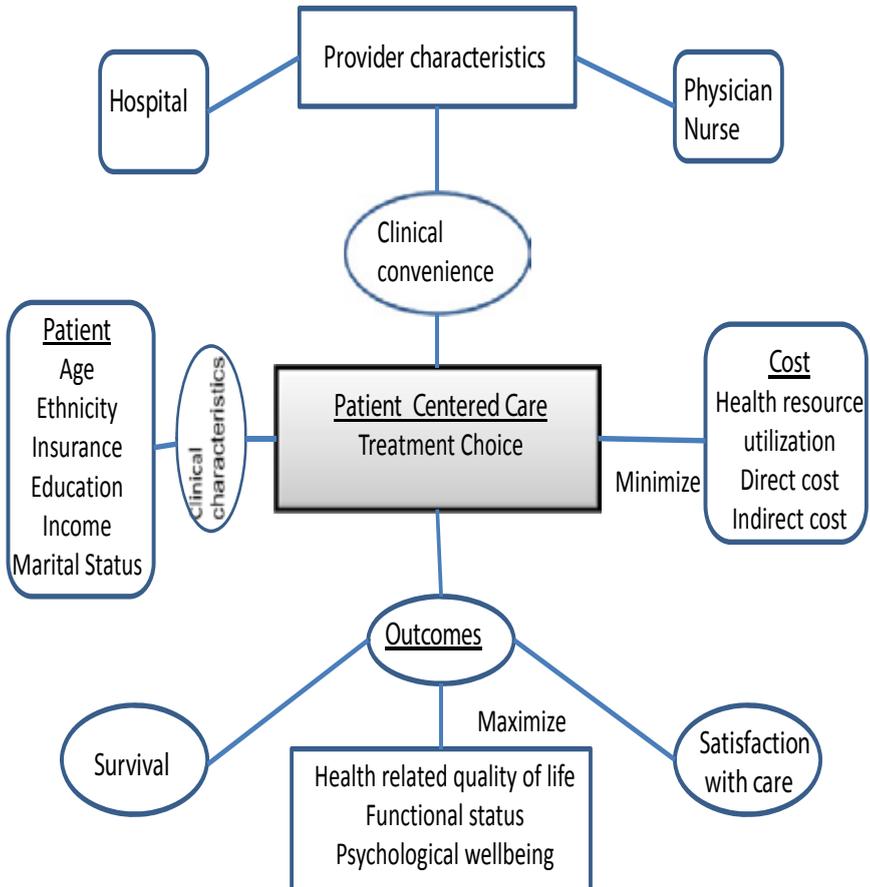
a. Memberikan informasi yang akurat dan mudah dimengerti tentang perawatan, perawatan dan intervensi

b. Mendengarkan secara aktif pasien dan keluarga

c. Berikan sentuhan dan berbicara secara terapeutik bila diperlukan

- 4) Kenyamanan fisik
  - a. Mempromosikan lingkungan rumah sakit yang nyaman dan mendukung • Menyediakan manajemen gejala yang tepat waktu, disesuaikan, dan ahli
  - b. Menyediakan perawatan kesehatan dasar yang mendukung dan memelihara fungsi tubuh normal
- 5) Dukungan emosional dan pengentasan rasa takut dan kecemasan
  - a. Mendengarkan pasien dengan perhatian penuh
  - b. Memberikan informasi yang jelas, tepat waktu dan bermakna mengenai penyakit ini
  - c. Peduli dan empati
- 6) Keterlibatan keluarga dan teman
  - a. Memberikan informasi yang cukup mengenai penyakit pasien
  - b. Menghormati dan mengakui dukungan keluarga dan teman dalam perawatan pasien
  - c. Menyediakan lingkungan yang mendukung
- 7) Transisi dan kontinuitas perawatan
  - a. Melibatkan pasien dan keluarga dalam perencanaan pem-buangan
  - b. Menyediakan informasi dan edukasi yang jelas tentang tanda bahaya yang harus diperhatikan, siapa yang harus dihubungi jika ada pertanyaan, apa yang harus dilakukan dalam keadaan darurat, bagaimana menangani perawatan, perubahan pakaian, dan obat-obatan
  - d. Mengacu pasien ke pusat kesehatan yang sesuai dengan instruksi dan instruksi pengabaian yang jelas di seluruh organisasi sangat penting untuk kesuksesan

2. Model Jayadevappa dan Chatre, 2006 adalah sebagai berikut:



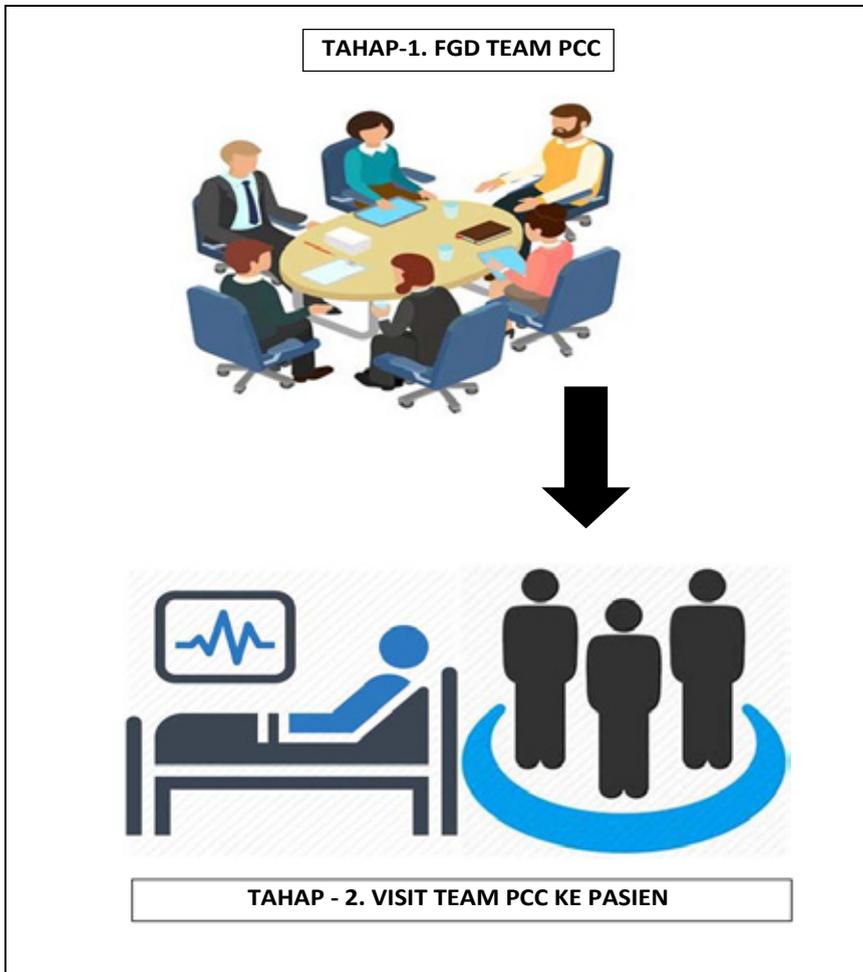
Sumber : Ravishankar Jayadevappa and Sumedha Chhatre, Patient Centered Care - A Conceptual Model and Review of the State of the Art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 2011, 4, 15-25



## BAB-3

# Model Penerapan Patient Centered Care dalam Meningkatkan Kepuasan dan Menurunkan Kecemasan Pasien Post Caesarian Section

Penerapan *PCC* berupa *FGD* yang dilakukan oleh tim *PCC* untuk menentukan terapi bagi masing-masing pasien. Pada proses ini, masing-masing profesi memberikan *advice* menurut kompetensi profesinya sehingga membantu dokter menentukan terapi yang terbaik untuk diberikan pada pasien tersebut dan meminimalisir kejadian yang tidak diinginkan terkait terapi pasien serta mempertimbangkan kebutuhan khusus bagi masing-masing pasien. Setelah itu, dilakukan visit tim *PCC* terhadap pasien-pasien tersebut, seluruh anggota tim *PCC* berinteraksi langsung dengan pasien dan memberi *advice* tersebut secara langsung sesuai dengan kebutuhan pasien. Visit dilakukan terhadap pasien H+1 hingga pasien diizinkan pulang oleh dokter. Minimal visit tim *PCC* dilakukan satu kali selama masa perawatan. Penelitian dilakukan dari hari senin hingga sabtu. Peneliti meninjau langsung proses penerapan *PCC* kepada pasien sejak pasien masuk hingga pasca operasi dan bila penerapan *PCC* telah dilakukan maka peneliti mulai memberikan kuesioner kepada responden pasca operasi *Cesarean Section* yang telah dipilih sebagai sampel (data primer). Sedangkan memperoleh riwayat persalinan, riwayat CS dan jaminan kesehatan yang digunakan melalui rekam medis.



**Figure 5 Pelaksanaan Penerapan Patient Centered Care Alur Pelaksanaan**

**Tabel 1: Modifikasi Team dalam pelaksanaan Patient Centered Care pasien Post Caesarian Section**

No	Kegiatan	Modifikasi team Team Patient Centered Care
1.	FGD team Patient Centered Care	Dokter SpOG – Nurse – Bidan- Farmasi

2.	Visitasi tem Patient Centered care	1. Dokter SpOG – Nurse – Bidan-Farmasi
		2. Dokter SpOG – Nurse – Bidan
		3. Dokter SpOG – Nurse – Farmasi

Dalam table tersebut, diberikan gambaran modifikasi dari Petugas yang akan melakukan Patient Centered Care pada pasien.

## 1. Kecemasan Pasien

Data diperoleh dari 66 responden, yang terdiri dari 35 responden kelompok kontrol dan 31 responden kelompok intervensi PCC, lalu diolah menggunakan *Independent Sample T-Test*. Berdasarkan hasil analisis tersebut menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pada kedua kelompok responden memiliki perbedaan yang signifikan yakni *sig. (2-tailed)* 0,001 atau  $p > 0,05$ . Pada tabel terlihat bahwa kelompok kontrol memiliki nilai rerata yang lebih besar dengan selisih rerata 17,39048.

**Tabel 1. Hasil analisis tingkat kecemasan menggunakan *Independent Sample T-Test***

	<i>Group</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Homogeneity (Sig)</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>
Kecemasan	kontrol	35	62.8571	.049	.001
	PCC	31	45.4667		

(Sumber : data primer diolah)

## 2. Kepuasan pasien

Tidak jauh berbeda, hasil analisis untuk tingkat kepuasan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi PCC memiliki *sig. (2-tailed)* 0,003 atau  $p < 0,05$  dengan selisih rerata kedua kelompok sebesar 8,65 dengan nilai grup PCC lebih tinggi.

**Tabel 2. Hasil analisis tingkat kepuasan menggunakan *Independent Sample T-Test***

	Group	N	Mean	Homogeneity (Sig)	Sig. (2-tailed)
Kepuasan	kontrol	35	76.31	.040	.003
	PCC	30	84.96		

(Sumber : data primer diolah)

*Patient Centered Care* adalah komponen penting dalam penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas dan konsep ini semakin dianjurkan untuk dimasukkan ke dalam pelatihan penyedia layanan kesehatan (*Institute of Medicine (U.S.) and Committee on Quality of Health Care in America* 2001; Morgan and Yoder 2012). Penerapan PCC dalam layanan perawatan kesehatan secara global beragam (Cheraghi, Esmaeili, and Salsali 2017).

*Patient Centered Care* dideskripsikan sebagai proses dinamis dan bervariasi yang diberikan perawat sesuai dengan pemahaman konsep yakni konsep perawatan dengan menerapkan pemahaman menyeluruh tentang pasien dan menunjukkan rasa hormat terhadap nilai, kebutuhan, dan pilihan pasien (Hobbs 2009). Terdapat pergeseran mengenai fokus dari *Patient Centered Care* dari waktu ke waktu (Hobbs 2009). *Patient Centered Care* meningkatkan kualitas perawatan pada pasien karena fokus perawatan tidak lagi terletak pada penyelesaian tugas tapi penyesuaian personal (McCormack 2003). Karena pergeseran tersebut dan peran utama perawat dalam merawat pasien, maka perawat adalah posisi yang tepat untuk menerapkan strategi *Patient Centered Care* yang ditujukan untuk mengatasi masalah yang disebutkan sebelumnya. Interaksi antara perawat dan pasien adalah pusat pembelajaran yang efektif dalam penerapan *Patient Centered Care*. Bentuk interaksi perawat pada pasien dapat dieksplorasi dalam penerapan *Patient Centered Care* tersebut.

*Cesarean Secton* adalah tindakan bedah mayor. Tindakan tersebut dipilih dalam kondisi yang penuh tekanan seperti manajemen pendarahan, gawat janin, penyakit hipertensi dan disproporsi sefalopelvik (Harrison

and Goldenberg, 2016). Depresi dan kecemasan sangat lazim selama periode persalinan dan memiliki dampak besar pada hasil ibu dan bayi. Peningkatan gejala kecemasan diperkirakan terjadi pada 54% wanita selama kehamilan. Sedangkan pada periode postpartum, kecemasan terjadi pada 30,7% (Uppal, Rooney, and Young, 2009).

*WHO* memberikan perhatian terhadap pelayanan pada ibu dan anak, sehingga untuk menekan jumlah mortalitas pada martena *WHO* merekomendasikan untuk meningkatkan ketersediaan, akses, kualitas, dan penggunaan layanan untuk manajemen dan pengobatan komplikasi kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan (Bailey et al., 2009). Beberapa masalah dalam pelayanan memaksa pembuat kebijakan, dokter dan peneliti untuk memperbaiki sistem kesehatan. Salah satu pendekatan yang diusulkan adalah *Patient Centered Care (PCC)* (Institute of Medicine (U.S.) and Committee on Quality of Health Care in America, 2001). *PCC* adalah tujuan sekaligus alat yang digunakan untuk meningkatkan hasil kesehatan (Cheraghi, Esmaeili, and Salsali, 2017).

*Patient Centered Care (PCC)* merupakan bentuk pelayanan yang mengutamakan kebutuhan dan keinginan pasien. Serta memberikan pasien pemahaman dan dukungan untuk membuat keputusan atas perawatan yang diterima. Hal ini memerlukan hubungan yang baik antara dokter, pasien dan keluarga (Shaller 2007). Inti dari *PCC* adalah perawatan kesehatan yang holistik dan merupakan perkembangan dari perawatan tradisional (Moreau et al., 2012).

Beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya menunjukkan beberapa manfaat *PCC* seperti mengurangi malpraktik, mengurangi keluhan, meningkatkan kepatuhan minum obat, mengurangi keparahan gejala, dan mengurangi biaya perawatan (Hudon et al., 2011). Penelitian juga menunjukkan bahwa penerapan *Patient Centered Care* dapat meningkatkan hasil perawatan dan kepuasan pasien. Salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh Hobbs (2009). Penelitian tersebut menyebutkan bahwa penggunaan *Patient Centered Care* yang tepat dapat meningkatkan *outcome* pasien dan kepuasan dengan menganalisis bagaimana peran perawat dalam mengurangi kelemahan pasien. Sebuah

penelitian literatur yang membahas proses interaksi antara perawat dan pasien melalui pendekatan kualitatif, sedangkan melalui pendekatan kuantitatif menunjukkan ada hubungan antara interaksi antara perawat dan pasien dengan *outcome* pasien (Hobbs 2009). Penelitian serupa juga dilakukan oleh Epstein dan Streer pada tahun 2011 yang menunjukkan bahwa interaksi yang berpusat pada pasien mendorong kepatuhan dan menyebabkan peningkatan hasil kesehatan. Karakteristik dasar *Patient Centered Care* diidentifikasi sebagai (a) keterlibatan pasien dalam perawatan dan (b) individualisasi perawatan pasien. Penggunaan skala penilaian numerik untuk mengukur keberadaan karakteristik ini memungkinkan kuantifikasi dari perspektif pasien. Praktik *Patient Centered Care* yang efektif terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan bersama, dan pendidikan pasien (Epstein and Street 2011), dan diharapkan dapat meningkatkan hasil pasien dengan meningkatkan kemampuan perawatan diri pasien dan meningkatkan kepuasan dengan perawatan (Kowinsky et al. 2009), kualitas hidup (Poochikian-Sarkissian et al. 2010), dan mengurangi penggunaan layanan medis yang banyak dan tidak efektif. (Shaller 2007)

Terdapat perbedaan tingkat kecemasan maupun tingkat kepuasan yang signifikan pada kedua kelompok tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *PCC* dapat menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan kepuasan pasien.

## BAB-4

# Pengukuran Kepuasan Pasien dalam Pelaksanaan *Patient Centered Care*

Kuesioner untuk mengukur output dari pelaksanaan Patient Centered Care, dapat berbentuk Kuesioner, sesuai dengan indikator yang akan dinilai. Mengukur Kepuasan pasien yang telah dilakukan patient centered care, maka kuesioner dibuat menggunakan metode SERVQUAL dan dilakukan modifikasi, seperti table berikut ini:

### METODE SERVQUAL MODIFIKASI

Keterangan Alternatif Jawaban :

- SM : Sangat Memuaskan
- M : Memuaskan
- CM : Cukup Memuaskan
- TM : Tidak Memuaskan
- STM : Sangat Tidak Memuaskan

No	Pernyataan	SM	M	CM	TM	STM
<i>Reliability</i>						
1	Tenaga medis memberikan pelayanan teliti dan tepat waktu					

No	Pernyataan	SM	M	CM	TM	STM
2	Tenaga medis dan petugas lainnya membantu jika ada permasalahan pasien					
3	Dokter dan tenaga kesehatan lainnya memberi informasi jenis penyakit secara jelas, cara perawatan dan cara minum obat					
4	Tenaga medis memberikan informasi kepada pasien sebelum pelayanan diberikan					
5	Tenaga medis bersedia menanggapi keluhan pasien					
<i>Responsiveness</i>						
6	Perawat tanggap menangani pasien					
7	Tenaga medis menerima dan melayani dengan baik					
8	Tenaga medis melakukan tindakan secara cepat dan tepat					
9	Tenaga medis melakukan tindakan sesuai dengan prosedur					
<i>Assurance</i>						
10	Dokter mempunyai kemampuan dan pengetahuan dalam menentukan diagnosa penyakit dengan cukup baik serta mampu menjawab pertanyaan pasien secara meyakinkan					
11	Tenaga kesehatan menyediakan obat-obatan dan alat medis yang lengkap					
12	Tenaga medis bekerja cekatan serta menghargai pasien					
13	Dokter melayani dengan sikap meyakinkan sehingga pasien merasa aman					
14	Tenaga medis mempunyai catatan medis pasien					

No	Pernyataan	SM	M	CM	TM	STM
<i>Empaty</i>						
15	Dokter memberi waktu yang cukup pada pasien					
16	Perawat memberi pelayanan yang sesuai dengan keinginan dan kebutuhan pasien					
17	Perawat memperhatikan pasien dengan sungguh-sungguh					
18	Dokter mendengarkan keluhan penyakit pasien serta memberi solusi dalam konsultasi					
19	Perawat bersikap ramah dan sopan					
<i>Tangible</i>						
20	Penampilan tenaga medis rapih dan bersih					

## METODE STATE ANXIETY INVENTORY (SAI)

### Petunjuk Pengisian

Baca setiap pernyataan dan beri tanda silang (X) pada kolom jawaban dari setiap pertanyaan yang menunjukkan **bagaimana perasaan anda saat ini, dengan kondisi anda yang saat ini masih dalam proses pemulihan pasca operasi *Cesarean Section***. Tidak ada jawaban yang benar atau salah. Jangan menghabiskan waktu terlalu lama pada setiap pertanyaan. Berikan jawaban yang paling baik dalam menggambarkan perasaan anda saat ini (sekarang).

No	Perasaan	Tidak merasakan	Sedikit merasakan	Cukup merasakan	Sangat merasakan
1	Saya merasa tenang				
2	Saya merasa aman				
3	Saya merasa tegang				

No	Perasaan	Tidak merasakan	Sedikit merasakan	Cukup merasakan	Sangat merasakan
4	Saya merasa tentram				
5	Saya merasa kesal				
6	Saya merasa khawatir akan mengalami kesialan/ kemalangan				
7	Saya merasa puas				
8	Saya merasa takut				
9	Saya merasa nyaman				
10	Saya merasa percaya diri				
11	Saya merasa gelisah				
12	Saya merasa santai				
13	Saya merasa khawatir				
14	Saya merasa bingung				

## BAB-5

# Integrasi Rekam Medis *Patient Centered Care*

Pelayanan yang berfokus pasien (*Patient Centered Care*) membutuhkan dokumentasi terintegrasi yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang sama, meminimalkan miskomunikasi, menurunkan angka kejadian tidak diharapkan dan pada akhirnya itu semua bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan (Patricia and Nancy, 2004, Frelita, Situmorang, & Silitonga, 2011).

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Pourasghar, et al (2008), yang hasilnya yaitu 300 rekam medis memiliki kualitas buruk dan dari hasil interview diketahui tulisan tangan yang jelek, hilangnya lembaran dokumentasi dan dokumentasi yang tidak sempurna merupakan masalah yang ditimbulkan dari paper medical record dan alasan utama terjadinya masalah ini karena beban kerja dokter dan perawat yang tinggi saat ini. Oleh karena itu perlu ada kejelasan kewenangan untuk mendokumentasikan.

Ada 4 Konsep inti yang ada dalam konsep PCC (*Patient Centered Care*) dalam PFCC 2007, Benchmarking Project, Executive Summary and Strategy Map yaitu: martabat dan respek, berbagi informasi, partisipasi, dan kolaborasi.

## **A. Penerapan standar akreditasi yang berkaitan dengan patient centered care**

Pengukuran indikator penerapan Patient Centered Care dalam standar akreditasi Rumah sakit terdapat pada 7 standar berikut ini:

1. Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)
2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
3. Assesmen Pasien (AP)
4. Pelayanan Pasien (PP)
5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
6. Manajemen Penggunaan Obat (MPO)
7. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

Berdasarkan borang akreditasi dapat diamati bagaimana pelaksanaan Patient Centered Care menggunakan Format telaah telusur rekam medis tertutup meliputi 7 Standar akreditasi Rumah Sakit versi 2012, yang merupakan kelompok standar Pelayanan berfokus Pasien (*Patient Centered Care*) antara lain:

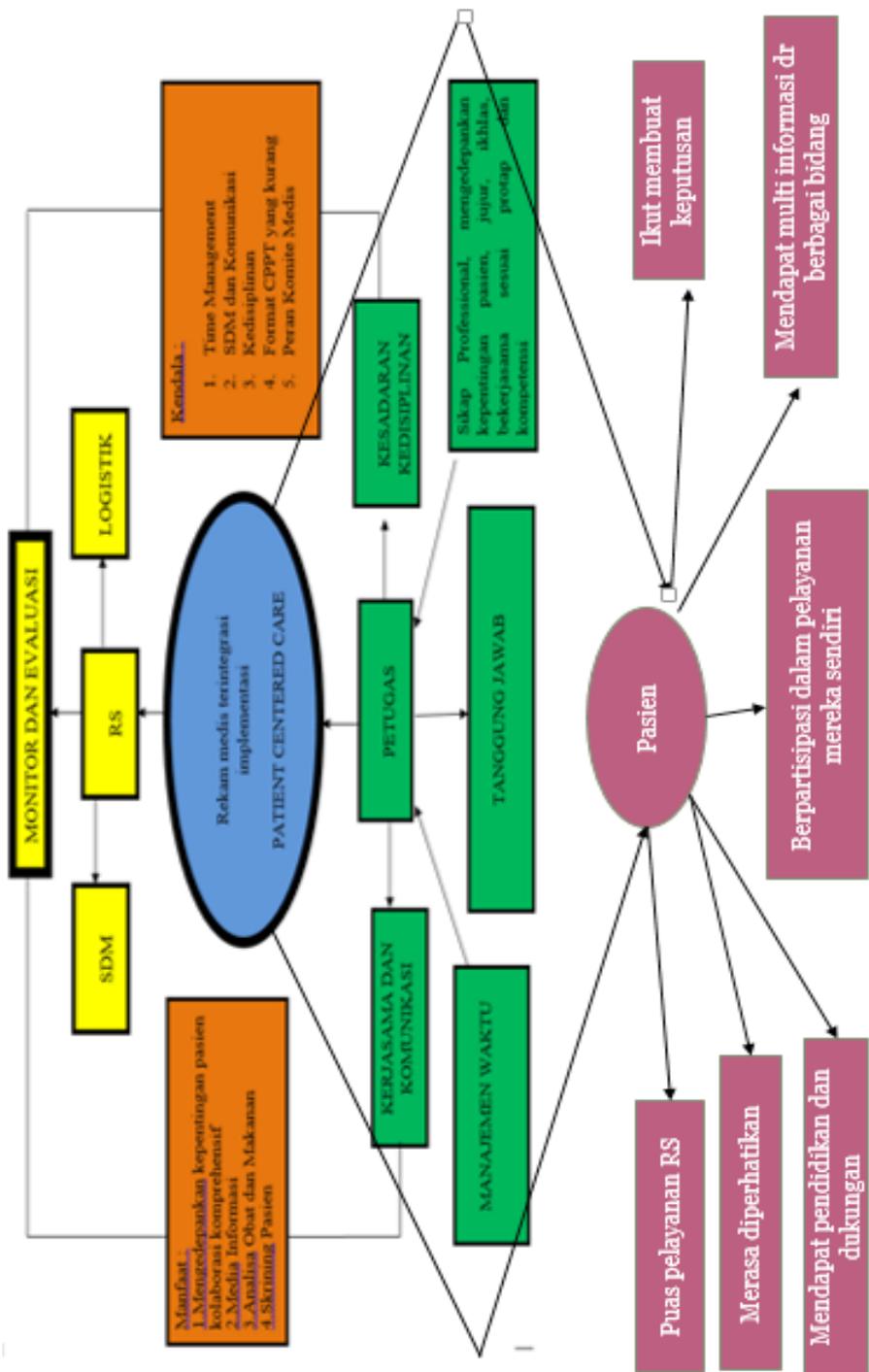
- a. Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK) yang meliputi: APK 1.1.3 Pencatatan setiap keterlambatan, APK 3.2.1 Resume pulang yang memuat alasan dirawat dan diagnosis, temuan fisik penting, tindakan diagnostik dan prosedur yang dilakukan, obat yang diberikan termasuk obat setelah pulang, instruksi tindak lanjut.
- b. Hak Pasien dan Keluarga (HPK) yang meliputi: HPK 6.3 Persetujuan umum, HPK 6.4 Persetujuan operasi dan tindakan invasif, anestesi dan sedasi, transfusi darah dan produk darah, tindakan dan prosedur risiko tinggi.
- c. Assesmen Pasien (AP) yang meliputi: AP 1.3 Kebutuhan medis pasien dan keperawatan pasien, AP 1.4.1 Assesmen medis dan keperawatan selama 24 jam, diupdate jika umur lebih dari 30 hari, AP 1.5 Assesmen terdokumentasi dalam 24 jam setelah masuk dirawat, AP 1.5.1 Assesmen medis terdokumentasi sebelum operasi, AP 1.6

Assesmen gizi dan status fungsional, AP 1.7 Assesmen nyeri saat masuk, AP 1.11 Assesmen awal untuk rencana keluar dari RS, AP 2 Assesmen setiap hari pada pasien akut (SOAP), AP 2.1 Assesmen awal masuk RS.

- d. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK) yang meliputi: PPK2 Assesmen kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga, PPK 2.1 Assesmen yang meliputi budaya pasien dan keluarga, tingkat pendidikan dan bahasa, kendala emosional, fisik dan kognitif, ketersediaan pasien menerima informasi, Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) yang meliputi : PAB 5.1 Risiko, keuntungan, komplikasi, dan anestesi alternatif, PAB 7.1 Risiko, keuntungan, komplikasi, dan alternatif operasi, PAB 3 Assesmen pra sedasi, monitoring selama sedasi, kriteria sadar kembali, PAB 4 Assesmen pra anestesi dan pra Induksi.
- e. Manajemen Penggunaan Obat (MPO) yang meliputi: MPO 4 Daftar obat yang diminum sebelum dirawat, MPO 4.3 Jenis obat yang diresepkan dicatat di rekam medis, MPO 7 Efek obat yang tidak diharapkan.
- f. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) yang meliputi: MKI 19.3 Pencatatan, tanggal, waktu, setiap entry data.

Adapun format untuk mengukur keberhasilan dari pelaksanaan Patient Centered Care berbasis data rekam medis, menggunakan format penilaian sebagai berikut

Keberhasilan pelaksanaan Patient Centered Care dapat dilihat pada Model dibawah ini:



## B. Evaluasi dan Monitoring Patient Centered Care

Dari hasil evaluasi pelaksanaan Patient Centered Care di rumah sakit, dokumen rekam medis terintegrasi sangat bermanfaat untuk semua pihak. Baik dari dokter, apoteker, perawat, ahli gizi, fisioterapis, Rumah sakit, dan pasien akan mendapatkan manfaatnya. Dari hasil wawancara kepada informan, manfaat yang diperoleh dari dokumen rekam medis terintegrasi adalah Mengedepankan kepentingan pasien secara kolaborasi dan komprehensif, Media informasi, Alat kontrol, Analisa obat dan makanan, dan Skrining Pasien. Hal ini tentunya akan menunjang mutu dan kualitas Rumah Sakit.

Masih adanya kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan rekam medis terintegrasi. Kendalanya adalah *Time Management*, SDM dan komunikasi, Kedisiplinan, Form CPPT yang kurang, dan Peran Komite rekam medis. Semua informan merasa dalam komunikasi antar profesi masih belum dilakukan secara efektif dikarenakan memerlukan waktu yang banyak dan tidak singkat untuk menghasilkan komunikasi yang maksimal, sedangkan pasien yang dihadapi berjumlah tidak sedikit dan petugas medis pada bagian tertentu contohnya ahli gizi sehingga kedisiplinan dalam mengisi catatan rekam medis tidak begitu baik karena tidak mempunyai cukup waktu. Sedangkan pelaksanaan *Patient Centered Care* semua profesi harus terlibat. Kompleksitas formulir rekam medis dimana terdapat beberapa data yang dianggap tidak perlu ada pengulangan seperti identitas dan lembar anamnesa sehingga sebagian besar tidak diisi. Selanjutnya, dari pihak komite medis belum melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin.

Faktor pendukung pelaksanaan rekam medis terintegrasi implementasi dari *Patient Centered Care*. Faktor pendukung ini dapat dikategorikan menjadi 2 aspek yaitu Rumah Sakit dan petugas medis. Dari aspek Rumah Sakit dibutuhkan monitoring dan evaluasi, logistik (form CPPT yang tidak kompleksitas), dan Sumber Daya Manusia yang perbandingannya tidak terlalu jauh dengan jumlah pasien. Selanjutnya dari aspek petugas medis sangat dibutuhkan kesadaran yang tinggi untuk melaksanakan kewajiban mengisi rekam medis sesuai SOAP, kerja sama

yang baik antar profesi, dan tanggung jawab. Hal ini dilakukan untuk mendukung peningkatan mutu dan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

Sikap profesional yaitu mengedepankan kepentingan pasien, jujur, ikhlas, bekerja sesuai protap dan kompetensi masing-masing, sehingga dapat disimpulkan sikap profesional dalam bekerja sehingga selama ini tidak ada masalah antar profesi. Hanya saling menghormati dalam menjalankan *Patient Centered Care* dengan mendengarkan masukan ataupun memberikan masukan dari berbagai profesi belum terlihat adanya pertemuan-pertemuan yang konkrit membahas masalah pasien. *Patient Centered Care* memberikan indikator bahwa team dalam pemberian asuhan dapat berkomunikasi dengan intensif dalam memberikan asuhan pada pasien yang dikelola.

Pelaksanaan *Patient Centered Care* di RS XYZ sudah berjalan namun belum maksimal. Kendalanya adalah Sumber Daya Manusia dan waktu. Sumber daya manusia mencakup jumlah petugas medis pada bagian tertentu yang sedikit sedangkan pasien banyak sehingga sulit memadukan waktu untuk berkolaborasi secara langsung. Petugas medis yang jumlahnya sedikit adalah ahli gizi, sedangkan pelaksanaan *Patient Centered Care* harus semua profesi terlibat didalamnya.

Hubungan antar profesi di RS XYZ sudah cukup baik. Pembagian wewenang sudah dilakukan dengan baik agar tidak terjadi tumpang tindih pekerjaan, jika ada masalah semua tenaga medis duduk bersama untuk berdiskusi dan mengambil keputusan bersama, saling membantu antar profesi. Hal ini tentunya membutuhkan kerja sama yang baik antar profesi. Walaupun belum berjalan maksimal dikarenakan masih kurangnya waktu dan jumlah tenaga medis pada bagian tertentu.

Pasien merasa puas dengan pelayanan yang dilakukan Rumah Sakit. Dalam penelitian ini tidak meneliti secara dalam tentang kepuasan pasien atau dampak dan hasil dari *Patient Centered Care*, namun peneliti melakukan wawancara kepada pasien untuk melihat apakah tenaga medis sudah melakukan *Patient Centered Care* atau belum. Dari hasil wawancara kepada pasien mengatakan sudah banyak tenaga medis yang terlibat langsung dalam perawatan pasien. Perawat sudah mengarahkan pasien

tentang masalah administrasi, dokter dan fisioterapi sudah memberikan pelayanan dan informasi tentang penyakit dengan baik. Hanya saja pasien mengatakan apoteker dan bagian gizi jarang datang ke pasien untuk berkonsultasi secara langsung. Hanya bagian gizi mengantarkan makanan setiap harinya namun tidak untuk berkonsultasi. Masukan dari pasien untuk rumah sakit adalah menambah ruang tunggu pasien.

**Table- 1 Dokumen Monitoring dan evaluasi Pelaksanaan patient Centered Care di RS**

REKAM MEDIS :		I	II	III	SS			V
NOMER REKAM MEDIS :								
DIAGNOSA :								
<b>PERSETUJUAN (CONSENT)</b>								
STD	DOKUMEN YANG DIMINTA	Y	T	TDD	Y	T	TDD	Total Y/T
HPK6.3	Persetujuan Umum							
STD	DOKUMEN YANG DIMINTA	Y	T	TDD	Y	T	TDD	Total Y/T
HPK6.4	Persetujuan operasi dan tindakan invasif							
	Persetujuan Anestesi dan sedasi							
	Persetujuan transfusi darah dan produk darah							
	Persetujuan tindakan dan prosedur risiko tinggi							
HPK.8	Persetujuan riset, penyelidikan dan percobaan klinik							
PAB5.1	Risiko, keuntungan dan anestesi alternative							
PAB7.1	Risiko, keuntungan, komplikasi, dan alternatif operasi							
<b>ASESMEN</b>								
STD	DOKUMEN YANG DIMINTA	Y	T	TDD	Y	T	TDD	Total Y/T
AP.1.3	Kebutuhan medis pasien							
	Kebutuhan keperawatan pasien							







### C. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis di Rumah Sakit XYZ

Dari hasil Penelitian, Pascarella & Rosa, 2017, diperoleh hasil bahwa dokumen rekam medis pasien bedah diperoleh data kelengkapan rekam medis. Poin yang diamati dalam pengisian Format telaah telusur rekam medis tertutup meliputi 7 Standar akreditasi Rumah Sakit versi 2012 , yang merupakan kelompok standar Pelayanan berfokus Pasien (*Patient Centered Care*) antara lain :

- a. Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK) yang meliputi :  
APK 1.1.3 Pencatatan setiap keterlambatan tindakan sebesar 56,8% (lengkap), APK 2.1 Rencana Asuhan Pasien sebesar 93,2% (lengkap), APK 3.2.1 Resume pulang yang memuat alasan dirawat dan diagnosis, temuan fisik penting, tindakan diagnostik dan prosedur yang dilakukan, obat yang diberikan termasuk obat setelah pulang, instruksi tindak lanjut sebesar 97,7% (lengkap).
- b. Hak Pasien dan Keluarga (HPK) yang meliputi: HPK 6.3 Persetujuan umum sebesar 100% ( lengkap) , HPK 6.4 Persetujuan operasi dan tindakan invasif, anestesi dan sedasi, transfusi darah dan produk darah, tindakan dan prosedur risiko tinggi sebesar 88,6% (lengkap).
- c. Assesmen Pasien (AP) yang meliputi : AP 1.3 Kebutuhan medis pasien dan keperawatan pasien sebesar 65,9% (lengkap), AP 1.4.1 Assesmen medis dan keperawatan selama 24 jam, diupdate jika umur lebih dari 30 hari sebesar 72,7% (lengkap), AP 1.5 Assesmen terdokumentasi dalam 24 jam setelah masuk dirawat sebesar 84,1% (lengkap), AP 1.5.1 Assesmen medis terdokumentasi sebelum operasi sebesar 84,1% (lengkap), AP 1.6 Assesmen gizi dan status fungsional sebesar 43,2% (kurang lengkap), AP 1.7 Assesmen nyeri saat masuk sebesar 88,6% (lengkap) , AP 1.11 Assesmen awal untuk rencana keluar dari RS sebesar 79,5% (lengkap), AP 2 Assesmen setiap hari pada pasien akut (SOAP) sebesar 95,5% (lengkap) , AP 2.1 Assesmen awal masuk RS sebesar 56,8% (lengkap).
- d. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK) yang meliputi : PPK 2 Assesmen kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga sebesar 63,6%

(lengkap), PPK 2.1 Assesmen yang meliputi budaya pasien dan keluarga, tingkat pendidikan dan bahasa, kendala emosional, fisik dan kognitif, ketersediaan pasien menerima informasi sebesar 29,5% (lengkap).

- e. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) yang meliputi : PAB 5.1 Risiko, keuntungan, komplikasi, dan anestesi alternatif sebesar 22,7% (kurang lengkap), PAB 7.1 Risiko, keuntungan, komplikasi, dan alternatif operasi sebesar 22,7% (kurang lengkap), PAB 3 Assesmen pra sedasi, monitoring selama sedasi, kriteria sadar kembali sebesar 84,1% (lengkap), PAB 4 Assesmen pra anestesi dan pra Induksi sebesar 95,5% ( kurang lengkap).
- f. Manajemen Penggunaan Obat (MPO) yang meliputi : MPO 4 Daftar obat yang diminum sebelum dirawat sebesar 38,6% (kurang lengkap), MPO 4.3 Jenis obat yang diresepkan dicatat di rekam medis sebesar 100% (lengkap), MPO 7 Efek obat yang tidak diharapkan sebesar 50% (kurang lengkap).
- g. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) yang meliputi : MKI 19.3 Pencatatan, tanggal, waktu, setiap entry data sebesar 97,7% (lengkap).

Dari kesemua aspek tersebut urutan rata-rata kelengkapan pengisian rekam medis pasien bedah dan anestesi di RS XYZ

Hasil observasi ini sesuai dengan hasil wawancara peneliti terhadap informan dan hasil perhitungan persentase 7 aspek penilaian akreditasi RS versi 2012, bahwa kelengkapan rekam medis di RS XYZ sudah sangat baik mencapai 79,16%, dimana menurut katagori standar akreditasi RS versi 2012 >50% adalah lengkap. Menurut informan beberapa penyebab kelengkapan rekam medis terintegrasi di RS XYZ tidak mencapai 100% antara lain :

- 1) Masih ada tenaga medis yang kurang sadar terhadap kepentingan rekam medis
- 2) Pasien yang banyak
- 3) Beban kerja yang tinggi

- 4) Tidak memiliki cukup waktu
- 5) Malas atau enggan
- 6) Capek
- 7) Otoritas dokter yang tinggi
- 8) Evaluasi yang belum kontinyu
- 9) Sumber daya manusia pada bagian gizi yang masih kurang
- 10) Punishment dari direksi yang belum terlaksana
- 11) Form CPPT yang masih kurang sesuai

Selain itu pihak dari wawancara kepada salah satu informan yang juga merupakan salah satu direktur RS XYZ mengatakan bahwa memang untuk proses evaluasi kelengkapan belum berjalan secara maksimal, pelaporan kelengkapan masih belum rutin dilakukan juga tindak lanjut atau punishment yang diharapkan dikeluarkan oleh direksi bagi yang tidak lengkap dalam mengisi rekam medis juga belum dilaksanakan sampai sekarang. Pengisian rekam medis terintegrasi ini merupakan implementasi dari *Patient Centered Care* yang membutuhkan kesadaran setiap profesi, kolaborasi, dan kerjasama yang baik.

Salah satu teori mengatakan bahwa kelengkapan dalam pengisian rekam medis tergantung kepada beberapa factor sumber daya kesehatan, faktor sarana dan prasarana, faktor metode, serta pembiayaan dan pengawasan terhadap rekam medis, factor sumber daya kesehatan, terutama dokter, paramedic dan petugas pengisian rekam medis lainnya. Faktor sarana dan prasarana yaitu dengan adanya lembar formulir status dan tempat atau fasilitas untuk pengisian rekam medis. Faktor metode yaitu adanya petunjuk standar operasional prosedur yang ada. Faktor pembiayaan dan pengawasan yaitu perlu adanya anggaran yang memadai untuk pengolahan data rekam medis perlu adanya pengawasan yang dilakukan secara berkesinambungan dan bertanggungjawab.

Penyelenggaraan rekam medis terintegrasi implementasi *Patient Centered Care* pada suatu sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator mutu pelayanan pada institusi tersebut. Berdasarkan data pada rekam medis maka dapat dinilai apakah pelayanan yang diberikan sudah cukup baik mutunya apa belum.

Berdasarkan surat keputusan Dirjen Pelayanan Medik Nomor. 789/ Yanmed/RSU/mdik/YMU/I/91 tentang penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit maka setiap rumah sakit wajib membuat rekam medis namun sampai saat ini kurang lengkapnya kelengkapan rekam medis merupakan hal yang banyak ditemui disetiap rumah sakit tak terkecuali di Rumah Sakit XYZ.

Dari hasil observasi dokumen rekam medis rawat inap yang diisi oleh dokter di Rumah Sakit XYZ, ditemukan bahwa ada beberapa dokter tidak mengisi dokumen rekam medis dengan lengkap, kelengkapan pengisian rekam medis oleh dokter di Rumah sakit XYZ mencapai 79,16% dokumen rekam medis, berdasarkan perhitungan presentase kelengkapan pengisian 7 aspek standar akreditasi versi 2012. Namun hal ini sudah dalam kategori lengkap sesuai standar penilaian akreditasi RS versi 2012.

Hal tersebut sedikit jauh dengan penelitian yang dilakukan oleh Sumbodo (2005) yang menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis rawat inap di RSUD yang terisi lengkap baru 63,2 %.

Kendala lain yang mempengaruhi lengkap atau tidaknya pengisian rekam medis adalah jumlah pasien. Jumlah pasien yang banyak menyebabkan keterbatasan waktu pengisian sehingga dokter dengan jumlah pasien yang banyak cenderung mengabaikan pengisian rekam medis dengan alasan semua pelayanan telah tercatat di buku visite.

Samil (1994) menyatakan bahwa tanggung jawab utama kelengkapan pengisian rekam medis terletak pada dokter yang merawat tanpa harus memperdulikan ada atau tidaknya bantuan yang diberikan oleh staf medis lain dirumah sakit dalam melengkapi rekam medis. Dokter mengemban tanggung jawab terakhir akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis.

Rekam medis yang berkualitas berarti rekam medis tersebut berisi data yang lengkap yang dapat diolah menjadi informasi, sehingga memungkinkan dilakukannya evaluasi terhadap kinerja pelayanan kesehatan. Sandric dan Hafisium seperti dikutip oleh Boekitwetan (1996) menyatakan bahwa mutu rekam medis yang baik salah satunya apabila memenuhi indicator kelengkapan ini.

Berdasarkan hal tersebut maka kelengkapan rekam medis di rumah Sakit XYZ bisa dikatakan lengkap.

Kendala lain yang ditemui adalah kompleksitas formulir rekam medis dimana terdapat beberapa data yang dianggap tidak perlu ada pengulangan seperti identitas dan lembar anamnesa sehingga sebagian besar tidak diisi.

Dari hasil observasi diketahui bahwa pengulangan nama terang memang ada di setiap lembar rekam medis yang menjadi satu kesatuan yang oleh petugas biasanya diisi hanya pada lembar depan saja. Dilembaran selanjutnya dibiarkan kosong dengan alasan cukup satu kali penulisan sudah bias diketahui rekam medis tersebut milik pasien yang sama.

Hal ini sejalan dengan suwardjo (2002) yang menyatakan bahwa formulir yang dibuat untuk rekam medis pasien seharusnya memuat data-data yang diperlukan yang sesuai dengan kebutuhan seorang pasien untuk tindakan pengobatan dan perawatan yang diberikan oleh rumah sakit.

Pola dan bentuk rekam medis yang sederhana diperlukan agar mudah dimengerti oleh penggunaannya. Sederhana tetapi memuat informasi yang baik, padat sesuai dengan kebutuhan serta tidak menyimpang dari prosedur atau ketentuan yang berlaku. Sesuai dengan revisi Pedoman Pengelolaan Rekam Medis rumah sakit, surat Keputusan dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Nomor YM.00.03.2.2.1296/1996 maka personil rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis guna menjamin konsistensi dan kelengkapannya. Personil rekam medis harus berpegang pada pedoman sesuai sebagai berikut :

- 1) Semua diagnosis ditulis dengan benar pada lembaran masuk dan keluar sesuai dengan istilah hukum yang dipergunakan, semua diagnosa serta tindakan pembedahan yang dilakukan dicatat. Simbol dan singkatan jangan dipergunakan.
- 2) Dokter merawat menulis tanggal dan tanda tangannya pada sebuah catatan, serta telah menandatangani juga catatan yang ditulis oleh dokter lain. Pada rumah sakit pendidikan yaitu riwayat pendidikan, pemeriksaan fisik dan resume, lembaran ringkasan masuk dan keluar tidak cukup apabila hanya ditanda tangani oleh seorang dokter.

- 3) Bahwa laporan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik dalam keadaan lengkap dan berisi data penemuan baik yang positif maupun negative..
- 4) Catatan perkembangan, memberikan gambaran kronologis dan analisis klinis keadaan pasien. Frekuensi catatan ditentukan oleh keadaan pasien.
- 5) Hasil laboratorium dan X-Ray dicatat dicantumkan tanggalnya serta ditandatangani oleh pemeriksa.
- 6) Semua tindakan pengobatan medis ataupun tindakan pembedahan harus ditulis dan dicantumkan tanggal serta ditandatangani oleh pemeriksa.
- 7) Semua konsultasi yang dilaksanakan harus sesuai dengan peraturan staf medis, harus dicatat secara lengkap serta ditandatangani, hasil konsultasi mencakup penemuan konsulen pada pemeriksaan fisik terhadap pasien termasuk juga pendapat dan rekomendasinya.
- 8) Pada kasus observasi, catatan prenatal dan persalinan dicatat secara lengkap mencakup hasil test dan semua pemeriksaan pada saat prenatal sampai masuk rumah sakit. Jalannya persalinan dan kelahiran sejak pasien masuk rumah sakit juga harus dicatat secara lengkap.
- 9) Catatan perawat dan catatan prenatal rumah sakit yang lain tentang observasi dan pengobatan yang diberikan harus lengkap disertai cap dan tanda tangan.
- 10) Resume telah ditulis pada saat pasien pulang. Resume harus berisi ringkasan tentang penemuan-penemuan dan kejadian penting selama pasien dirawat, keadaan waktu pulang termasuk saran dan rencana pengobatan selanjutnya.
- 11) Bila otopsi dilakukan, diagnose anatomi dicatat segera (dalam waktu kurang dari 72 jam) keterangan yang lengkap harus dibuat digabungkan dalam rekam medis.

Berdasarkan pedoman tersebut maka unit rekam medis RS XYZ sudah melakukan tugas dan tanggung jawab secara maksimal. Semua tenaga medis harus terlibat dalam pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi. Baik dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapis, dan apoteker. Hal ini merupakan implementasi dari *Patient Centered Care*.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapis, apoteker, dan pasien itu mengatakan sudah melakukan kegiatan *Patient Centered Care* namun belum maksimal 100%. Kendalanya adalah kekurangan waktu untuk berkolaborasi secara langsung, kurangnya tenaga medis pada bagian gizi sehingga belum semua profesi terlibat, pasien yang banyak sehingga pelayanan tidak bisa optimal. Namun, para tenaga medis di RS XYZ sudah menerapkan sikap profesional yaitu mengutamakan *patient safety*, bekerja sesuai kompetensi masing-masing, dan bertanggung jawab. Untuk pembagian waktu, peran tenaga kesehatan, hubungan staff, mix skill, pembagian wewenang, dan pengambilan keputusan bersama sudah dilakukan dengan baik walaupun belum maksimal. Hasilnya pasien sudah merasa cukup puas dengan pelayanan yang diberikan Rumah Sakit.

Pelayanan yang berfokus pasien (*Patient Centered Care*) membutuhkan dokumentasi terintegrasi yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang sama, meminimalkan miskomunikasi, menurunkan angka kejadian tidak diharapkan dan pada akhirnya itu semua bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan (Patricia and Nancy, 2004, Frelita, Situmorang, & Silitonga, 2011).

Ada 4 Konsep inti yang ada dalam konsep PCC (*Patient Centered Care*) dalam PFCC 2007, Benchmarking Project, Executive Summary and Strategy Map yaitu : martabat dan respek, berbagi informasi, partisipasi, dan kolaborasi. Hal ini sudah diterapkan oleh tenaga medis di RS XYZ. Tidak lain tujuannya adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit.

Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Dwijayanto (2007) berjudul “ Hubungan konsep patient centered care dalam menurunkan Angka Kejadian Malpraktek di RS”. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan deskriptif dengan rancangan penelitian retrospektif. Pengumpulan data dilaksanakan dengan menelaah hasil laporan yang tersedia selama 3 tahun sebelumnya. Hasil dari penelitian ini adalah kejadian malpraktik di RS menurun hingga 62% sejak diterapkannya konsep *Patient Centered Care*.



## BAB-6

# *Patient Centered Care* dalam Pemberian Obat

Implementasi PCC (*Patient Centered Care*) dapat memberikan keuntungan yaitu pelayanan yang diberikakan oleh tenaga medis sebaiknya dilakukan sesuai waktu dan orang yang pasti sehingga kolaborasi dapat meningkat dan integritas tenaga medis lebih profesional terhadap kepentingan pasien, sehingga pasien tidak akan memilih rumah sakit yang lainnya. PCC (*Patient Centered Care*) bisa menaikkan untuk pasien dan menyejahterakan kelompok staf dan dapat membuat rencana dan menjalankan suatu pekerjaan sehingga bisa memenuhi kebutuhan pasien (Frampton, 2008).

Menurut Maramis, (2006) Aplikasi dari PCC (*Patient Centered Care*) mendapatkan secara nyata yaitu disaat pasien dan keluarga mendatangi rumah sakit dilakukan perawatan sampai pasien itu control kembali pelayanan yang diberikan ke pasien harus ada kerja sama yang baik untuk menimbulkan kolaborasi yang baik antar medis dan ada saling menguntungkan antara pelayanan dari rumah sakit terhadap pasien.

Leape, et. Al (1995) mengidentifikasi penyebab kesalahan dalam pemberian obat antara lain 1) Kurangnya diseminasi pengetahuan, terutama para dokter yang merupakan 22 % penyebab kesalahan, 2) Tidak cukupnya informasi, 14% dari kesalahan mengenai pasien seperti halnya data uji laboratorium, 3) Sebanyak 10% kesalahan dosis yang kemungkinan disebabkan oleh tidak diikutinya SOP pengobatan, 4) 9% Lupa, 5) 9%

kesalahan dalam membaca resep seperti tulisan tidak terbaca, interpretasi perintah dalam resep, dan singkatan dalam resep, 6) Salah mengerti perintah lisan, 7) Pelabelan dan kemasan, 8) Stok dan penyimpanan obat yang tidak baik, 9) Masalah dengan standard an distribusi, 10) Assesment alat penyampai obat yang tidak baik saat membeli dan penggunaan, 11) Stress di lingkungan kerja, dan 12) Ketidaktahuan pasien. Menurut Amik Muladi(2013) mengatakan bahwa faktor penyebab *medical error* adalah lingkungan pekerjaan perawat yang kurang mendukung, tingkat jabatan perawat , usia pasien yang sudah tua, rekonsiliasi obat pra-masuk rumah sakit, kurangnya pengetahuan tentang obat-obatan (dosis, mendeteksi interaksi obat), pengkajian yang kurang lengkap tentang riwayat alergi dan kurangnya pemantauan klinis terhadap pasien.

Dari semua hal tersebut, diperlukan Penerapan yang optimal dari Patient Centered Care untuk mencegah terjadinya adverse even ataupun Kejadian yang tidak di harapkan di rumah sakit.



**Gb 5.1. Tempat Penyimpanan obat-obatan di ruang rawat inap**



**Gb 5.2. Persiapan Pemberian Obat Suntikan**

Gambar diatas memberikan informasi bahwa pemberian obat, belum maksimum di lakukan dengan baik oleh profesi yang diberi kewenangan dalam mengadminstrasikan obat. Sehingga dengan memperbaiki paradig patient safety, yaitu *Patient Centered Care* memberikan peluang untuk mencegah terjadinya medication errors.

### Komponen PCC:

- 1) Menghormati nilai – nilai, pilihan dan kebutuhan yang diutarakan oleh pasien
- 2) Koordinasi dan integrasi asuhan
- 3) Informasi, komunikasi dan edukasi
- 4) Kenyamanan fisik
- 5) Dukungan emosional dan penurunan rasa takut dan kecemasan
- 6) Keterlibatan keluarga dan teman
- 7) Asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar
- 8) Akses terhadap pelayanan

### PCC Pemberian Obat :

- Dokter :
  - Diagnosa
  - Persepan
  - Informasi obat
- Farmasi :
  - Pelayanan resep
  - Menyediakan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan
  - Penyerahan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan
  - KIE
  - Pelayanan informasi obat
  - Edukasi
  - Konseling
- Perawat :
  - Peran dalam mendukung keefektifitasan obat
  - Peran perawat dalam mengobservasi efek samping dan alergi obat.
  - Peran perawat dalam penyimpanan, menyiapkan dan administrasi obat
  - Peran perawat dalam melakukan pendidikan kesehatan tentang obat.

### Hambatan pelaksanaan PCC:

- 1) Dokter sulit menerima masukan
- 2) Batasan yang kurang untuk kesepakatan untuk mencapai keberhasilan.
- 3) Peryaratan yang ketat rekrutimen dapat menimbulkan hambatan untuk memperoleh tenaga kesehatan dari lingkungan sekitar.
- 4) Kurangnya penghargaan kinerja PCC (*Patient Centered Care*)
- 5) Hambatan pendapatan
- 6) Staf yangyang sulit merubah kebiasaan

Hasil Penelitian Susmiyati & Rosa, 2017, Implementasi Patient Centered Care dalam pemberian obat, adalah sebagai berikut yang telah dilakukan di ruang rawat inap RS XYZ:

**Tabel Informasi, komunikasi dan edukasi  
di ruang rawat inap di RS XYZ**

No	Standar	Jumlah			
		Sesuai	persen- tase	Tidak Sesuai	Persen- tase
1.	Tenaga medis mendengarkan dengan sungguh-sungguh keluhan tentang pemberian obat yang pasien derita serta memberikan jalan keluar dalam konsultasi	17	100%	0	0 %
2.	Tenaga kesehatan mencatat didata personalia jika kesalahan pemeriksaan, kesalahan diagnosa, kesalahan menginformasikan keadaan pasien, kelalaian perawatan pasien pada pemberian obat	10	58,8 %	7	41,2 %
3.	Tenaga kesehatan memiliki prosedur dan sistem yang baik untuk mencegah kesalahan dalam pemberian obat	17	100 %	0	0 %
4.	Anda akan melaporkan jika pada saat melakukan seperti (kesalahan diagnosa, kesalahan penanganan kesalahan memberikan obat) hal tersebut merasa seperti mencatat dirinya sendiri dari pada mencatat masalahnya	17	100%	0	0 %

No	Standar	Jumlah			
		Sesuai	persen- tase	Tidak Sesuai	Persen- tase
5.	Tenaga medis dalam memberikan pelayanan atau menginformasikan tentang pelayanan dengan Bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien pada saat memberikan obat	17	100%	0	0%

**Tabel Kenyamanan fisik di ruang rawat inap RS XYZ**

No	Standar	Jumlah			
		Sesuai	persen- tase	Tidak Sesuai	persen- tase
1.	Tempat penyimpanan obat rumah sakit terlihat indah, bersih dan nyaman	13	76,5 %	4	23,5 %
2.	Rumah sakit memiliki papan petunjuk yang jelas dan mudah ditemukan pada saat pemberian obat	13	76,5 %	4	23,5 %
3.	Rumah sakit memiliki ruang tunggu, kamar perawatan, tempat tidur, peralatan medis, obat-obatan	17	100%	0	0 %
4.	Tenaga medis berpenampilan rapi dan bersih pada saat pemberian obat	17	100%	0	0 %
5.	Tenaga medis melayani dengan sikap meyakinkan dan sopan sehingga pasien merasa aman dan nyaman pada saat memberikan obat	17	100%	0	0%
6.	Tenaga medis memiliki kompetensi dan sertifikat yang sesuai dengan bidang pada saat memberikan obat	17	100%	0	0 %

No	Standar	Jumlah			
		Sesuai	persen-tase	Tidak Sesuai	persen-tase
7.	Rumah sakit menyediakan peralatan medis dan obat-obatan yang lengkap sesuai dengan standar yang berlaku	16	94,1 %	1	5,9%
8.	Rumah sakit memiliki catatan medis pasien yang detil dan terintegrasi tentang pemberian obat	17	100%	0	0 %

**Tabel Dukungan emosional dan penurunan rasa takut dan kecemasan di ruang rawat inap RS XYZ**

No	Standar	Jumlah			
		Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Tidak Sesuai
1.	Tenaga medis selalu mengkomunikasikan informasi medis yang mudah dipahami oleh pasien pada saat memberikan obat	16	94,1%	1	5,9 %
2.	Tenaga medis sudah memberikan informasi terkait obat yang diberikan ke pasien	16	94,1	1	5,9%

**Tabel Keterlibatan keluarga dan teman di ruang rawat inap RS XYZ**

No	Standar	Jumlah			
		Sesuai	persen-tase	Tidak sesuai	persen-tase
1.	Tenaga kesehatan mendukung jika keluarga pasien ikut menjaga dan merawat pada pemberian obat ke pasien selama di rumah sakit	17	100%	0	0 %

2.	Tenaga kesehatan mendukung jika keluarga dalam memberikan perawatan dalam pemberian obat dirumah sakit kepada pasien berusaha menciptakan suasana seperti dirumah	16	94,1%	1	5,9 %
3.	Keluarga pasien memperhatikan kondisi kesehatan pasien pada saat pemberian obat yang sedang dirawat di rumah sakit	17	100%	0	0 %
4.	Tim medis mendukung keluarga dalam proses pelayanan pemberian obat yang akan diberikan kepada pasien	17	100%	0	0%

**Tabel Asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar di ruang rawat inap RS XYZ**

No	Standar	Jumlah			
		Sesuai	Presen- tase	Tidak Sesuai	Presen- tase
1.	Rumah sakit dapat memberikan informasi medis pasien terintegrasi (resume medis yang lengkap misal untuk rujukan ke rumah sakit lain yang mencakup tindakan medis, hasil lab, dsb)	17	100%	0	0 %
2.	Tenaga medis menerangkan tindakan yang akan dilakukan pada pemberian obat	17	100%	0	0%
3.	Tenaga medis memberitahu jenis penyakit, cara perawatan dan minum obat secara lengkap	17	100%	0	0 %

**Tabel Akses terhadap pelayanan di ruang rawat inap RS XYZ**

No	Standar	Jumlah Sesuai	Jumlah		Presen- tase
			Presen- tase	Tidak Sesuai	
1.	Apakah rumah sakit menyediakan tenaga medis yang tanggap melayani pasien dalam pemberian obat misal (waktu tunggu, kemudahan dalam merubah perjanjian	17	100%	0	0 %
2.	Prosedur pelayanan pemberian obat medis emergensi dapat langsung dilakukan (tanpa perlu melakukan perjanjian	15	88,2%	2	11,2 %
3.	Rumah sakit dapat menyediakan seluruh layanan pada pemberian obat yang diperlukan dan dimilikinya untuk menangani keluhan pasien	14	82,4%	3	17,6 %
4.	Tenaga medis bersedia menerima dan melayani seluruh pasien dengan baik tanpa melihat dan membedakan latar belakang ekonomi pasien pada pemberian obat	17	100%	0	0%

## **A. Evaluasi Patient Centered Care dalam pemberian obat**

Evaluasi implementasi PCC (*Patient Centered Care*) dalam pemberian obat menggunakan 8 komponen:

### **1. Menghormati nilai-nilai**

Pada komponen PCC (*patient centered care*) di rumah sakit XYZ dalam Menghormati nilai – nilai, pilihan dan kebutuhan yang diutarakan oleh pasien yaitu tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan

keinginan dan kebutuhan sebesar 100%. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pemahaman dan pengetahuan tentang Menghormati nilai – nilai, pilihan dan kebutuhan yang diutarakan oleh responden selama ini sudah baik maka pelaksanaan dan implementasi program PCC (*patient centered care*) akan berjalan dengan baik.

Menghormati nilai-nilai dalam memberikan pelayanan kesehatan rumah sakit sangat penting dipahami oleh seluruh petugas kesehatan rumah sakit. di rumah saki tenaga kesehatan juga harus bisa mendengarkan apa yang sudah menjadi pilihan keluarga dan klien terkait nilai, budaya dan kepercayaan yang dianut sehingga pelayanna kesehatan selama dirumah sakit berperan penting terhadap pendatan pelayanan kesehatan dirumah sakit

## **2. Integrasi dan koordinasi**

Komponen PCC (*pasien centered carae*) pada pemberian obat, Koordinasi dan integrasi asuhan di RS XYZ yaitu bahwa nilai persentase tenaga medis dalam pemberian obat ke pasien sudah saling koordinasi 76,5% dan yang saling koordinasi sebesar 23,5%, tim medis sebelum memberikan obat sudah saling berintegrasi dalam pemberian oabat sebesar 76,5% dan yang tidak 23,5% sedangkan nilai yang menyangkut dalam koordinasi dan integrasi asuhan adalah 100%.

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan mengatakan bahwa “*menurut saya rasa bisa dinilai belum berjalan baik, karena setiap ada kejadian kesalahan dalam pemberian obat ataupun kejadian yang menyangkut pasien langsung di tulis dan dilaporkan ke TIM KPRS. kenapa bisa ada kesalahan dalam pemberian obat dikarenakan belum ada duduk bareng untuk diskusi antar dokter, farmasi dan perawat untuk membicarakan tindakan apa yang mau dilakukan untuk pasien*”

Hal ini menunjukkan bahwa kerjasama atau koordinasi dalam memberikan pemberian obat dalam satu bagian/unit belum berjalan dengan baik. Lingkungan praktek yang mendukung akan membuat efek positif diantara perawat, adanya kerjasama dan komunikasi yang baik antar perawat pada saat praktek akan menurunkan tingkat terjadinya *medication error* (Flynn Linda, et al, 2012).

Dalam bertugas menyelesaikan pekerjaan tim kesehatan masih kurang melakukan kerjasama dan saling membantu dalam bagian sehingga hal ini dapat meningkatkan kinerja unit masing-masing. Kerjasama intrabagian yang baik diharapkan dapat membangun kerjasama yang dilakukan antar bagian/unit kerja karena mereka akan terbiasa saling berkoordinasi satu sama lain tim medis dalam memberikan pelayanan kesehatan dalam pemberian obat.

Menurut Erlina (2009) mengatakan bahwa Tahap praktek kolaborasi perawat dokter sebagian besar 68% dalam tahap berunding. Tahap berunding (*compromize*) adalah merupakan pertengahan antara ketegasan dan kerjasama, dalam tahap berunding ini kepedulian terhadap kepentingan diri sendiri dan kepentingan orang lain ada di tengah-tengah, mentoleransi, mencari jalan tengah, sehingga kepentingan diri sendiri tidak tercapai secara maksimal pula.

### **3. Informasi, komunikasi dan edukasi**

Pada standar Informasi, komunikasi dan edukasi yaitu tenaga kesehatan mencatat data personalia jika kesalahan pemeriksaan, kesalahan diagnosa, kesalahan menginformasikan keadaan pasien, kelalaian perawatan pasien terisi lengkap yaitu yang sesuai sebesar 58,8% dan yang tidak sesuai 41,2%, sedangkan Informasi, komunikasi dan edukasi nilai persentase yang lain 100%. Hal di RS XYZ ini dilihat informasi, komunikasi dan edukasi tentang pemberian obat masih perlu ditingkatkan dan harus saling mengingatkan jika terjadi suatu kesalahan prosedur dan pasien juga wajib dilakukan edukasi dan pemberian informasi terkait pemberian obat.

Berdasarkan wawancara yang sudah dilakukan mengatakan bahwa *“hambatan program PCC dalam pemberian obat ke pasien itu adalah fihak farmasi atau apoteker yang berada di rumah sakit XYZ dalam memberikan edukasi ke pasien terkait obat-obat apa yang didapat dan efek samping obat masih kurang dikarenakan apoteker SDM masih kurang akhirnya edukasi ke pasien terkait obat masih kurang dan dalam penyerahan obat pernah mengalami kesalahan dikarenakan resep pasien yang menumpuk ”*

Hal ini menunjukkan bahwa proses pemberian obat diruang rawat inap melibatkan perwata, petugas farmasi maupun keluarga pasien

diruangan. Penelitian Camire *et al* melaporkan kesalahan yang paling sering terjadi selain peresepan adalah *administration error* (46%) di ruang rawat inap . Bahkan menurut penelitian Simamora *et al* di rumah sakit R.Charitas Palembang kesalahan pemberian obat di ruang inap sebesar 81,32%.

#### **4. Kenyamanan fisik**

Ditemukan bahwa RS XYZ ada masalah pada Kenyamanan fisik yaitu penyimpanan obat di rumah sakit terlihat indah, bersih dan nyaman yang tidak sesuai yaitu tidak 23,5% dan yang sesuai adalah 76,5% , rumah sakit memiliki papan petunjuk yang jelas dan mudah ditemukan dalam memberikan arahan kepada pasien pada pemberian obat tidak sesuai 23,5% dan sesuai 76,5%, rumah sakit menyediakan peralatan medis dan obat-obatan yang lengkap sesuai dengan standar yang berlaku tidak sesuai sebesar 5,9% dan yang sesuai sebesar 94,1% sedangkan yang menyangkut kenyamanan fisik yang lain nilainya sudah 100%.

Hal ini bisa dilihat dari data tersebut penyimpanan obat, tempat dan papan yang di rumah sakit masih perlu perbaikan terutama papan petunjuk nama pasien yang berada di ruang rawat inap di setiap tempat yang bisa membuat terjadinya salah menyimpan obat dan mempermudah perawat untuk. Lingkungan fisik sangat penting untuk proses penyembuhan dan harus dirancang untuk mempromosikan penyembuhan dan pembelajaran, serta pasien dan keluarga berpartisipasi dalam perawatan ( Dewi,2011).

#### **5. Dukungan emosional, penurunan rasa takut dan kecemasan**

Sedangkan untuk tenaga medis selalu mengkomunikasikan informasi medis yang mudah dipahami oleh pasien dan tenaga medis sudah memberikan informasi terkait penyakit yang diderita oleh pasien nilai tidak sesuai 5,9% dan sesuai 94,1%. Hal ini menunjukkan bahwa mengkomunikasikan yang mudah dimengerti dan memberikan dukungan kepada keluarga dan pasien tentang keadaan pasien saat sakit bisa mengurangi kecemasan. Jasa pelayanan kesehatan akan merasakan kalau dokter dan paramedik rumah sakit sudah melayani mereka dengan baik sesuai standar prosedur operasional pelayanan. Situasi ini ditunjukkan

oleh sikap dan perilaku positif staf yang akan membantu para pengguna pelayanan kesehatan mengatasi keluhan sakitnya.

## **6. Keterlibatan teman dan keluarga**

Keterlibatan keluarga dan teman di RS XYZ tenaga kesehatan mendukung jika keluarga dalam memberikann perawatan dirumah sakit kepada pasien berusaha menciptakan suasana seperti dirumah sesuai 94,1%, tidak sesuai 5,9% dan Keterlibatan keluarga dan teman yang lainnya nilai persentase 100%. Hal tersebut dilihat data tenga medis sudah memberikan pelayanan dalam pemberian obat seperti rumah sendiri dan memberikan kenyamanan dan melibatkan keluarga dan temennya dalam memberikan pelayanan kepasin dan harus dipertahankan di rumah sakit.

Menurut Mekar dan wahyu (2010) mengungkapkan bahwa bantuan yang diberikan oleh keluarga yang meliputi, pemenuhan kebutuhan dasar, pemenuhan kebutuhan spiritual, pemenuhan kebutuhan afektif, manajemen konflik keluarga, penyediaan sumber finansial dan berespon secara positif terhadap kondisi pasien.

## **7. Asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar**

Asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar di RS XYZ dapat memberikan informasi medis pasien terintegrasi (resume medis yang lengkap misal untuk rujukan ke rumah sakit lain yang mencakup tindakan medis, hasil lab, dsb lengkap, tenaga medis menerangkan tindakan yang akan dilakukan lengkap sebesar dan tenaga medis memberitahu jenis penyakit, cara perawatan dan minum obatadalah sesuai sebesar 100%. Hal tersebut menunjukkan bahwa asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar sudah baik maka asuhan yang berkelanjutan dipertahankan.

## **8. Akses terhadap pelayanan**

Akses terhadap pelayanan adalah prosedur pelayanan medis emergensi dapat langsung dilakukan (tanpa perlu melakukan perjanjian ) sesuai sebesar 88, 2% dan yang tidak sesuai 11,2% dan rumah sakit dapat menyediakan seluruh layanan yang diperlukan dan dimilikinya untuk menangani keluhan pasien yang sesuai sebesar 82,4% dan tidak sesuai 17,6% dan bahwa akses terhadap pelayanan yang lain yang sesuai adalah 100%.

Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan medis di RS XYZ dapat langsung dilakukan dan rumah sakit menyediakan seluruh layanan yang dimilikinya untuk mengani pasien sudah cukup baik tetapi masih perlu ditingkatkan. Menurut Max Joseph H, Rini Sasanti H, Selma Arsit S (2013) mengatakan bahwa Pelaksanaan fungsi farmasi klinis dan *patient safety* serta komunikasi, informasi dan edukasi oleh apoteker membutuhkan peningkatan pengetahuan farmakoterapi, farmasi klinis termasuk *drug related problem*, patofisiologi dan komunikasi, dokumentasi riwayat pengobatan pasien, farmakokinetik klinik dan interaksi obat, *theurapeutic drug monitoring*, dan *total parenteral nutrition* serta studi kasusnya.

## BAB-7

# Best Practices Patient Centered Care

*The Best Practices in Patient-Centered Care research* dan diseminasi proyek berusaha untuk mengidentifikasi inovasi konkret dan praktik-praktik menjanjikan rumah sakit Amerika Serikat yang berkinerja terbaik dalam pengiriman perawatan yang berpusat pada pasien, atau yang telah membuat langkah luar biasa di bidang ini. Berkembang dalam sebuah konferensi pada September 2013, itu menyatukan para pemimpin rumah sakit, dokter, pendukung keluarga pasien, peneliti dan pembuat kebijakan untuk berbagi strategi yang sukses. (“Best Practices in Patient-Centered Care” 2013)

Sarah Bush Lincoln, bekerja selama beberapa tahun di Pusat Kesehatan, untuk meningkatkan kepuasan pasien menciptakan budaya baru keunggulan baru. Pada tahun 2007, mereka menciptakan inisiatif “Excellence a Way of Life” untuk melatih semua petugas kesehatan di seluruh sistem kesehatan.

Patient-Centered care dapat didefinisikan sebagai pengaturan kesehatan di mana pasien didorong untuk secara aktif terlibat dalam perawatan mereka, dengan fisik lingkungan yang mendorong kenyamanan pasien dan staf yang berdedikasi memenuhi kebutuhan fisik, emosional, dan spiritual pasien. Atribut model perawatan yang berpusat pada pasien dapat mencakup (Charmel and Frampton 2008):

1. Budaya organisasi yang mendorong staf untuk peka terhadap pasien kebutuhan selama tinggal di rumah sakit
2. Desain arsitektural dan interior yang memberi kesan “seperti rumah” dan mendorong mobilitas pasien, keterlibatan keluarga dalam proses perawatan, dan ruang untuk kesendirian dan kegiatan social
3. Penekanan pada pendidikan pasien dan keluarga
4. Pengakuan bahwa nutrisi merupakan bagian integral dari kesehatan serta sumber kesenangan, kenyamanan, dan keakraban

### **A. Intervensi yang Dilakukan**

Tim yang berbeda diciptakan yang berfokus pada bidang-bidang berikut:

1. Komunikasi-Komunikasi dianggap sebagai komponen intervensi utama. Oleh karena itu, papan komunikasi dibuat di setiap departemen untuk membantu semua karyawan memahami apa yang terjadi di dalam sistem dan apa yang perlu mereka lakukan untuk mencapai tujuan strategis mereka. Papan-papan itu diperbarui setiap bulan.
2. Keterlibatan karyawan, kepemimpinan, dokter penghubung, dan tim pengalaman pasien, bertujuan untuk memberikan pengalaman ‘wow’ kepada pasien. Ini merupakan fokus penting dari intervensi.
3. Pengukuran dan Standar: Tim pengukuran melihat data, dan tim standar melihat standar kinerja, termasuk sikap, penampilan, komunikasi, komitmen, responsif, dan privasi.

### **B. Intervensi pada bidang berikut yang dilaksanakan Patient Centered Care**

1. *Service Recovery*: Staf dilatih dalam pemulihan layanan menggunakan permintaan maaf tanpa cacat dan menawarkan token kecil jika diperlukan. Skrip universal dengan bahasa seperti: “Saya menyesal Anda memiliki pengalaman itu. Apakah ada yang bisa saya lakukan

untuk menjadikannya lebih baik bagi Anda? ”Digunakan oleh staf pendukung dalam pemulihan layanan.

2. *Nursing Care*: Selama bertahun-tahun, perawat merasa telah terperangkap dalam teknologi sehingga mudah bagi mereka untuk melupakan pasien dan berkomunikasi dengan mereka dengan baik. Oleh karena itu, staf perawat didorong untuk mengembangkan hubungan dengan pasien. Akibatnya, perawat sekarang menghabiskan lima menit di awal setiap shift dengan setiap pasien, di mana mereka akan duduk, menjalin kontak mata dengan pasien, menjelaskan rencana perawatan untuk hari itu, mendengarkan pertanyaan dan kekhawatiran, dan menanggapi itu.
3. *Hourly rounding*: Putaran perawat per jam dibagi antara perawat dan mitra perawatan (seperti teknisi keperawatan) pada jam ganjil dan genap. Staf akan bertanya setiap jam tentang rasa sakit pasien, harus pergi ke kamar kecil, perlu reposisi, dan jika semua yang mereka butuhkan ada dalam jangkauan mereka. Pembulatan setiap jam memberi staf kesempatan untuk mengantisipasi kebutuhan pasien dan menemui mereka sebelum pasien perlu bertanya.
4. *Bedside shift report*: Laporan tempat tidur ditempatkan dari perawat ke perawat dan dari mitra perawatan ke mitra perawatan pada awal setiap shift. Selama laporan, perawat / mitra perawatan keluar akan memperkenalkan anggota staf baru dalam tim kepada pasien, mengarahkan mereka ke apa yang terjadi, melibatkan pasien dalam diskusi, dan memberi pasien kesempatan untuk mengatakan “jangan lupa tentang ini”. Ini memungkinkan perawat menjadi responsif sejak awal.
5. *Admission, Discharge, and Transfer special nurse (ADT nurse)*: Mengingat bahwa kertas bekerja sangat memakan waktu, pasien ingin pulang cepat, dan perawat tidak selalu tersedia untuk memenuhi kebutuhan mereka pada waktu yang tepat, peran perawat ADT telah ditambahkan ke tim unit. Ini disambut dengan pertentangan dari staf pada awalnya. Namun, memiliki perawat ADT yang berdedikasi bekerja dengan baik dan menjadi sangat memuaskan.

Evaluasi pasien adalah indikator untuk mengukur Patient Centered care. Survei Penyelidikan Konsumen Rumah Sakit Penyedia dan Sistem Kesehatan atau The Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) (HCAHPS) survei mengukur laporan pasien pada pengalaman rumah sakit mereka. HCAHPS dikembangkan untuk memberi konsumen informasi tentang kualitas perawatan. (Aboumatar et al. 2015). Hasil yang diperoleh Rumah sakit berkinerja tinggi menggunakan serangkaian proses perawatan pasien yang terlibat baik yang melibatkan para pemimpin dan dokter dalam memastikan bahwa kebutuhan dan preferensi pasien ditangani. Adapun strategi yang dilakukan untuk meningkatkan patient centered care seperti gambar dibawah ini:

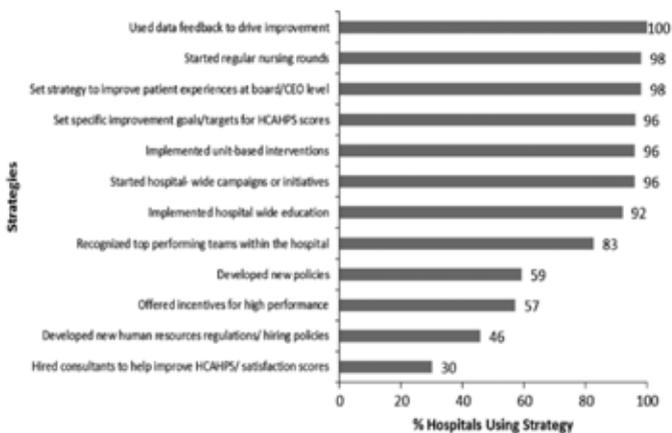


FIGURE 2. Select strategies utilized to improve patients' hospital experiences.

Meningkatkan respon terhadap kebutuhan pasien, rumah sakit menggunakan proactive nurse dan executive/leader rounds, melibatkan perawat “check-in” pada setiap pasien secara teratur, menanyakan pertanyaan standar untuk memenuhi kebutuhan pasien dan mengatasinya. executive/leader rounds melibatkan seorang eksekutif / pemimpin, waktu mencurahkan untuk langsung berinteraksi dengan pasien dan staf rumah sakit. *Rounding* ini dimaksudkan untuk memunculkan kekhawatiran

apa pun yang mungkin dialami pasien atau staf dan berupaya untuk mengatasinya. Keperawatan proaktif dan *executive/leader rounds* sering dilaporkan di rumah sakit yang sama dan umumnya digunakan secara komplementer.(Aboumatar et al. 2015)



FIGURE 3. Explanatory model for how positive patient experiences were achieved at the high-performing hospitals.

### C. Pembelajaran dan Keberlanjutan

Penolakan terhadap perubahan adalah tantangan utama:

1. *Scripting* - Staf menolak ini, menyatakan, “Saya tidak perlu Anda memberi tahu apa yang harus saya katakan. Itu membuat saya merasa seperti robot”. Namun, para pasien sangat terkesan ketika setiap pengasuh bertanya apakah ada yang bisa dia lakukan untuk membantu.
2. *Bedside shift report*- Perawat tidak mau berbicara di depan pasien pada awalnya.
3. *Hourly rounding*- Ada kebutuhan untuk pemantauan berkelanjutan untuk memastikan pembulatan setiap jam sedang dilakukan. Rekomendasi untuk perawat adalah mencoba untuk mengurus semuanya saat mereka berada di ruangan untuk menghemat waktu dan memastikan pasien senang.

4. **Motto** - Setiap pasien, setiap saat, di mana saja. Memegang satu sama lain bertanggung jawab adalah tantangan.

#### **D. Keberlanjutan**

1. **Daily charge**- Informasi secara konsisten dikomunikasikan di seluruh sistem kesehatan, termasuk standar kinerja, yang perlu dikeluarkan di depan staf secara teratur.
2. **Cerita** - Tidak ada yang lebih memotivasi untuk staf daripada disebutkan secara positif oleh pasien.
3. **Pengakuan staf** - Ini termasuk pengakuan timbal balik dan pujian dari pimpinan. Pujian keperawatan untuk mitra perawatan juga memiliki efek positif.
4. **Pengakuan karyawan** - Ketika seorang pasien mengenali seseorang, ia diposkan; posting pengakuan diperbarui setiap minggu. Bahkan sekarang setelah enam tahun, staf masih menantikan ini dan bekerja keras untuk membuat daftar.
5. **Supervisor rounding** - Ini membantu memastikan waktu rounding dapat dipatuhi. Pengawas melihat kualitas perawatan, bukan hanya layanan pelanggan, memastikan pasien risiko jatuh tinggi memiliki alarm tidur, dan memfasilitasi penghentian dini kateter foley.
6. **Director rounding**- Staf tahu direktur akan keluar dan sekitar; ini membantu mereka untuk maju.
7. **Umpan balik pasien dan tindak lanjut** - Pusat Kesehatan Sarah Bush Lincoln melacak kemajuan dan upaya terfokus berdasarkan umpan balik pasien.
8. **Tinjauan kinerja tahunan** - Tinjauan kinerja tahunan yang diperlukan untuk memasukkan semua standar kinerja dan membantu untuk mempertahankan akuntabilitas staf.

## E. Bagaimana Cara Memberikan Perawatan Berpusat pada Pasien (*Patient Centered Care*) di rumah sakit?

Studi ini menemukan beberapa pendekatan umum di antara rumah sakit yang sukses.:

1. Hourly rounds. Perawat dan anggota staf klinis lainnya berkeliling di ruang pasien setiap jam untuk mengatasi rasa sakit, kebutuhan dan posisi kamar mandi dan untuk memastikan bahwa barang-barang pribadi dapat dijangkau.
2. Communication/care boards di ruang pasien. Papan daftar informasi penting, seperti obat baru dan yang sudah ada, tujuan pembuangan, tes dan prosedur, dan cara mudah menghubungi penyedia layanan.
3. Bedside shift report. Perawat melakukan laporan perubahan shift di hadapan pasien dan keluarga, memberi mereka kesempatan untuk mengajukan pertanyaan, memahami rencana perawatan dan memperbaiki informasi yang tidak akurat.
4. Discharge folder. Saat masuk, pasien menerima folder dengan daftar informasi yang mereka perlukan saat mereka pulang, seperti tujuan pengobatan dan gejala yang harus diwaspadai.
5. Postdischarge phone. Perawat memanggil pasien dalam dua hingga tiga hari untuk memeriksa status mereka dan menjawab pertanyaan tentang instruksi dan perawatan diri.
6. Multidisciplinary rounds. Libatkan semua anggota tim perawatan, serta pasien dan keluarga, dalam putaran.
7. Standards of performance. Buat standar untuk semua karyawan untuk diikuti, seperti dengan cepat menanggapi pasien dan bagaimana menanggapi kekhawatiran atau keluhan pasien.

### “Seorang Malaikat di Rumah Sakit”

Abby adalah perawat di Pusat Kesehatan Sarah Bush Lincoln. Suatu pagi, dia datang untuk bekerja dan ditugasi ke seorang lelaki tua, bingung, dan paranoid. Dia terbiasa dengan orang-orang di rumah sakit yang memecatnya, berkata, “oh, dia bingung” dan “kamu di rumah sakit” dan terus berjalan.

Abby mendengarkan ketakutannya dan menyadari dia tidak bisa mengatakan dia hanya bingung. Lebih dari segalanya, ia takut tempat menakutkan ini disebut rumah sakit. Dia memintanya untuk berjalan-jalan dengannya di sekitar rumah sakit, menunjukkan kepadanya berapa banyak pasien di sekitarnya dan berapa banyak anggota staf yang tersedia untuk membantunya. Dia terikat dengan Abby. Dia berada di rumah sakit beberapa kali, dan dia selalu meminta agar Abby di sisinya. Pada hari-hari terakhirnya, keluarganya memotret dirinya bersama Abby. “Ada malaikat kecilnya.”

Ketika dia meninggal, keluarganya memanggil unit untuk mengundang Abby untuk bergabung dengan kunjungan. Fotonya dengan Abby dimasukkan karena itulah kali terakhir mereka melihatnya tersenyum.

Responsiveness bukan tentang membawa pasien ke kamar mandi atau menjawab panggilan telepon dengan cepat. Ini adalah tentang menanggapi ketakutan dan kebutuhan mereka.

#### F. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Patient Centered Care

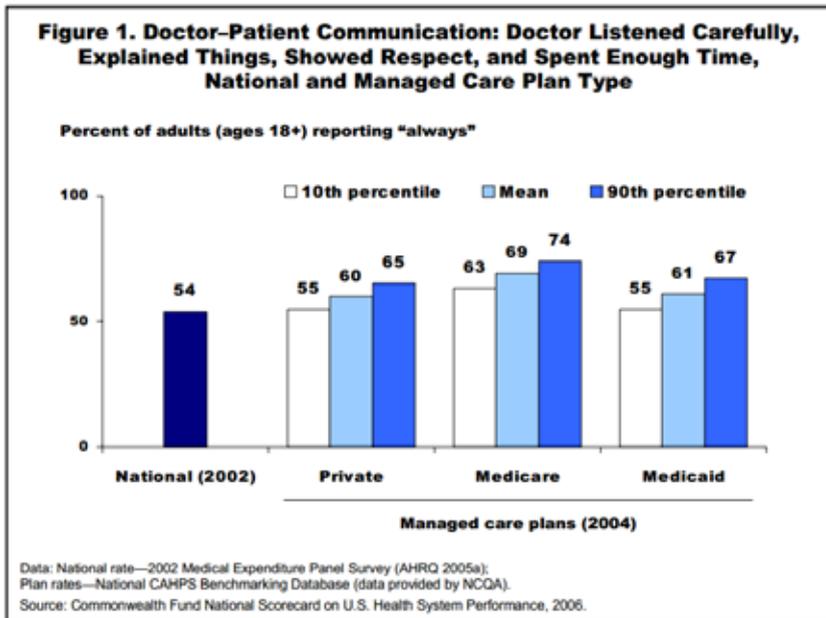
Terdapat tujuh faktor kunci yang diidentifikasi melalui wawancara proyek dan tinjauan pustaka yang berkontribusi pada perawatan yang berpusat pada pasien di tingkat organisasi. Faktor-faktor adalah (Shaller 2007):

- (1) kepemimpinan,
- (2) visi strategis yang jelas dan terus menerus dikomunikasikan kepada setiap anggota organisasi,

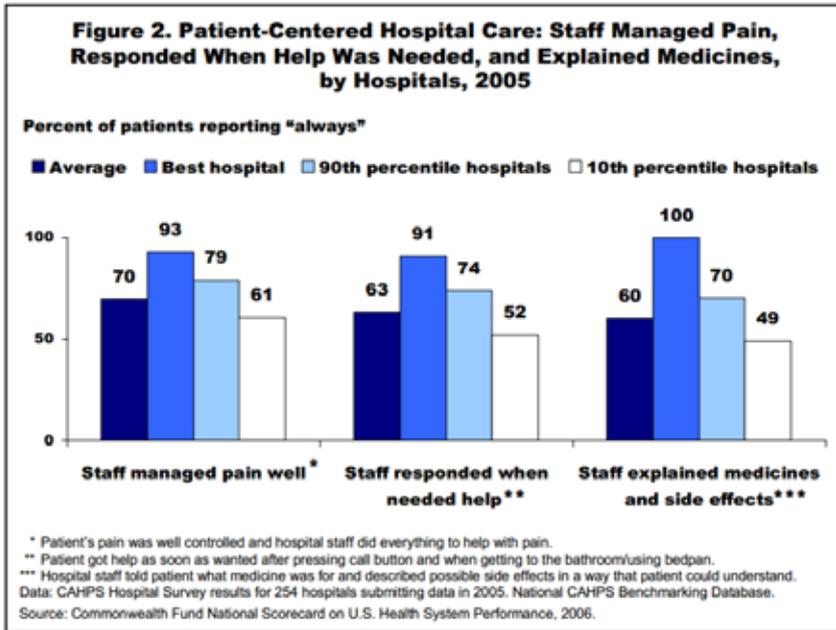
- (3) keterlibatan pasien dan keluarga di beberapa tingkat,
- (4) merawat pengasuh melalui lingkungan kerja yang mendukung,
- (5) sistematis pengukuran dan umpan balik,
- (6) kualitas lingkungan fisik atau bangunan, dan
- (7) teknologi yang mendukung

Hasil survei dari sektor rawat jalan, Survei Rencana Kesehatan CAHPS yang dikelola setiap tahun oleh rencana kesehatan mendaftarkan lebih dari 130 juta orang Amerika. Laporan nasional hasil berdasarkan survei ini menunjukkan mayoritas responden survei menilai medis mereka penyedia perawatan dan perawatan kesehatan secara keseluruhan sangat. Pada tahun 2006, lebih dari 50

persen dari semua responden di semua sektor (komersial, Medicare, dan Medicaid) dinilai dokter dan spesialis pribadi mereka baik “9” atau “10” pada skala 10 poin di mana “0” adalah kemungkinan terburuk dan “10” adalah yang terbaik. Lebih dari setengah dari semua responden juga dinilai perawatan kesehatan mereka secara menyeluruh. (Shaller 2007)



Menunjukkan bahwa penyedia layanan kesehatan mereka selalu mendengarkan dengan seksama, menjelaskan berbagai hal dengan jelas, menghargai apa yang mereka katakan, dan menghabiskan cukup waktu bersama mereka



## INTEGRASI PENGOBATAN DAN PATIENT CENTERED-CACRE

Suatu visi untuk jenis perawatan kesehatan yang baru sedang bermunculan. Itu sabar berpusat, penyembuhan berorientasi, dan merangkul konvensional dan terapi komplementer. Obat ini telah dikenal sebagai obat integratif. Didorong pada awalnya oleh permintaan konsumen, itu sekarang semakin diterima oleh penyedia layanan kesehatan dan institusi. Definisi berlimpah, tetapi kesamaan adalah penegasan kembali pentingnya hubungan terapeutik, fokus pada keseluruhan orang dan gaya hidup — bukan hanya fisik tubuh, perhatian baru untuk penyembuhan, dan kesediaan untuk menggunakan semuanya pendekatan terapeutik yang tepat apakah mereka berasal obat konvensional atau alternatif.

Obat integratif mewakili paradigma kedokteran yang lebih luas daripada model biomedis yang dominan. Itu berasal dari semakin diakui bahwa obat teknologi tinggi, meskipun liar berhasil di beberapa daerah, tidak dapat mengatasi epidemi yang berkembang penyakit kronis yang membangkrutkan ekonomi domestik AS, dan bahwa promosi dan pencegahan kesehatan sangat penting untuk menciptakan masyarakat yang lebih sehat.

*The Centers for Disease Control* memperkirakan bahwa 70% dari semua kematian adalah karena kronis penyakit. Rasa sakit dan penderitaan dari penyakit ini menempatkan beban besar pada lebih dari 133 juta orang Amerika yang tinggal bersama mereka; biaya perawatan kronis lebih dari \$ 1,5 triliun tahun, atau 75% dari semua biaya pengobatan. Pada saat yang sama, kami menghabiskan sebagian kecil dari anggaran kami untuk pencegahan dan kesehatan promosi meskipun ada bukti bahwa pencegahan telah terjadi terbukti mengurangi beban penyakit kronis. Misalnya, pada orang dewasa dengan diabetes, berjalan setidaknya dua jam per minggu dikaitkan dengan pengurangan 39% dalam mortalitas secara keseluruhan. (Maizes, Rakel, and Niemiec 2009)

## KASUS

Pasien-X adalah seorang pria 54 tahun yang baru-baru ini mengalami infark miokard dan telah diobati dengan pemasangan stent yang ditempatkan di sebelah kiri, Arteri koroner desenden anterior. Dia mengalami hipertensi, kelebihan berat badan, stres, dan memiliki lipid tinggi dengan LDL 274. Dia datang ke klinik dokter untuk ingin mencari pilihan non farmasi untuk mencegah yang lain serangan jantung. Dia secara etis menentang “Penggunaan obat non Farmasi” dan tidak ingin mengambil sesuatu yang “dapat menyebabkan lebih banyak kerugian daripada kebaikan.” Dokter itu meluangkan waktu untuk mendengarkan ceritanya. Semua opsi itu ditinjau untuk membantu mengurangi risiko infark miokard lain, termasuk nutrisi, olahraga, penurunan berat badan, minyak ikan, obat-obatan, dan kesejahteraan emosional. Pasien memiliki tiga anak, putri termuda berusia 16 tahun. Wawancara motivasi

digunakan untuk mendorong refleksi diri; dokter dan pasien keduanya mengembangkan pemahaman yang lebih dalam tentang kekhawatirannya tentang obat-obatan. Kalkulator risiko jantung 10 tahun berbasis internet berdasarkan data menunjukkan risiko kekambuhan 20%. Dengan obat untuk menurunkan LDL dan mengontrol tekanan darahnya, risikonya bisa turun lebih dari 10%. Pasien memutuskan untuk berikan obat-obatan untuk dicoba agar dia “ada di sekitar untuk istrinya dan anak-anak. “Dia mulai menggunakan statin, aspirin, dan beta-blocker, dirujuk ke ahli gizi dan pengurangan stres dan diharapkan munculnya kesadaran untuk program, dan diberi pedometer dengan tujuan 10.000 langkah sehari.

Kasus ini memberikan contoh penggunaan obat secara integratif, di mana obat yang efektif diresepkan bersama dengan gaya hidup perubahan. Dokter mampu memperoleh nilai-nilai pasien, dan dalam melakukan itu membantunya menyadari kecintaannya pada keluarga melebihi miliknya kekhawatiran tentang penggunaan obat yang banyak.

### **Kunjungan Kelompok (Group Visit)**

Kelompok ini mengunjungi model yang membahas banyak hambatan ini. Awalnya dipahami pada tahun 1974 sebagai model untuk konsultasi anak-anak, kunjungan kelompok telah terbukti **mengurangi biaya perawatan kesehatan**, memberikan hasil yang lebih baik, dan meningkatkan kepuasan pasien dan penyedia. Biasanya diatur sebagai janji khusus diagnosis, kunjungan kelompok termasuk pendidikan yang menekankan manajemen pasien dan topik alamat seperti farmasi manajemen, nutrisi, olahraga, dan kontributor psikososial untuk kesehatan dan penyakit. Mereka biasanya juga termasuk pribadi atau evaluasi semiprivat oleh dokter atau perawat praktisi. Sebagian besar kunjungan kelompok terdiri dari kohort pasien yang sama dari kunjungan untuk mengunjungi, meskipun beberapa dirancang sebagai janji medis kelompok drop-in. (Maizes, Rakel, and Niemiec 2009).

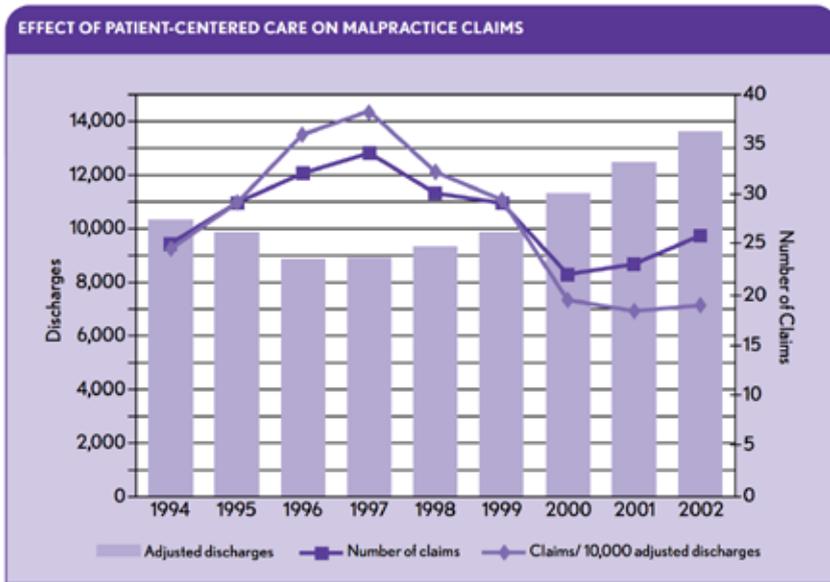
Dokter, praktisi perawat, berfungsi sebagai mitra kesehatan utama ketika dipilih oleh pasien mereka. Idealnya, tim profesional akan bekerja sama dalam rumah sakit, menyediakan keluasaan perawatan berbasis

rumah sakit. Komunikasi akan terjadi difasilitasi oleh profesional integratif terlatih yang berfungsi sebagai “Budaya dan Penghubung bahasa,” bekerja untuk menjembatani yang berbeda tradisi penyembuhan dan mendidik pasien dan penyedia tentang pilihan penyembuhan yang berbeda. Dalam model ini, tingkat penggantian akan menghargai waktu yang dihabiskan di mengembangkan hubungan terapeutik atau pasien konseling; Layanan PCC akan diganti pada level yang konsisten dengan penyedia lain. Semua layanan, PCC dan konvensional, akan menjadi dilacak melalui database elektronik dan jaringan penelitian menilai keefektifan perawatan. Insentif agar berhasil disimpan pasien sehat, untuk koordinasi semua kebutuhan penyakit kronis, dan untuk inovasi dalam pengiriman perawatan, akan dibangun ke dalam system. (Maizes, Rakel, and Niemiec 2009)

**Kesimpulan:** Untuk Pengobatan terintegratif dapat berkembang dan memberikan solusi. Krisis kesehatan memberikan perubahan sistemik. Itu akan membutuhkan komitmen untuk fokus pada pencegahan dan promosi kesehatan, untuk merangkul supervisor baru, dan model supervisor. Dan untuk menghormati hubungan terapeutik dan ikatan yang terbentuk saat penyedia terlatih dan pasien akan membutuhkan perubahan fokus. Teknologi, termasuk rekam medis elektronik yang meningkatkan komunikasi interdisipliner dan kerja tim, akan diperlukan sopir. Untuk menyediakan perawatan kesehatan yang berteknologi tinggi dan tinggi sentuh, penyedia obat yang lebih integratif harus terlatih. Penekanan adalah belajar untuk memfasilitasi penyembuhan.

Kegagalan untuk memenuhi harapan konsumen untuk memenuhi kualitas klinis memiliki implikasi serius dan membahayakan reputasi rumah sakit dan hilangnya kesetiaan pasien. Dengan meningkatnya frekuensi, pasien dengan hasil buruk mengambil tindakan hukum terhadap pengasuh mereka. Di masa lalu dekade, kombinasi faktor, termasuk jumlah dan ukuran pembayaran malpraktek medis, telah mendorong perusahaan asuransi untuk meningkat secara dramatis premi malpraktek mereka atau keluar dari malpraktik. Satu rumah sakit mengalami penurunan dramatis dalam klaim malpraktek dalam sembilan

tahun pertama penerapan pendekatan perawatan pasien, meskipun peningkatan aktivitas perawatan pasien, yang cenderung meningkatkan klaim.(Charmel and Frampton 2008)



### Good Patient – Good For Bisnis Rumah sakit

Ada keuntungan finansial yang konkrit dari memberikan perawatan yang berpusat pada pasien. Ke 125 beragam institusi kesehatan yang mempraktekkan model Planetre secara individu telah melaporkan sejumlah manfaat tingkat operasional dan klinis yang dihasilkan dari pendekatan Patient Centered Care, di antaranya

1. Peningkatan Kepuasan Pasien,
2. Peningkatan staf retensi,
3. Peningkatan perekrutan staf,
4. Menurun lama tinggal,
5. Penurunan kunjungan kembali,
6. lebih sedikit kesalahan pengobatan, dan klaim tanggung jawab yang diperbaiki pengalaman.

Dalam konteks yang semakin meningkat pasar yang kompetitif, pertumbuhan kesehatan konsumerisme, dan kecenderungan menuju yang lebih besar transparansi, manfaat ini lebih penting daripada sebelumnya. (Charmel and Frampton 2008)



## Daftar Pustaka

- Abebe Eyowas, Fantu, Ashebir Kidane Negasi, Gizachew Eyassu Aynalem, and Abebaw Gebeyehu Worku. 2016. "Adverse Birth Outcome: A Comparative Analysis between Cesarean Section and Vaginal Delivery at Felegehiwot Referral Hospital, Northwest Ethiopia: A Retrospective Record Review." *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics* 7 (July): 65–70. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S102619>.
- Aboumatar, Hanan J., Bickey H. Chang, Jad Al Danaf, Mohammad Shaeer, Ruth Namuyinga, Sathyanarayanan Elumalai, Jill A. Marsteller, and Peter J. Pronovost. 2015. "Promising Practices for Achieving Patient-Centered Hospital Care: A National Study of High-Performing US Hospitals." *Medical Care* 53 (9): 758–67. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000396>.
- Adelina Ginting, 2008, *Penerapan Standar Pelayanan Kefarmasian Di Apotek*, Medan, Penerbit USU, Hlm 53.
- Anief, M. (2007). Apa yang Perlu Diketahui Tentang Obat. Cetakan Kelima. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. Halaman 6, 51-54, 144, 151.
- Azizah, Lilik Ma' rifatul, (2011). Keperawatan LanjutUsia. Edisi 1. Yogyakarta : Grahallmu
- Ahmad, Iftikhar, Allah Nawaz, Shadiullah Khan, Habibullah Khan, Muhammad Adnan Rashid, and Muhammad Hussain Khan. 2012. "Predictors of Patient Satisfaction." *Gomal Journal of Medical Sciences* 9 (2).

- Al-Abri, Rashid, and Amina Al-Balushi. 2014. "Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement." *Oman Medical Journal* 29 (1): 3–7. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>.
- Apriansyah, Akbar, Siti Romadoni, and Desy Andrianovita. 2015. "Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Pre-Operasi Dengan Derajat Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014." *Jurnal Keperawatan Sriwijaya* 2 (1): 1–7.
- Aubrey-Bassler, Kris, Sarah Newbery, Len Kelly, Bruce Weaver, and Scott Wilson. 2007. "Maternal Outcomes of Cesarean Sections." *Canadian Family Physician* 53 (12): 2132–38.
- Bailey, Patsy, Samantha Lobis, Judith Fortney, Deborah Maine, Family Health International (Organization), Joseph L. Mailman School of Public Health, UNICEF, United Nations Population Fund, and World Health Organization, eds. 2009. *Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Barton, Samantha, Charlotta Karner, Fatima Salih, David S Baldwin, and Steven J Edwards. 2014. "Clinical Effectiveness of Interventions for Treatment-Resistant Anxiety in Older People: A Systematic Review." *Health Technology Assessment* 18 (August): 1–60. <https://doi.org/10.3310/hta18500>.
- Best Practices in Patient-Centered Care. 2013. In *CONFERENCE PROCEEDINGS*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2014.
- Begum, Tahmina, Aminur Rahman, Herfina Nababan, Dewan Md. Emdadul Hoque, Al Fazal Khan, Taslim Ali, and Iqbal Anwar. 2017. "Indications and Determinants of Caesarean Section Delivery: Evidence from a Population-Based Study in Matlab, Bangladesh." *PLoS ONE* 12 (11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188074>.
- Bev Jhonson, *et all*. Partnering with Patients and families to design a patient – and family centered health care system. Institute for – Patient – and family – centered care. [www.ipfcc.org](http://www.ipfcc.org). 2008.

- Burkitt, H.G., Quick, C.R.G., and Reed, J.B., 2007. Appendicitis. In: *Essential Surgery Problems, Diagnosis, & Management*. Fourth Edition. London: Elsevier, 389-398.
- Cahyono, J.B. Suhardjo B. 2012. *Membangun Budaya Keselamatan pasien DalamPraktek Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Camire E, Moyen E, and Stelfok HT. *Medical Error in Critical Care: Risk Factors, Prevention and Disclosure*. Canadian Medical Association Journal. 2009;180(9):936-943
- Cohen, M.R., 1999, Medication Errors, 16,1-16,8, American Pharmaceutical Association, Washington, DC.
- Caumo, W., A. P. Schmidt, C. N. Schneider, J. Bergmann, C. W. Iwamoto, L. C. Adamatti, D. Bandeira, and M. B. C. Ferreira. 2001. "Risk Factors for Postoperative Anxiety in Adults." *Anaesthesia* 56 (8): 720–728.
- Charmel, Patrick, and Susan Frampton. 2008. "Building the Business Case for Patient-Centered Care." *Healthcare Financial Management* 62 (3): 80–85.
- Cheraghi, Mohammad Ali, Maryam Esmaeili, and Mahvash Salsali. 2017. "Seeking Humanizing Care in Patient-Centered Care Process: A Grounded Theory Study." *Holistic Nursing Practice* 31 (6): 359–68. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000233>.
- Davidson, Patricia, Jill Cockburn, John Daly, and Rob Sanson Fisher. 2004. "Patient-Centered Needs Assessment: Rationale for a Psychometric Measure for Assessing Needs in Heart Failure." *Journal of Cardiovascular Nursing* 19 (3): 164–171.
- Drenkard, K, et all. American Association of Colleges of Nursing. 2013
- Dwiprahasto i. *Medical error di Rumah Sakit dan Upaya untuk Meminimalkan risiko*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2004; (01);13-17
- Ells, Carolyn, Matthew R. Hunt, and Jane Chambers-Evans. 2011. "Relational Autonomy as an Essential Component of Patient-Centered Care." *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 4 (2): 79–101. <https://doi.org/10.3138/ijfab.4.2.79>.

- Epstein, R. M., and R. L. Street. 2011. "The Values and Value of Patient-Centered Care." *The Annals of Family Medicine* 9 (2): 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>.
- Frampton, S, et all. Patient Centered Care Improvement Guide. Inc. and Picker Institute. 2008
- Flynn, L, Liang Yulan, Dickson, G. L. ,Xie, M, Churt, D (2012). Nurses's Practie Environment, Error Interception Practices, and Inpatient Medication Errors. *Journal of Nursing Scholarship*, Jun 2012;44;2; ProQuest Nursing & Allied Health Sorce
- Gibbons, Luz, José M. Belizán, Jeremy A. Lauer, Ana P. Betrán, Mario Merialdi, and Fernando Althabe. 2010. "The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage." *World Health Report* 30: 1–31.
- Hakim, Amin. 2011. "Perception of Risk and Benefit in Patient-Centered Communication and Care." *Patient Intelligence*, May, 39. <https://doi.org/10.2147/PI.S9482>.
- Harrison, Margo S., and Robert L. Goldenberg. 2016. "Cesarean Section in Sub-Saharan Africa." *Maternal Health, Neonatology and Perinatology* 2 (1). <https://doi.org/10.1186/s40748-016-0033-x>.
- Hobbs, Jennifer Lynn. 2009. "A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care." *Nursing Research* 58 (1): 52–62.
- Hudon, Catherine, Martin Fortin, Jeannie L. Haggerty, Mireille Lambert, and Marie-Eve Poitras. 2011. "Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine." *The Annals of Family Medicine* 9 (2): 155–64. <https://doi.org/10.1370/afm.1226>.
- Institute of Medicine (U.S.), and Committee on Quality of Health Care in America. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press. <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3375215>.

- Kamau, Anthony, Vitalis Mung'ayi, and Gerald Yonga. 2017. "The Effect of a Preanaesthesia Clinic Consultation on Adult Patient Anxiety at a Tertiary Hospital in Kenya: A Cohort Study." *African Health Sciences* 17 (1): 138–146.
- Keene, Lyndon. n.d. "Patient Centred Care: Improving Quality and Safety."
- Kowinsky, Amy, Pamela K. Greenhouse, Victoria L. Zombek, Sandra L. Rader, and Margaret E. Reidy. 2009. "Care Management Redesign: Increasing Care Manager Time with Patients and Providers While Improving Metrics." *Journal of Nursing Administration* 39 (9): 388–392.
- Kunac DL, Tatley M. Detecting Medication Errors in the New Zealand Pharmacovigilance Database. *N Z Med J* 2011; 34 (1): 59-71
- Kongres PERSI . Laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien. 2007.
- Kusmarjathi, Ni Ketut. 2009. Penerapan Prinsip "Enam tepat" dalam Pemberian Obat oleh Perawat di Ruang Rawat Inap Berdasarkan UU No.2. *Denpasar Journal* Vol 15 No.2. Denpasar.
- Kuntarti. (2013). *Tingkat penerapan prinsip enam tepat dalam pemberian obat oleh perawat di ruang rawat inap RSCM Jakarta*. <http://journal.ui.ac.id/index.php/jkepi/article/view/2270/1718>. Diakses pada tanggal 16 april 2014
- Lauver, Diane R., Sandra E. Ward, Susan M. Heidrich, Mary L. Keller, Barbara J. Bowers, Patricia Flatley Brennan, Karin T. Kirchhoff, and Thelma J. Wells. 2002. "Patient-Centered Interventions." *Research in Nursing & Health* 25 (4): 246–55. <https://doi.org/10.1002/nur.10044>.
- Magann, Everett F., Sharon Evans, Maureen Hutchinson, Robyn Collins, Grainger Lanneau, and John C. Morrison. 2005. "Postpartum Hemorrhage after Cesarean Delivery: An Analysis of Risk Factors." *Southern Medical Journal* 98 (7): 681–686.
- McCormack, Brendan. 2003. "Researching Nursing Practice: Does Person-Centredness Matter?" *Nursing Philosophy* 4 (3): 179–188.

- Mead, Nicola, and Peter Bower. 2000. "Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature." *Social Science & Medicine* 51 (7): 1087–1110.
- Maizes, Victoria, David Rakel, and Catherine Niemiec. 2009. "Integrative Medicine and Patient-Centered Care." *Explore: The Journal of Science and Healing* 5 (5): 277–89. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2009.06.008>.
- Moges, Ayano, Beyene Wondafrash Ademe, and Geremew Muleta Akessa. 2015. "Prevalence and Outcome of Caesarean Section in Attat Hospital, Gurage Zone, SNNPR, Ethiopia." *Archives of Medicine*.
- Moreau, Alain, Laurent Carol, Marie Cécile Dedianne, Christian Dupraz, Corinne Perdrix, Xavier Lainé, and Gilbert Souweine. 2012. "What Perceptions Do Patients Have of Decision Making (DM)? Toward an Integrative Patient-Centered Care Model. A Qualitative Study Using Focus-Group Interviews." *Patient Education and Counseling* 87 (2): 206–11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.010>.
- Mylonas, Ioannis, and Klaus Friese. 2015. "Indications for and Risks of Elective Cesarean Section." *Deutsches Ärzteblatt International* 112 (29–30): 489–95. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>.
- Leape, L.L, Bates DW, Cullen DJ, et al., 1995. System Analysis of Adverse Drug Events. *JAMA* ; 274:29-34
- Maramis, W.P. (2006). Ilmu Perilaku dalam pelayanan Kesehatan. Surabaya: Airlangga University Press.
- Max Joseph H, Rini Sasanti H, Selma Arsit S (2013). Kajian Praktik Kefarmasian Apoteker pada Tatanan Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 7, No. 8, Maret 2013
- Mekar Dwi A, Wahyu Ekowati (2010). Peran keluarga Dalam Memberikan Dukungan Terhadap Pencapaian Integritas Diri Pasien Kanker Payudara Post Radikal Mastektomi. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Volume 5, No.2, Juli 2010
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

- Nursalam. (2008). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: *Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Onwuegbuzie, AJ and tiddlie, C. 2003. *A framework for Analyzing data in Mixed Methods Research dalam Tashakkori&Teddle (Eds). Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural research*, 351 – 384. London: Sage Publication, Inc.
- OlsenS, Neale G, Schwab, et al. *Hospital staff Shoud Use More than One Method to Detect Adverse Events and Potential Adverse Events: Incedent Reporting, Pharmacist Surveillance and Local Real-Time Record Review May All Have a Place*. *Quality and Safety in Health care*. 2007;16(1):40:44
- Onankpa, Ben, and Bissallah Ekele. 2009. “Fetal Outcome Following Cesarean Section in a University Teaching Hospital.” *Journal of the National Medical Association* 101 (6): 578–581.
- Quick, M. I. Hume, R.W. O’Connor, **Managing Drug Supply**, 2007
- Poochikian-Sarkissian, Sonia, Souraya Sidani, Mary Ferguson-Pare, and Diane Doran. 2010. “Examining the Relationship between Patient-Centred Care and Outcomes.” *Canadian Journal of Neuroscience Nursing* 32 (4): 14–21.
- Rebecca Cohen RN. EdD,. *Providing Person – Centered Care In The Real World*.
- HNBC;eNewsEditor.www.ahna.org/Resources/Publications/eNewsletter/News-From-AHNA-Providing-Person-Centered-CareNational Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, <http://www.nccmerp.org/> [30 Nov 2012]
- Robinson, Janice H., Lynn C. Callister, Judith A. Berry, and Karen A. Dearing. 2008. “Patient-Centered Care and Adherence: Definitions and Applications to Improve Outcomes.” *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20 (12): 600–607. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>.

- Schoot, Tineke, Ireen Proot, Ruud Ter Meulen, and Luc de Witte. 2005. "Actual Interaction and Client Centeredness in Home Care." *Clinical Nursing Research* 14 (4): 370–93. <https://doi.org/10.1177/1054773805280093>.
- Shaller, Dale. 2007. *Patient-Centered Care: What Does It Take?* Commonwealth Fund New York.
- Shaller, Dale. 2007. "Patient-Centered Care: What Does It Take?" *Commonwealth Fund*, no. 1067: 34–34. [www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org).
- Sidani, Souraya. 2008. "Effects of Patient-Centered Care on Patient Outcomes: An Evaluation." *Research and Theory for Nursing Practice* 22 (1): 24–37. <https://doi.org/10.1891/0889-7182.22.1.24>.
- Sihombing, Novianti Margareth, Ika Saptarini, and Dwi Siska Kumala Putri. 2017. "Determinan Persalinan Sectio Caesarea Di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2013)." *Jurnal Kesehatan Reproduksi* 8 (1): 63–73.
- Suhonen, Riitta, Maritta Välimäki, and Helena Leino-Kilpi. n.d. "'Individualised Care' from Patients', Nurses' and Relatives' Perspective—a Review of the Literature." *International Journal of Nursing Studies* 39: 645–54.
- Simamora S, paryanti, dan Mangunsong S. *Peran Tenaga Teknis Kefarmasian dalam Menurunkan Angka kejadian Medical error*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan.2011;14(04):207-212
- Suryawati, S., 1997. *Menuju Swamedikasi Yang Rasional*. Jogjakarta: Pusat Studi Farmakologi Klinik dan Kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada.
- Shaller, D. Patient Centered Care. The Institute of Medicine. 2007
- Silow, S, et all. Patient Centered Care for Underserved Populations : Definition and Best Practices. 2006
- Tajudin Rusmi S, Sudirman Indrianty, Maidin alimin (2012). Faktor Penyebab Medication Error Di Instalasi Rawat Darurat. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 5, No. 4 Desember 2014

- Uppal, Vishal, Kevin D. Rooney, and Steven J. Young. 2009. "Better Antenatal Education Is a Good Idea, but Does Not Reduce Maternal Anxiety Regarding Anaesthesia for Emergency Caesarean Delivery." *International Journal of Obstetric Anesthesia* 18 (1): 97–98. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2008.09.001>.
- Undang – undang. 2003. No 3. *Ketenaga Kerjaan*. Ayat 77 – 85. Indonesia
- UribeCL, Schweikhart SB, Pathak DS, Dow M, nad Mars GB. Perceived Barrier to Medical error Reporting:An Exploratory Investigation. *Journal of Healthcare Management*. 2002;47(4):263-279
- Warholak TL, Queiruga C, Roush R, Phan H. Medication Error Identification Rates by Pharmacy, Medical, and Nursing Students. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2011;75 (2) Article 24