

**HUBUNGAN PENERAPAN *PATIENT CENTERED CARE* DENGAN  
SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR TAHUN 2024**



**LOIS SETIAWATY BUNGIN  
NIM K011201098**



**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

**HUBUNGAN PENERAPAN *PATIENT CENTERED CARE* DENGAN  
SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR TAHUN 2024**

**LOIS SETIAWATY BUNGIN  
NIM K011201098**



**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

**HUBUNGAN PENERAPAN PATIENT CENTERED CARE DENGAN  
SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR TAHUN 2024**

LOIS SETIAWATY BUNGIN  
NIM K011201098

Skripsi

sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana

Program Studi Kesehatan Masyarakat

pada

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PENERAPAN *PATIENT CENTERED CARE* DENGAN SASARAN  
KESELAMATAN PASIEN DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH KOTA MAKASSAR TAHUN 2024**

**LOIS SETIAWATY BUNGIN  
K011201098**

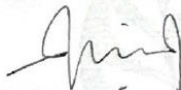
Skripsi,

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Sarjana pada 15 Mei 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan pada

Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin  
Makassar

Mengesahkan:

Pembimbing 1 Tugas Akhir,



(Dr. Fridawaty Rivai, S.KM., M.Kes)  
NIP. 19731016 199702 2 001

Pembimbing 2 Tugas Akhir,



(Dr. Nurmala Sari, S.KM., M.Kes., MA)  
NIP. 19910318 202101 6 001

Mengetahui:

Ketua Program Studi,

  
(Dr. Hasnawati Amgem, S.KM., M.Sc)  
NIP. 19760418 200501 2 001

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa, skripsi berjudul "Hubungan Penerapan Patient Centered Care dengan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar Tahun 2024" adalah benar karya saya dengan arahan dari pembimbing Ibu Dr. Fridawaty Rivai, S.KM., M.Kes. dan Ibu Dr. Nurmala Sari, S.KM. M.Kes. MA. Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka skripsi ini. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan aturan yang berlaku.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta (hak ekonomis) dari karya tulis saya berupa skripsi ini kepada Universitas Hasanuddin.

**Makassar, 13 Mei 2024**



**Lois Setiawaty Bungin  
NIM K011201098**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa yang telah memberikan penyertaan dan kasih karuniaNya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Hubungan Penerapan Patient Centered Care dengan Sasaran Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024”. Tentunya skripsi ini dapat terselesaikan karena adanya dukungan dari berbagai pihak, secara khusus kepada Ibu Dr. Fridawaty Rivai S.KM., M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Dr. Nurmala Sari S.KM., M.Kes., MA selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan dan dukungan dalam penulisan skripsi saya. Kepada Ibu Dr. Herlina Amzah, S.KM., MPH. selaku penguji I dan ibu dr. Masyitha Muis, MS selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan dan arahan.

Ucapan terima kasih juga kepada Bapak Prof. drg. Arsunan Arsin selaku penasihat akademik yang telah mengayomi selama mengikuti pendidikan di FKM Universitas Hasanuddin. Kepada Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit, Ibu Rini Anggraeni S.KM., M.Kes dan seluruh dosen Departemen Manajemen Rumah Sakit yang telah memberikan banyak ilmu selama saya mengikuti perkuliahan. Terima kasih juga kepada Ibu Dr. Hasnawati Amqam, S.KM., M.Sc. selaku ketua program studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Saya juga berterima kasih kepada staf departemen Manajemen Rumah Sakit (Kak Rany, Kak Fuad, dan Ibu Idja) yang telah membantu dan memfasilitasi selama ini. Terima kasih yang sebesar-besarnya saya juga sampaikan kepada Direktur, kepala unit perawatan inap, para staf dan pasien RSUD Kota Makassar yang telah membantu dan bekerja sama selama penelitian berlangsung.

Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Ibu Agustina serta saudara saya Alain Wijaya Pasolang, Bezaleel Bungin, dan Yokebeth Nataline Bungin yang selalu memberikan doa, dukungan, semangat, dan nasehat. Kepada Edward Jitro Wardana yang selalu mendoakan dan memberikan semangat serta menjadi tempat berkeluh kesah. Sobat Becete/KS (Pika, Okta, Nana, Oni, Kd, Rara, Putra, Tepen, Key, Ipan), Mabu Squad, 7-Moo dan Febi yang selalu menemani, memberikan masukan dan hiburan. Selain itu, teman-teman PBL Posko ST12ES Kelurahan Sapanang, teman-teman KKN-PK Desa Ko'mara, dan teman-teman MRS 2020, terima kasih atas kenangan dan pengalaman yang telah dilalui bersama.

Penulis

11 Mei 2024

## ABSTRAK

Lois Setiawaty Bungin. **Hubungan Penerapan Patient Centered Care dengan Sasaran Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024.** (dibimbing oleh Dr. Fridwaty Rivai, S.KM., M.Kes. dan Dr. Nurmala Sari, S.KM., M.Kes., MA).

**Latar Belakang:** Keselamatan pasien adalah sebuah sistim yang membuat asuhan pasien lebih aman. Keselamatan pasien yang tidak terjamin dapat menimbulkan insiden keselamatan pasien. Pada tahun 2022, insiden keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar terjadi sebanyak 14 insiden. Keselamatan pasien merupakan bagian dari *Patient Centered Care* (PCC) itu sendiri. PCC adalah pelayanan yang menjadikan pasien sebagai pusat dalam memberikan pelayanan kesehatan. Konsep PCC telah lama diterapkan di rumah sakit, namun masih saja terdapat beberapa masalah, seperti halnya di RSUD Kota Makassar masih terdapat beberapa keluhan pasien mengenai penerapan PCC. **Tujuan:** Mengetahui gambaran penerapan PCC, gambaran penerapan sasaran keselamatan pasien, dan hubungan penerapan PCC dengan sasaran keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar. **Metode:** Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif analitik desain *cross sectional study*. Populasi penelitian adalah pasien rawat inap RSUD Kota Makassar pada tahun 2022 dengan sampel 200 responden. Pemilihan sampel menggunakan teknik *accidental sampling*. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat. **Hasil:** Penerapan PCC telah memenuhi standar yakni 80.5%. Penerapan sasaran keselamatan pasien belum memenuhi standar yakni 41%. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa adanya hubungan antara penerapan *patient centered care* dengan sasaran keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSUD Kota Makassar dengan nilai  $p\text{-value} = 0.007 < \alpha = 0.05$ . **Kesimpulan:** Ada hubungan antara penerapan PCC dengan sasaran keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSUD Kota Makassar pada tahun 2024. Namun, sasaran keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar masih rendah sehingga diharapkan rumah sakit melakukan evaluasi untuk dapat menyusun strategi demi peningkatan keselamatan pasien sehingga mutu pelayanan rumah sakit juga dapat meningkat.

Kata kunci: *Patient Centered Care*, Sasaran Keselamatan Pasien

## ABSTRACT

Lois Setiawaty Bungin. ***Relationship between Patient Centerd Care Implementation and Patient Safety Goals in the Inpatient Installation of RSUD Kota Makassar in 2024.*** (Supervised by Dr. Fridwaty Rivai, S.KM., M.Kes. and Dr. Nurmala Sari, S.KM., M.Kes., MA).

**Background:** Patient safety is a system that makes patient care safer. Unassured patient safety can lead to patient safety incidents. In 2022, there were 14 patient safety incidents in RSUD Kota Makassar. Patient safety is part of Patient Centered Care (PCC) itself. PCC is a service that makes the patient the center in providing health services. The concept of PCC has long been applied in hospitals, but there are still some problems, as in RSUD Kota Makassar there are still some patient complaints regarding the application of PCC. **Purpose:** To find out the description of PCC implementation, the description of patient safety goals implementation, and the relationship between PCC implementation and patient safety goals at RSUD Kota Makassar. **Methods:** The type of research used was quantitative analytic design cross sectional study. The study population was inpatients of RSUD Kota Makassar in 2022 with a sample of 200 respondents. Sample selection using accidental sampling technique. Data analysis using univariate and bivariate analysis. **Results:** PCC implementation has met the standard, namely 80.5%. The implementation of patient safety goals has not met the standard, namely 41%. This study also shows that there is a relationship between the implementation of patient centered care and patient safety goals in the inpatient installation of RSUD Kota Makassar with a  $p\text{-value} = 0.007 < \alpha = 0.05$ . **Conclusion:** There is a relationship between the implementation of PCC and patient safety goals in the RSUD Kota Makassar inpatient installation in 2024. However, patient safety in RSUD Kota Makassar is still low so it is hoped that the hospital will conduct an evaluation to be able to develop strategies to improve patient safety so that the quality of hospital services can also improve.

*Key Words:* Patient Centered Care, Patient Safety Goals



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
PERNYATAAN PENGAJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	v
UCAPAN TERIMA KASIH .....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR SINGKATAN .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Teori.....	2
1.3 Studi Kasus.....	13
1.4 Rumusan Masalah .....	17
1.5 Tujuan Penelitian .....	17
1.6 Manfaat Penelitian .....	17
BAB II METODE PENELITIAN.....	18
2.1 Metode, Jenis, dan Desain Penelitian .....	18
2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	18
2.3 Populasi dan Sampel .....	18
2.4 Instrumen Penelitian .....	19
2.5 Pengumpulan Data .....	19
2.6 Pengolahan dan Analisis Data .....	19
2.7 Penyajian Data.....	20
BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN .....	21
3.1 Gambaran Umum Rumah Sakit .....	21
3.2 Hasil Penelitian .....	23
3.3 Pembahasan.....	27
3.4 Keterbatasan Penelitian .....	52
BAB IV PENUTUP .....	53
4.1 Kesimpulan .....	53
4.2 Saran .....	53
DAFTAR PUSTAKA .....	55
LAMPIRAN .....	66

**DAFTAR TABEL**

<b>Tabel</b>		<b>Halaman</b>
Tabel 1.1	Data Insiden Pasien di RSUD Kota Makassar Tahun 2022.....	15
Tabel 3.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024.....	24
Tabel 3.2	Gambaran Umum Penerapan <i>Patient Centered Care</i> di Instalasi Rawat Inap di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024.....	25
Tabel 3.3	Gambaran Penerapan <i>Patient Centered Care</i> Tiap Dimensi Di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024.....	25
Tabel 3.4	Gambaran Umum Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024.....	26
Tabel 3.5	Gambaran Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Tiap Sasaran di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024.....	26
Tabel 3.6	Hubungan Penerapan Patient Centered Care dengan Sasaran Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024.....	27

**DAFTAR GAMBAR**

<b>Gambar</b>		<b>Halaman</b>
Gambar 1.1	Kerangka Teori Penelitian.....	4
Gambar 1.2	Kerangka Konsep Penelitian.....	13

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran		Halaman
Lampiran 1.	Kuesioner Penelitian.....	79
Lampiran 2.	Master Tabel dan Uji Statistik.....	83
Lampiran 3.	Surat Izin Penelitian dari Kampus.....	88
Lampiran 4.	Surat Izin Penelitian dari Dinas Penanam Modal dan Pelayana Terpadu Satu Pintu Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan.....	89
Lampiran 5.	Surat Izin Penelitian dari Dinas Penanam Modal dan Pelayana Terpadu Satu Pintu Pemerintah Kota Makassar...	90
Lampiran 6.	Foto Kegiatan Penelitian.....	91

### DAFTAR SINGKATAN

Istilah/ Singkatan	Kepanjangan/ Pengertian
IKP	Insiden Keselamatan Pasien
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCI	<i>Joint Comission International</i>
KARS	Komisi Akreditasi Rumah Sakit
KNC	Kejadian Nyaris Cedera
KPC	Kejadian Potensial Cedera
KTC	Kejadian Tidak Cedera
KTD	Kejadian Tidak Diharapkan
LASA	<i>Look-Alike Sound-Alike</i>
LOS	<i>Length of Stay</i>
MPP	Manajer Pelayanan Pasien
NORUM	Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip
PCC	<i>Patient Centered Care</i>
SBAR	Situation, Background, Assesment, Recommendation
TBAK	Tulis, Baca, Konfirmasi
WHO	<i>World Health Organization</i>

## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu ujung tombak pelayanan kesehatan karena memegang peranan penting dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Di Indonesia, rumah sakit menjadi pelayanan kesehatan rujukan. Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan bahwa rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes, 2023).

Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk melayani pasien dengan fasilitas yang lengkap dan pelayanan yang cepat juga tepat. Pelayanan kesehatan rumah sakit akan berdampak pada mutu rumah sakit itu sendiri. Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya dengan baik sehingga kebutuhan pelanggan terpenuhi dan derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai (Wardiah, 2021). Mutu rumah sakit dapat di nilai dari konsep pelayanan yang digunakan. Konsep pelayanan kesehatan yang diterapkan dalam meningkatkan mutu rumah sakit dapat dirasakan oleh rumah sakit itu sendiri dan juga pasien.

Konsep pelayanan yang diterapkan oleh rumah sakit di Indonesia saat ini yang juga telah diterapkan oleh negara-negara maju adalah *patient centered care* (PCC) (Rosa, 2018). *Patient centered care* disebut juga pelayanan yang berpusat pada pasien, keluarga, masyarakat, dan perawatan individual. *Patient centered care* adalah inovasi pendekatan dalam perencanaan, pelayanan, dan evaluasi perawatan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara penyedia layanan kesehatan, pasien, dan keluarga. Menurut *Picker Institute*, PCC terdiri dari 8 dimensi yaitu menghormati pilihan, nilai, dan kebutuhan pasien, dukungan emosional, kenyamanan fisik, koordinasi dan integrasi asuhan, informasi dan edukasi, keterlibatan keluarga, asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar, serta akses terhadap pelayanan kesehatan (Tunny et al., 2022).

Konsep pelayanan PCC menjadi salah satu kunci dari kualitas pelayanan kesehatan karena konsep ini berpengaruh pada tingkat kepuasan pasien, pendapatan rumah sakit, status kesehatan, kepuasan kerja, dan mengurangi tingkat kesalahan medis (Mills et al., 2013). Tingkat kesalahan medis di rumah sakit berkaitan dengan penerapan *patient safety* (keselamatan pasien). *Patient safety* merupakan bagian dari konsep PCC itu sendiri. Ketika keselamatan pasien tidak terjamin maka akan menimbulkan insiden keselamatan pasien. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC) (Permenkes, 2017).

Fasilitas pelayanan kesehatan diwajibkan untuk mengutamakan keselamatan pasien di setiap tindakan medis baik tindakan medis ringan maupun tindakan medis berat. Hal ini dikarenakan dalam pemberian tindakan medis pada pasien sebagai bagian dari perawatan pasien dapat saja terjadi berbagai risiko. Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang menjamin setiap aktivitas yang berhubungan dengan pasien yang dilakukan oleh petugas kesehatan berlangsung dengan aman dan tidak menimbulkan dampak yang merugikan bagi pasien (Ulumiyah, 2018).

Dalam Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dinyatakan bahwa setiap pelayanan kesehatan harus mengutamakan keselamatan pasien dan menerapkan standar keselamatan pasien. Selain itu, diatur juga bahwa setiap tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan wajib untuk memperhatikan keselamatan pasien (Kemenkes, 2023). Hal ini menunjukkan bahwa keselamatan pasien menjadi tanggung jawab bagi setiap rumah sakit.

Menurut *Institute for Patient-and Family-Centered Care* pada tahun 2017 bahwa pelayanan kesehatan yang mengutamakan pasien merupakan faktor kunci dalam keamanan pelayanan kesehatan. Konsep inti PCC ialah melibatkan pasien dan keluarga dalam proses pemberian pelayanan kesehatan yang nantinya akan meningkatkan keselamatan pasien. Ketika petugas kesehatan, pasien, dan kerabat pasien bekerja sama maka keselamatan pasien akan terjamin (Institute for Patient-and-Family -Cantred Care, 2017).

Pelibatan pasien dan keluarga dalam proses layanan kesehatan juga akan membantu rumah sakit untuk melakukan perbaikan yang diperlukan demi menciptakan sistem yang lebih aman karena pasien dan keluarga itu sendiri yang memiliki pengalaman pribadi dalam menerima perawatan yang diberikan. Melibatkan pasien dan keluarga dalam meningkatkan keselamatan layanan kesehatan berarti bahwa menciptakan kemitraan yang efektif antara pasien dan petugas kesehatan. Kemitraan yang efektif dapat dicapai ketika pihak rumah sakit dan pasien saling bekerja sama (Leape, 2021).

## 1.2 Teori

*Patient centered care* merupakan sebuah konsep pelayanan yang berfokus pada pasien atau sebuah pendekatan pelayanan kesehatan yang melibatkan pasien dan keluarga dalam proses perawatan kesehatan. *Patient centered care* merupakan konsep pelayanan yang merupakan perkembangan dari konsep perawatan tradisional. Konsep perawatan tradisional merupakan konsep pelayanan kesehatan yang berpusat pada dokter di rumah sakit. Konsep PCC pertama kali diperkenalkan oleh *Picker Institute Europe* di Inggris pada tahun 1988 (Tunny et al., 2022).

Menurut *Institute of Medicine (IOM)*, PCC adalah perawatan yang ramah dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan, dan nilai-nilai yang menjamin bahwa pasien memandu semua keputusan klinis (Rosa, 2018). *Patient centered care* merupakan pelayanan yang melibatkan hubungan kerja sama antara dokter, pasien, dan keluarga dalam pengambilan keputusan untuk perawatan yang sesuai dengan keinginan dan kebutuhan pasien. Konsep PCC lebih menekankan pentingnya interaksi antar individu dalam perawatan kesehatan.

Menurut Framtop (2008), PCC tidak hanya sekadar berbicara dengan pasien tetapi lebih menghargai sentuhan dan menghargai pasien sebagai individu, memberi dukungan emosional, dan memberikan kenyamanan fisik, serta memberikan informasi dan edukasi pada setiap pasien. Penerapan konsep PCC untuk mendapatkan *outcomes* pelayanan kesehatan yang lebih baik, kepuasan serta pengalaman pasien dan keluarga yang lebih baik juga. (Fauzan & Widodo, 2019).

Penerapan konsep PCC di pelayanan kesehatan memiliki beberapa tujuan, yakni meningkatkan kepuasan pasien, meningkatkan hasil klinis, mengurangi layanan kesehatan yang berlebihan dan tidak bermanfaat, Mengurangi malpraktek dan keluhan, peningkatan kepuasan dokter, meningkatkan waktu konsultasi, meningkatkan kondisi emosional pasien, meningkatkan kepatuhan obat, mengurangi tingkat keparahan gejala dan biaya perawatan, dan meningkatkan pemberdayaan pasien. Selain itu, Silow (2006) juga menyatakan tujuan dari PCC, yaitu perawatan aman dan tepat waktu yang diberikan sesuai dengan standar profesi dan peraturan perundang-undangan, mencerminkan tingkat kemampuan staf, perawatan yang terkoordinasi untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien, tidak adanya penduplikasian perawatan pasien, dan pendistribusian pekerjaan secara adil, dan mengembangkan dan menerapkan "*Model of Care*" (Rosa, 2018).

Penerapan *patient centered care* di pelayanan kesehatan dapat diukur melalui penerapan dimensi-dimensi pada PCC. Beberapa sumber mengemukakan dimensi-dimensi PCC diantaranya *Picker Institute*, IOM (*Institute of Medicine*), dan Gerteis at al (1993). Berikut merupakan uraian dimensi dari tiap sumber.





**Gambar 1.1 Kerangka Teori Penelitian**

Berikut merupakan uraian kelebihan dan kekurangan dari kerangka teori di atas.

1. Picker Institute (2022)

Dimensi Patient Centered Care yang dikemukakan oleh Picker Institute sebanyak 8 dimensi. Dimensi PCC dari Picker Institute lebih banyak dan lebih lengkap dibandingkan dimensi PCC yang dikemukakan oleh Institute of Medicine dan Gerteis. Dimensi yang dikemukakan oleh Picker Institute pertama kali dicetuskan pada tahun 1993 dengan 7 dimensi, namun selalu mengalami pembaharuan hingga pembaharuan terakhir pada tahun 2022 sebanyak 8 dimensi.

2. Institute of Medicine (2001)

Dimensi Patient Centered Care yang dikemukakan oleh Institute of Medicine sebanyak 6 dimensi. Jika dibandingkan dengan dimensi yang dikemukakan oleh Picker Institute dan Gerteis, dimensi dari Institute of Medicine yang paling sedikit karena tidak adanya dimensi akses pelayanan kesehatan dan dimensi kontinuitas dan transisi yang lancar tidak dikemukakan oleh Institute of Medicine. Dimensi yang dikemukakan oleh Institute of Medicine ini dikemukakan pada tahun 2001 dan tidak diperbaharui kembali.

3. Gerteis et al (1993)

Dimensi Patient Centered Care yang dikemukakan oleh Gerteis et al. sebanyak 7 dimensi. Jika dibandingkan dengan Picker Institute, dimensi akses pelayanan kesehatan tidak dikemukakan oleh Gerteis et al. Namun, dimensi yang dikemukakan oleh Gerteis lebih lengkap dari pada yang dikemukakan oleh Institute of Medicine karena terdapat dimensi transisi dan kontinuitas perawatan. Dimensi yang dikemukakan oleh Gerteis sudah cukup lama yakni pada tahun 1993 dan sudah tidak diperbaharui kembali.

Berdasarkan pertimbangan pada kerangka teori di atas maka dalam penelitian ini konsep dimensi PCC yang digunakan yaitu dari *Picker Institute*. Hal ini dikarenakan dimensi yang dikemukakan lebih lengkap dan terbaru dibandingkan konsep dimensi yang dikemukakan oleh *Institute of Medicine* dan Gerteis. Selain itu, dimensi dari Picker Institute juga selalu mengalami pembaharuan. *Patient Centered Care* merupakan variabel independen dalam penelitian ini.

Berikut merupakan uraian dari tiap dimensi yang dikemukakan oleh Picker Institute pada tahun 2022.

a. Menghargai Nilai, Preferensi, dan Kebutuhan Pasien

1) Kehadiran Pasien

Kehadiran pasien merujuk pada partisipasi aktif dari pasien dalam proses perawatannya. Partisipasi aktif pasien merupakan indikator yang mencerminkan pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien sebagai peningkatan kualitas pelayanan. Partisipasi pasien merupakan rangkaian interaksi antara pasien dengan sistem pelayanan kesehatan atau tenaga kesehatan yang mendorong pasien secara aktif memberikan informasi untuk membantu dalam penegakan diagnosis dan pemecahan masalah, berbagi pandangan dan prioritas untuk pengobatan atau tata laksana penyakit, mengajukan pertanyaan dan ikut serta dalam memberikan saran untuk mengetahui pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan prioritas pasien (Nataliansyah et al., 2023). Adanya pilihan yang dapat dipilih oleh pasien maka pasien akan terlibat sepenuhnya dan dapat mengendalikan pelayanan yang akan diterimanya, sehingga akan berdampak pada pelayanan yang bermutu dengan biaya yang lebih efektif dan efisien (Iliffe & Manthorpe, 2020).

2) Diskusi antara petugas kesehatan dan pasien

Petugas kesehatan bertugas memberikan edukasi dan memberikan informasi yang akurat kepada pasien dan keluarga pasien mengenai pilihan pengobatan. Pemberian informasi harus menggunakan bahasa dan

istilah yang mudah dimengerti oleh pasien. Hal ini diharapkan dapat memberikan kesempatan kepada mereka untuk mengajukan pertanyaan, berbagi perspektif, dan bersama-sama mengambil keputusan mengenai perawatan pasien sehingga pasien tidak merasa dirugikan. Petugas kesehatan juga mendengarkan dan mempertimbangkan setiap kebutuhan pasien serta memastikan bahwa informasi yang diberikan telah dipahami oleh pasien dan keluarga pasien (Rosa, 2018).

3) Menghargai dan menghormati pasien

Penyakit dan perawatan medis yang dialami oleh pasien mungkin berdampak pada kualitas hidup pasien tersebut dan keluarganya. Oleh karenanya, setiap perawatan yang diberikan harus selalu menghormati dan menghargai nilai pasien maupun keluarga pasien (Rachma & Kamil, 2019). Selain itu, petugas kesehatan memperlakukan pasien dengan menjaga martabat dan sikap peka terhadap nilai-nilai budaya pasien, memberi tahu pasien mengenai kondisi mereka dan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan, serta berfokus pada kualitas hidup pasien tersebut (Muliarini et al., 2021).

b. Koordinasi dan integrasi asuhan

Dimensi ini berupa koordinasi dan pengintegrasian perawatan, layanan klinis, dan pasien untuk mengurangi kerentanan dan perasaan takut. Asuhan pasien yang terintegrasi bersifat horizontal dan vertikal. Integrasi horizontal yaitu antar sesama Profesional Pemberi Asuhan (PPA) seperti dokter perawat, dan apoteker. Integrasi vertikal yaitu antar sesama unit pelayanan. Pemindahan pasien dari satu profesional ke profesional lain saat *shift* atau pemindahan dari unit pelayanan satu ke unit pelayanan lainnya sangat bergantung pada koordinasi yang terjadi selama proses serah terima saat pemindahan pasien. Ketika koordinasi dan integrasi asuhan berjalan dengan baik maka akan memungkinkan petugas kesehatan mengidentifikasi masalah pasien dan memberikan perawatan yang aman serta berkelanjutan (Rachma & Kamil, 2019).

Koordinasi antar sesama petugas kesehatan sangat penting diperhatikan dalam memberikan pelayanan kesehatan, khususnya informasi terkait pasien. Keseragaman informasi yang diberikan pasien merupakan hal yang sangat penting. Petugas kesehatan yang tidak memberikan informasi yang konsisten menandakan koordinasi yang kurang baik (Yulia, 2023). Ketika koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan kurang baik maka akan menimbulkan insiden keselamatan pasien. Oleh karena itu, tiap tenaga kesehatan harus memiliki sikap saling mendukung untuk mencapai kesatuan tugas sehingga pelayanan yang diberikan dapat optimal (Adriansyah et al., 2022).

c. Komunikasi, informasi, dan edukasi

Dimensi ini berupa pemberian informasi lengkap kepada pasien mulai dari status klinis, perkembangan, prognosis pasien, proses asuhan, dan informasi yang akan membantu pasien dalam memastikan otonomi dan kemampuannya dalam mengatur diri sendiri untuk peningkatan kesehatan (Muliarini et al., 2021).

1) Menggunakan Bahasa yang Mudah Dipahami

Komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien diberikan dalam format dan bahasa yang dapat dimengerti, artinya bahwa bahasa dan istilah yang digunakan ketika berinteraksi dengan pasien disesuaikan dengan pendidikan dan latar belakang pasien. Hal ini bertujuan agar pemberian informasi dan edukasi dapat dipahami dan diterima dengan baik oleh pasien dan keluarga pasien (Rosa, 2018).

2) Informasi terkait Obat Pasien

Petugas kesehatan harus memberikan informasi yang rinci dan mudah dimengerti oleh pasien ataupun keluarga mengenai manfaat obat-obatan dan efek samping obat-obatan yang diterima (Rachma & Kamil, 2019). Kurangnya edukasi dari petugas kesehatan dan informasi yang tidak dipahami oleh pasien dan keluarga pasien maka berdampak pada insiden keselamatan pasien. Komunikasi yang baik dan efektif dalam pelayanan kesehatan menjadi faktor keberhasilan dalam mengurangi kesalahan yang dapat menimbulkan insiden keselamatan pasien (Maulita et al., 2020)

d. Kenyamanan Fisik

Kenyamanan fisik pasien sangat mempengaruhi keadaan pasien itu sendiri. Perawat yang mampu memberikan rasa nyaman kepada pasien seperti segera memberikan bantuan ketika pasien membutuhkan pertolongan dan melakukan tindakan maka akan sangat membantu pasien dalam proses penyembuhan (Rachma & Kamil, 2019).

Dimensi ini berfokus pada kenyamanan fisik pasien selama perawatan, khususnya terkait manajemen nyeri, dukungan terhadap aktivitas kehidupan sehari-hari, dan memperhatikan keadaan lingkungan rumah sakit seperti kebersihan, kenyamanan, privasi, dan aksesibilitas untuk kunjungan (Muliarini et al., 2021).

Perawat perlu memberikan asesmen dan manajemen nyeri yang tepat pada semua pasien. Setiap pasien di skrining untuk rasa sakit yang dialami dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyeri. Perawat membantu pasien dalam pengelolaan rasa nyeri secara efektif. Namun, ketika hal ini tidak dilakukan maka akan berdampak pada kualitas hidup pasien. Misalnya, jika penanganan nyeri pada pasien ICU tidak tepat maka akan berdampak pada gangguan psikologis dan respon fisiologis yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Mochtar et al., 2024).

e. Dukungan emosional

Dimensi PCC mengenai dukungan emosional yaitu petugas kesehatan menanyakan dan membantu pasien dalam menghilangkan rasa takut dan cemas mengenai status kesehatan mereka, dampak penyakit mereka baik pada diri sendiri maupun orang lain, dan dampak finansial dari penyakit tersebut (Muliarini et al., 2021)

Petugas kesehatan dapat memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk berdiskusi atau menceritakan keluhan yang dialami demi membantu mengurangi kecemasan yang dirasakan (Rachma & Kamil, 2019). Rasa percaya pasien pada pelayanan kesehatan untuk menyampaikan yang ia

rasakan dapat dimulai dengan membangun komunikasi yang baik antara petugas kesehatan dan pasien (Bossou et al., 2021).

f. Keterlibatan Keluarga dan Teman

*Patient centered care* sarat dengan pelibatan aktif dari pasien, keluarga pasien, dan teman pasien. Pelibatan keluarga pasien dan teman juga dapat meliputi pemberian informasi yang cukup mengenai penyakit pasien (Rosa, 2018) Petugas kesehatan mengakui dan menghormati peran keluarga dan teman pasien dalam proses perawatan kesehatan dengan mengakomodasi mereka yang memberikan dukungan kepada pasien selama perawatan kesehatan, menghargai peran advokat mereka dalam pengambilan keputusan, dan mendukung keluarga dan teman pasien sebagai pengasuh serta mengenali kebutuhan mereka (Muliarini et al., 2021).

Pelibatan keluarga dan teman sangat penting dalam proses perawatan pasien. Hal ini dikarenakan pasien hanya sedikit memahami kondisinya saat sakit. Keterlibatan dari keluarga, teman, bahkan pasien itu sendiri sangat dibutuhkan dalam proses perencanaan asuhan pasien (Ernawati & Lusiani, 2019). Keluarga pasien dan teman juga dilibatkan dalam pemberian informasi dan edukasi yang jelas mengenai tanda-tanda bahaya yang harus diperhatikan ketika pasien telah berada di rumah (Rosa, 2018). Hal ini dikarenakan mereka dianggap sebagai pihak yang dapat memberikan dukungan dan informasi penting dalam perawatan pasien. Pelibatan keluarga artinya menghadirkan keluarga di sekitar pasien, memberikan kontak visual dan fisik pada pasien selama dilakukannya tindakan, dan sebagai mitra petugas kesehatan (Rachma & Kamil, 2019).

g. Kontinuitas dan transisi yang lancar

Perawatan pasien tidak hanya setelah pasien pulang dari rumah sakit tetapi pelayanan kesehatan yang mereka terima tetap berkelanjutan. Petugas kesehatan bertugas untuk membantu mengurangi kecemasan pasien dalam mengatur diri sendiri setelah pulang dari rumah sakit dengan memberikan informasi terkait pengobatan, nutrisi, pembatasan fisik, dan mengkoordinasikan perawatan dan layanan berkelanjutan serta berbagi informasi kepada pasien dan keluarga pasien (Muliarini et al., 2021).

Petugas kesehatan juga menyediakan informasi dan edukasi yang jelas setelah pasien kembali ke rumah tentang tanda kegawatan yang harus diperhatikan, pihak yang harus dihubungi jika ada pertanyaan, hal yang harus dilakukan dalam keadaan darurat, dan cara penanganan perawatan (Rosa, 2018).

h. Akses terhadap pelayanan kesehatan

Dimensi PCC ini memudahkan pasien dalam mengakses layanan kesehatan yang mereka akan terima. Petugas kesehatan memastikan akses ke beberapa pengaturan dan layanan perawatan kesehatan, ketersediaan transportasi, kemudahan penjadwalan dan ketersediaan janji, bahkan akses ke spesialis ataupun layanan khusus bila pasien memerlukannya seperti pelayanan HIV/AIDS (Muliarini et al., 2021). Akses pelayanan kesehatan juga meliputi kemudahan pasien dan keluarga pasien menerima informasi dari

petugas kesehatan terkait rencana pelayanan dan pengobatan, dan diagnosis atau kondisi kesehatan pasien, asuhan dan pelayanan, cara mendapatkan pelayanan tersebut, fasilitas pelayanan (Rosa, 2018).

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes, 2017). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan kondisi pasien yang bebas dari cedera yang seharusnya tidak terjadi yang masih bisa dihindari atau bebas dari risiko dan cedera yang kemungkinan akan terjadi (Salawati, 2020). Pelaksanaan keselamatan pasien harus menjadi fokus utama dalam setiap proses pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien untuk menjaga citra dan mutu sebuah rumah sakit. Dengan adanya sistem keselamatan pasien maka diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang lebih aman kepada pasien melalui pengurangan risiko, mencegah terjadinya cedera, dan tidak terulangnya insiden keselamatan pasien Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien terdapat enam sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien bertujuan untuk melakukan perbaikan-perbaikan tertentu dalam perawatan pasien mengenai keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien tersebut antara lain identifikasi pasien dengan benar, komunikasi efektif, meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, memastikan lokasi pembedahan benar, prosedur benar, dan pasien benar, mengurangi risiko infeksi akibat pelayanan kesehatan, dan mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh. Namun dalam penelitian ini, hanya menggunakan 5 sasaran dan tidak menggunakan sasaran memastikan lokasi pembedahan benar, prosedur benar, dan pasien benar. Hal tersebut dikarenakan keterbatasan penelitian yakni jumlah pasien bedah yang tidak banyak sehingga akan membutuhkan waktu yang cukup lama nantinya pada saat penelitian. Berikut merupakan uraian sasaran keselamatan pasien.

#### 1. Sasaran I: Ketepatan Identifikasi Pasien

Ketepatan identifikasi pasien bertujuan untuk meminimalisir terjadinya kesalahan identifikasi pasien yang dapat berakibat pada salah pasien, salah prosedur, atau salah pemberian tindakan dalam menerima pelayanan perawatan di rumah sakit (Larasati & Inge, 2021).

##### 1) Cara Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien melalui pemberian gelang identitas berwarna sesuai kondisi pasien. Selain itu, identifikasi pasien dapat juga melalui nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medis, gelang berkode dan lain-lain (Sundoro et al., 2023).

##### 2) Waktu Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien dilakukan dengan minimal 2 identifikasi, dilakukan sebelum melakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik,

pemberian obat, darah, produk darah, spesimen, dan pemberian diet. Selain itu, identifikasi pasien juga dilakukan sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan pasien koma (SNARS, 2018).

Identifikasi pasien yang tidak benar hingga menimbulkan kesalahan identifikasi dapat menyebabkan pasien mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan, penyakit fisik atau psikis, cedera serius, mual atau muntah, kecacatan fisik permanen bahkan meninggal (Murtiningtyas & Dhamanti, 2022)

## 2. Sasaran II: Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, tertulis, atau elektronik. Komunikasi yang paling mudah menimbulkan kesalahan adalah perintah yang diberikan secara lisan dan melalui telpon (diperbolehkan peraturan perundangan). Rumah sakit perlu mengembangkan kebijakan untuk perintah lisan dan melalui telepon seperti: menuliskan perintah atau hasil pemeriksaan secara lengkap dan penerima informasi membacakan kembali (*read back*).

Adapun teknik yang digunakan dalam komunikasi efektif ialah teknik SBAR (Situation, Background, Assesment, dan Recommendation) dan TBAK (Tulis, Baca, Konfirmasi) (Haritsa & Haskas, 2021). Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh pasien atau penerima informasi dapat mengurangi kesalahan sehingga meningkatkan keselamatan pasien (Neri et al., 2018).

Penerapan metode SBAR memerlukan keterlibatan pasien karena memberikan ruang untuk petugas kesehatan mengajukan pertanyaan, mengklarifikasi, dan saling memberikan informasi terkait kondisi pasien, prosedur/pengobatan/tindakan yang akan dijalani dan alasannya, dan hasil pemeriksaan. Namun dalam penyampaian informasi ini, petugas kesehatan harus menggunakan bahasa yang mudah dimengerti. Petugas kesehatan dapat menggunakan media sebagai alat bantu seperti gambar, model dan rekaman audio atau video (Christina & Susilo, 2021; JCI, 2018).

## 3. Sasaran III: Meningkatkan Keamanan Obat-obatan yang Harus diwaspadai

Obat-obatan yang harus diwaspadai adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan kesalahan dan/ atau kejadian sentinel, dampak yang tidak diinginkan, obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) atau *Look-Alike Sound-Alike* (LASA)).

Dalam memberikan obat kepada pasien digunakan prinsip 7B yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, benar dokumentasi, dan benar informasi (Tampubolon, 2018).

### 1) Benar Pasien

Perawat memastikan pasien dengan memeriksa gelang identitas.

### 2) Benar Obat

Sebelum memberi obat kepada pasien, label obat harus dibaca tiga kali, yaitu saat melihat botol/kemasan obat, sebelum menuang/menghisap obat, dan setelah menuang/menghisap obat. Selain itu, petugas kesehatan

diharuskan untuk menanyakan ada tidaknya alergi terhadap obat sebelum diberikan kepada pasien (Utama et al., 2021)

- 3) Benar Dosis  
Perawat harus memeriksa dosis obat sebelum diberikan kepada pasien. Dosis yang diberikan harus sesuai dengan resep.
- 4) Benar Rute  
Perawat diharapkan dapat menilai kemampuan pasien untuk menelan obat sebelum memberikan obat-obat per oral dan memberikan obat pada tempat yang sesuai.
- 5) Benar Waktu  
Pemberian obat harus sesuai dengan waktu yang telah ditentukan karena berhubungan dengan waktu kerja obat yang dapat menimbulkan efek terapi.
- 6) Benar dokumentasi  
Setelah obat diberikan, petugas kesehatan harus mendokumentasikan obat dari segi dosis, rute, waktu, dan konsumen obat.
- 7) Benar informasi  
Perawat memberikan informasi yang benar tentang obat untuk menghindari kesalahan dalam menerima obat, menjelaskan cara kerja dan efek samping obat kepada pasien.

Penerapan prinsip 7B ini dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal seperti karakteristik dan tingkat pengetahuan perawat. Faktor eksternal seperti ketersediaan fasilitas pemberian obat, adanya kebijakan institusi, adanya supervise, dan penerapan SOP (Rahayu & Fajarini, 2020).

4. Sasaran IV: Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, dan Pembedahan Pada Pasien Yang Benar  
Kejadian salah-lokasi, salah-prosedur, dan salah-pasien operasi diakibatkan oleh komunikasi yang tidak efektif antar anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi, tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi, asesmen pasien, penelaahan ulang catatan medis, resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan. Pada tahun 2008 WHO menerbitkan prosedur yang disebut *surgical safety checklist* untuk meningkatkan keselamatan pasien pada tindakan pembedahan (Galleryzki et al., 2022).
5. Sasaran V: Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan  
Pencegahan yang dilakukan untuk mengurangi risiko infeksi yang terjadi melalui penerapan *hand hygiene* yang baik. Penerapan *hand hygiene* yang benar dapat mengurangi penularan infeksi dari petugas ke pasien atau pasien ke petugas sehingga insiden keselamatan pasien dapat dicegah.
  - 1) Penerapan *Hand Hygiene* dengan APD (Alat Pelindung Diri)  
Penggunaan APD dapat berupa menggunakan APD masker penutup kepala, sarung tangan, pelindung wajah ataupun pelindung kaki sebelum menyentuh pasien (Haritsa & Haskas, 2021). Sarung tangan berguna untuk mengurangi risiko kontaminasi dengan darah atau cairan tubuh lainnya dari



pasien dan meminimalkan transmisi patogen ketika kontak diantara pasien. Oleh karenanya, perlu menggunakan sarung tangan sebelum melakukan pengambilan darah (Puspariani, 2023).

Sarung tangan mengurangi risiko penularan infeksi hingga 86% karena daerah yang terkontaminasi dengan darah/ cairan tubuh pasien tidak langsung mengenai kulit. Selain itu, penggunaan sarung tangan dapat mengurangi risiko penularan virus melalui darah akibat cedera benda tajam, khususnya jarum suntik. Oleh sebab itu, penggunaan sarung tangan saat akan menyuntik pasien menjadi suatu kewajiban (Putri et al., 2020).

2) Penerapan *Hand Hygiene* dengan Mencuci Tangan

Selain itu, *hand hygiene* juga dapat dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun (*hand wash*) atau antiseptik (*hand rubs*) (SNARS, 2018). Adapun 5 momen mencuci tangan yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah terkena cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien (Nurmayunita & Hastuti, 2018).

6. Sasaran VI: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

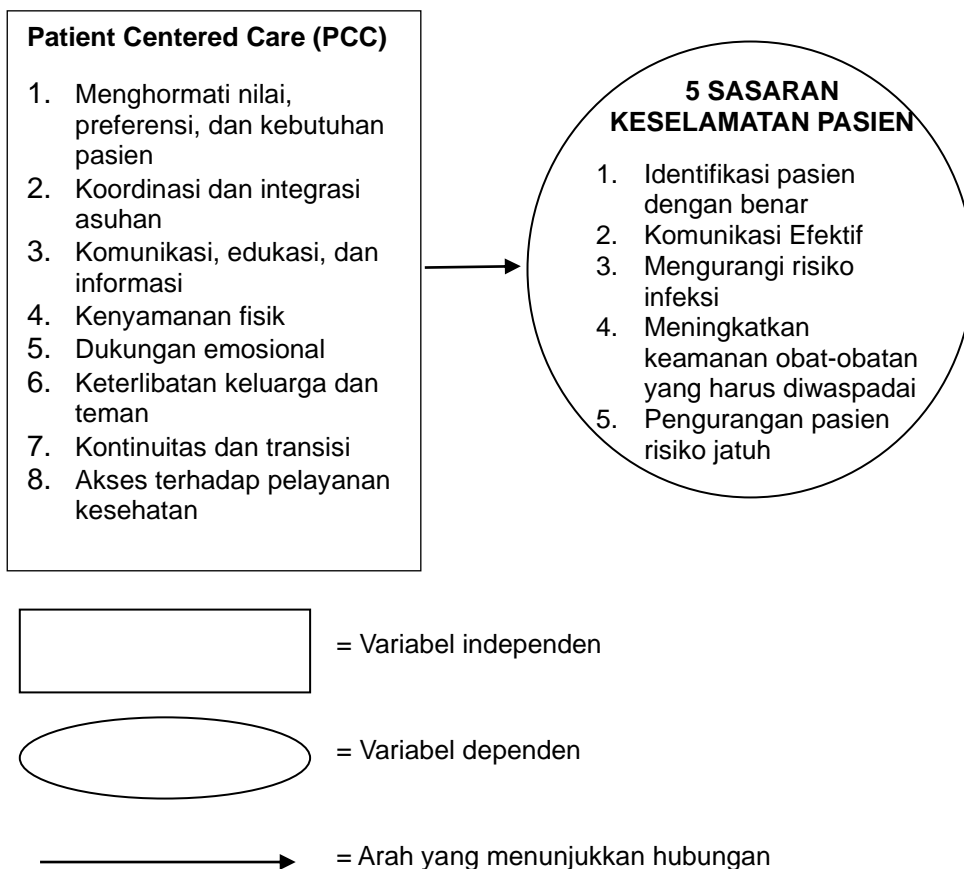
Sasaran ini bertujuan untuk mengurangi risiko pasien cedera akibat adanya insiden jatuh. Pengurangan risiko cedera dapat dilakukan dengan *assessment* pasien jatuh. Penilaian yang dilakukan melalui dua cara sesuai kategorinya yaitu skala moorse untuk pasien dewasa dan *humpty dumpty* untuk pasien anak-anak (Larasati & Inge, 2021).

Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan resiko jatuh yaitu mengidentifikasi obat yang berhubungan dengan peningkatan resiko pasien jatuh, menggunakan protokol pemindahan pasien secara aman, pemasangan *bedrai* atau pagar tempat tidur, mengevaluasi waktu respon petugas terhadap panggilan pasien, menggunakan instrumen untuk memprediksi resiko jatuh pasien, dan memperhatikan lingkungan seperti cahaya, suara atau kebisingan, dan lantai yang licin (Haritsa & Haskas, 2021; Santri et al., 2023).

Selain itu, dalam buku *Preventing Falls in Hospitals: A Toolking for Improving Quality of Care* dijelaskan upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi pasien terjatuh di rumah sakit, yaitu (Ganz et al., 2013):

- 1) Membiasakan pasien dengan lingkungan sekitarnya
- 2) Menunjukkan pada pasien alat bantu panggilan darurat
- 3) Posisikan alat bantu panggilan darurat dalam jangkauan
- 4) Posisikan barang-barang pribadi dalam jangkauan pasien
- 5) Menyediakan pegangan tangan yang kokoh di kamar mandi, kamar dan lorong
- 6) Posisikan sandaran tempat tidur rumah sakit di posisi rendah ketika pasien sedang beristirahat, dan posisikan sandaran tempat tidur yang nyaman ketika pasien tidak tidur
- 7) Posisikan rem tempat tidur terkunci pada saat berada di bangsal rumah sakit
- 8) Jaga roda kursi roda di posisi terkunci ketika stasioner
- 9) Gunakan alas kaki yang nyaman, baik, dan tepat pada pasien

- 10) Kondisikan daerah perawatan pasien rapi
- 11) Ikuti praktek yang aman ketika membantu pasien pada saat akan ke tempat tidur dan meninggalkan tempat tidur.



**Gambar 1.2 Kerangka Konsep**

### 1.3 Studi Kasus

Keselamatan pasien merupakan bentuk implementasi dan refleksi dari hasil kompetensi tenaga kesehatan, ketersediaan sarana dan prasarana layanan, sistem administrasi dan manajemen dalam proses pelayanan perawatan pada pasien. Laporan *National Patient Safety Incident Reports* pada tahun 2022 dalam rentang April-Juni angka kejadian keselamatan pasien yang dilaporkan dari negara Inggris sebanyak 652.246 kejadian (NHS England, 2022). Laporan dari *World Health Organization* (WHO) mengenai KTD di beberapa negara berkisar 3% hingga 16% pada pasien rawat inap. Di New Zealand dilaporkan KTD berkisar 12,9%, di Inggris berkisar 10,8%, dan di Kanada berkisar 7,5%. *Joint Commission Internasional* (JCI) melaporkan KTD berkisar 10% di United Kingdom dan 16,6% di Australia (Hurianti et al., 2022).

Insiden keselamatan pasien di Indonesia pada tahun 2019 terdapat 7.465 kasus, diantaranya 171 kematian, 80 cedera berat, 372 cedera sedang, 1183

cedera ringan, dan 5659 tidak ada cedera. Berdasarkan tipe kejadian insiden, dari 7.465 kasus tersebut terdiri dari KNC sebesar 38%, KTC sebesar 31%, dan KTD sebesar 31% (Toyo et al., 2022). Pada tahun 2023, ditemukan KTD sebesar 2.137 dan kejadian sentinel sebesar 172. Rumah sakit yang melaporkan IKP sebanyak 1745 rumah sakit (Kemenkes, 2023).

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama karena berkaitan dengan insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Salah satu tujuan keselamatan pasien yaitu menurunkannya KTD. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka disusunlah Sasaran Keselamatan Pasien yang bertujuan mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien terdiri dari enam yaitu ketepatan identifikasi pasien, meningkatkan komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, dan pasien yang benar, pengurangan risiko infeksi akibat pelayanan kesehatan, dan mengurangi risiko pasien cidera akibat jatuh. Sasaran Keselamatan Pasien ini mengacu kepada JCI dan *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO (Najihah, 2018).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Gillespie tahun 2018 pada semua layanan kesehatan yang menerima keluhan di Inggris ditemukan bahwa dimensi PCC yang mempengaruhi keselamatan pasien ialah keterlibatan pasien. Keterlibatan pasien dapat berupa penerimaan tentang keluhan pelanggaran seperti keluhan kekurangan informasi, pengetahuan yang kurang, dan komunikasi yang tidak memadai. Adanya pasien yang terlibat dalam setiap proses pelayanan perawatan dapat mengurangi keluhan, menghilangkan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pelayanan, dan memberikan wawasan yang mungkin dapat diperoleh pasien untuk mengetahui kondisi mereka (Gillespie & Reader, 2018).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lai *et al* pada tahun 2020 dinyatakan bahwa penerapan PCC membutuhkan dukungan dari seluruh *stakeholder*, khususnya dalam penerapan keselamatan pasien. *Patient centered care* merupakan pelayanan yang melibatkan pasien dalam setiap proses pelayanan perawatannya. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa untuk meningkatkan dan mengoptimalkan keselamatan pasien, pendekatan yang paling tepat dan lebih efektif yaitu melalui pasien (Lai et al., 2020)

Penelitian tentang pengaruh penerapan PCC terhadap keselamatan pasien juga dilakukan oleh Nahee pada tahun 2021 di instalasi rawat inap. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa dimensi PCC yang berpengaruh terhadap keselamatan pasien yaitu proses perawatan umum, lingkungan rumah sakit, layanan perawat, layanan dokter, hak pasien, dan evaluasi secara keseluruhan (Choi et al., 2021). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Olivia pada tahun 2021 di Rumah Sakit Umum Bhayangkara TK I Raden Said Sukanto Jakarta didapatkan bahwa penerapan PCC berpengaruh positif terhadap pelaksanaan *patient safety*. Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi PCC terhadap *patient safety* adalah kepemimpinan, visi strategis, keterlibatan pasien dan keluarga, kualitas lingkungan, dukungan teknologi, memperhatikan lingkungan sebagai perawatam, dan pengukuran sistematis dan tanggapan. Semakin baik

implementasi PCC maka semakin baik pula pelaksanaan *patient safety* (Talahatu et al., 2021).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Makassar merupakan salah satu rumah sakit tipe B di Makassar. Rumah sakit ini memiliki 16 layanan spesialisik dan 1 layanan unggulan yaitu *woman care-mamografi*. Saat ini RSUD Kota Makassar juga telah menerapkan konsep pelayanan yang berpusat pada pasien. Hal ini di karenakan setiap rumah sakit di Indonesia wajib menerapkan konsep PCC untuk diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

Berdasarkan hasil yang didapatkan dalam laporan pengaduan tahun 2021-2023 mengenai pelayanan RSUD Kota Makassar ditemukan bahwa ternyata masih terdapat pelayanan yang diberikan rumah sakit tidak sesuai dengan konsep penerapan PCC. Adapun beberapa keluhan dari pelanggan RSUD Kota Makassar yaitu pelayanan yang kurang ramah, tidak tersedianya obat, staf rumah sakit yang kurang memperhatikan dan menghargai pasien, perawat yang tidak ramah, adanya perbedaan dalam pemberian pelayanan, perawat yang emosi terhadap pasien, dan ketidaknyamanan pasien mengenai waktu tunggu.

Berdasarkan arahan dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien bahwa salah satu langkah menuju keselamatan pasien adalah membangun sistem pelaporan yang selanjutnya disebut laporan insiden keselamatan pasien. Adapun data sekunder dari RSUD Kota Makassar Tahun 2022 mengenai insiden keselamatan pasien sebagai berikut.

**Tabel 1. 1 Data Insiden Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar Tahun 2022**

	KPC	KNC	Standar	KTC	KTD	Standar
Januari	1	0	100%	2	0	0%
Februari	0	1		0	0	
Maret	0	0		0	0	
April	0	0		0	0	
Mei	0	0		0	0	
Juni	0	1		1	0	
Juli	1	0		1	0	
Agustus	1	0		3	0	
September	0	0		2	0	
Oktober	0	0		2	1	
November	0	1		0	0	
Desember	0	1		2	0	
Jumlah	3	4		13	1	

Sumber: Komite Mutu RSUD Kota Makassar Tahun 2022

Berdasarkan Tabel 1.1 dapat dilihat bahwa insiden paling banyak terjadi ialah KTC dengan 13 insiden dan paling rendah ialah KTD dengan 1 insiden. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dinyatakan bahwa standar pelayanan

minimal pada dimensi mutu keselamatan pasien adalah 100% yang berarti insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien harus *zero defect* (kejadian 0%). Oleh karena itu disimpulkan bahwa keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar belum memenuhi standar yang telah ditetapkan.

RSUD Kota Makassar memiliki insiden keselamatan pasien yang lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit lain yang ada di Makassar. Misalnya, RSUP Tajuddin Chalid pada tahun 2022 hanya terjadi 1 insiden KTD, 3 insiden KNC, dan 2 insiden KTC. Selain itu, RS Stella Maris Makassar pada tahun 2021 hanya terjadi 3 insiden KTD, 3 insiden KNC, dan 0 insiden KTC. RSUD Haji Makassar juga pada tahun 2022 mengalami insiden keselamatan pasien, diantaranya 11 insiden KNC, 6 insiden KTC, dan 0 insiden untuk KPC, KTD, dan sentinel.

Insiden keselamatan pasien masih menjadi masalah di rumah sakit hingga saat ini karena adanya peningkatan KTD, KNC, dan insiden sentinel. Penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien tersebut karena kurang patuh pada protokol keselamatan pasien, komunikasi yang buruk, asesmen yang tidak adekuat, orientasi dan supervisi yang tidak kuat terhadap petugas kesehatan, lingkungan fisik yang kurang mendukung, dan ketidakefektifan kepemimpinan (Sunarko et al., 2019). Insiden keselamatan pasien dapat dihindari dengan meningkatkan interaksi antara perawat dan pasien dengan penerapan PCC secara efektif dalam pemberian asuhan keperawatan (Fauzan & Widodo, 2019).

Konsep inti dalam PCC jika diterapkan secara mendalam dan benar maka akan tercapai pelayanan kesehatan yang baik dan risiko terjadinya insiden keselamatan pasien dalam suatu rumah sakit dapat berkurang (Rosa, 2018). Dalam memastikan penerapan PCC dilakukan secara efektif maka interaksi antara pasien dan petugas kesehatan dalam proses perawatan harus dilakukan secara konsisten dengan menerapkan dimensi-dimensi PCC. Insiden keselamatan pasien seperti KTD, KNC, KPC, dan KTC dapat dihindari jika interaksi dan komunikasi antara petugas kesehatan dan pasien ditingkatkan dan dilakukan secara berkesinambungan sehingga hal-hal yang tidak diinginkan tersebut dapat dihindari (Bahtera et al., 2023).

Rumah sakit harus konsisten dalam menerapkan PCC di setiap proses pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien. Konsep PCC harus dilaksanakan dengan mengutamakan kontribusi dan interaksi antara perawat, dokter, pasien, dan keluarga pasien. Rawat inap sebagai salah satu proses perawatan pasien harus diperhatikan kualitas pelayanannya karena memiliki hubungan erat dengan unit-unit yang lain di rumah sakit. Pasien rawat inap memerlukan waktu perawatan, penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan, dan keterlibatan dokter dan perawat yang lebih banyak, sehingga mereka lebih merasakan kualitas layanan yang ada di rumah sakit. Karena hal itu maka insiden keselamatan pasien di rawat inap lebih memungkinkan untuk terjadi.

Selain itu, WHO pada tahun 2011 menyatakan bahwa pasien rawat inap lebih beresiko mengalami KTD (Ardhaneswari & Hutahaean, 2021). Kejadian buruk akibat insiden keselamatan pasien merupakan penyebab utama kerugian pasien rawat inap. Ketika keselamatan pasien rawat inap tidak terjamin maka mengakibatkan waktu pemulihan yang lebih lama lagi. Berdasarkan

penelitian yang telah dilakukan oleh David et al pada tahun 2023, ditemukan bahwa kejadian tidak diharapkan merupakan kejadian yang paling sering terjadi di rawat inap (Bates et al., 2023).

Berdasarkan uraian masalah tersebut bahwa penerapan *patient safety* di RSUD Kota Makassar tidak memenuhi standar yang telah ditetapkan oleh kementerian kesehatan dan adanya masalah terkait penerapan PCC maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang hubungan penerapan *patient centered care* terhadap pelaksanaan sasaran keselamatan pasien pada instalasi rawat inap di RSUD Kota Makassar.

#### **1.4 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan implementasi *patient centered care* dengan sasaran keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024.

#### **1.5 Tujuan Penelitian**

- a. Tujuan Umum
  1. Untuk menganalisis hubungan penerapan *patient centered care* dengan sasaran keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024
- b. Tujuan Khusus
  1. Untuk mengetahui gambaran penerapan *patient centered care* di instalasi rawat inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024
  2. Untuk mengetahui gambaran penerapan sasaran keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSUD Kota Makassar Tahun 2024

#### **1.6 Manfaat Penelitian**

- a. Manfaat Ilmiah  
Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat bagi pengembangan kajian ilmu manajemen mutu rumah sakit khususnya dalam penerapan PCC dan sasaran keselamatan pasien. Selain itu, diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan kajian tambahan dan data awal untuk penelitian berikutnya.
- b. Manfaat Institusi  
Hasil penelitian ini merupakan gambaran persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan sehingga diharapkan dapat berguna bagi rumah sakit sebagai bahan evaluasi dan informasi dalam menerapkan PCC dan sasaran keselamatan pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
- c. Manfaat Praktis  
Hasil penelitian ini merupakan salah satu syarat peneliti untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM). Selain itu, sebagai tambahan pengetahuan dan wawasan serta pengalaman bagi peneliti mengenai PCC dan sasaran keselamatan pasien.