

UPAYA MENINGKATKAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN
PATIENT CENTERED CARE (PCC) DI RUMAH SAKIT

(STUDI DI RSUD DR. HARJONO PONOROGO DAN RSUD DR. ISKAK
TULUNGAGUNG)



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
mencapai Magister Keperawatan

Konsentrasi
Manajemen Keperawatan

Oleh :
Aprin Rusmawati
NIM : 22020113410005

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, 2016

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa
tesis yang berjudul :

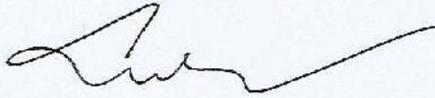
**UPAYA MENINGKATKAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM
MENERAPKAN *PATIENT CENTERED CARE* (PCC)
DI RUMAH SAKIT**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Aprin Rusmawati
NIM : 22020113410005

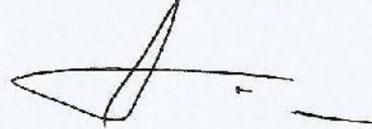
Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada
tanggal 09 Februari 2016 dan dinyatakan telah
memenuhi syarat untuk diterima

Penguji Ketua,



Dr. Luky Dwiantoro, S.Kp.M.Kep
NIP. 19670120 198803 1 006

Penguji Anggota,



Dr. dr. Suhartono, M.Kes
NIP. 196220414 199103 1 002

Pembimbing Utama,



Prof. Dr. dr. Tri Nur Kristina, DMM, M.Kes
NIP : 19590527198603 2 001

Pembimbing Anggota,



Dr. Untung Sujianto, S.Kp. M.Kes
NIP : 19710919 199403 1 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Dr. dr. Shofa Chasani, Sp.PD – KGH
NIP. 19510205 197901 1 001

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

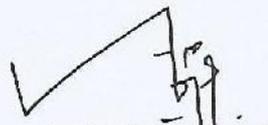
Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Aprin Rusmawati
NIM : 22020113410005
Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan
No. Telp / HP : 085649627331
Email : uplintstikes@ymail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Upaya Meningkatkan Kemampuan Perawat Dalam Menerapkan Patient Centered Care (PCC) Di Rumah Sakit” bebas dari plagiarisme dan bukan karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari karya ilmiah dari hasil – hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang – undangan yang berlaku. Demikian pernyataan saya ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa paksaan.

Semarang, Februari 2016


Aprin Rusmawati

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

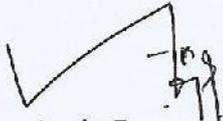
Nama : Aprin Rusmawati
NIM : 22020113410005
Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan
No. Telp / HP : 085649627331
Email : upplintstikes@ymail.com

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan / mengalih formatkan menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis di perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip tanpa perlu meminta dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan dari semua tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan supaya dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Februari 2016


Aprin Rusmawati

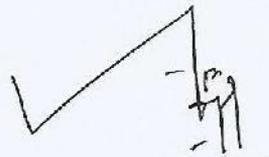
SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa penelitian yang saya lakukan adalah hasil karya sendiri. Tidak ada karya ilmiah atau sejenisnya yang diajukan untuk memperoleh gelar Magister atau sejenisnya di Perguruan Tinggi manapun seperti karya ilmiah yang saya susun.

Sepengetahuan saya juga, tidak ada karya ilmiah atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah karya ilmiah yang saya susun ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila pernyataan tersebut terbukti tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan akademik yang berlaku.

Semarang, 20 Januari 2016



APRIN RUSMAWATI
NIM. 22020113410005

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Aprin Rusmawati
Jenis Kelamin : Wanita
Agama : Islam
Tempat / Tgl. Lahir : Kediri, 20 April 1986
Alamat E-mail : upplintstikes@ymail.com
HP : 085649627331

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Mojoroto 6 Kota Kediri Jawa Timur, lulus tahun 1998
2. SMP Negeri 4 Kota Kediri Jawa Timur, lulus tahun 2001
3. SMU Negeri 1 Kota Kediri Jawa Timur, lulus tahun 2004
4. S – 1 Keperawatan STIKes Surya Mitra Husada Kediri, lulus tahun 2008
5. Ners STIKes Surya Mitra Husada Kediri, lulus tahun 2009

Riwayat Pekerjaan :

1. Staf Pengajar di STIKes Surya Mitra Husada Kediri, tahun 2009 - sekarang

HALAMAN PERSEMBAHAN

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala nikmat, rahmat dan hidayahNya yang telah memberikan iman, kekuatan, kesehatan dan kesabaran dalam mengerjakan tesis ini.

Saya persembahkan tesis ini untuk Suami dan anak saya tercinta Wawan Nopianto dan Faeyza Akbar Nur Ramadhan, serta kedua orang tua saya yang selalu mendukung, menjadi inspirasi dan memberi motivasi dan dukungan do'a untuk saya.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia – Nya penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan mencapai Magister Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Penulis menyadari sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tesis ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak penyusunan sampai dengan terselesaikannya tesis ini.

Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan banyak terima kasih dan penghargaan setinggi – tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Yos Johan Utama, SH.MHum selaku Rektor Universitas Diponegoro yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar, meningkatkan ilmu pengetahuan dan keahlian di Program Studi Magister Keperawatan.
2. Prof.Dr. Dr. Tri Nur Kristina, DMM, M.Kes, sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang dan sebagai pembimbing 1 yang telah banyak memotivasi dan membimbing dengan penuh perhatian dan tak terhingga kepada penulis.
3. Dr. Untung Sujianto, S.Kp.M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang dan sebagai pembimbing 2 yang telah banyak membantu penulis dalam pembelajaran dan membimbing dengan penuh perhatian.

4. Dr. dr. Shofa Chasani, Sp.PD – KGH selaku Ketua Prodi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran yang telah memberi kesempatan pada penulis untuk melanjutkan studi.
5. Bambang Edi Warsito, S.Kp.M.Kes selaku sekretaris Prodi dan Penanggung Jawab tesis yang telah banyak membantu dalam tesis ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Magister Keperawatan yang telah banyak memberikan ilmu kepada penulis selama studi.
7. Orang Tua, Suami, dan putra tercinta yang tidak bosan – bosannya selalu mendoakan, memotivasi, dan membantu dalam segala hal yang tak ternilai sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
8. Teman – teman Magister Keperawatan Angkatan ke III yang telah banyak membantu dan memberi semangat dalam proses pembelajaran.

Akhirnya, penulis menyampaikan permintaan maaf kepada semua pihak yang mungkin mengalami hal yang kurang berkenan selama penyusunan tesis ini. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan berkat dan rahmat – Nya kepada kita semua. Aamiin.

Semarang, Februari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
RIWAYAT HIDUP	vi
PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
ABSTRAK	xvi
ABSTRACT	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
E. Keaslian Penelitan.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori.....	11
1. Konsep <i>Patient Centered Care</i> (PCC).....	11
2. Konsep Persepsi	30
3. Konsep Pelatihan.....	35
B. Kerangka Teori.....	38
C. Kerangka Konsep.....	39
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian.....	41
B. Populasi dan Sampel Penelitian.....	43
C. Besar Sampel.....	44
D. Tempat dan Waktu Penelitian.....	47
E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Skala Pengukuran	47
F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	49
G. Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	54
H. Etika Penelitian.....	59
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Karakteristik Responden	60
B. Persepsi pasien sebelum dan sesudah	66

C.	Perbedaan penerapan PCC	66
BAB V	PEMBAHASAN	
A.	Karakteristik Responden	72
B.	Persepsi pasien sebelum dan sesudah	78
C.	Perbedaan penerapan PCC	86
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	
A.	Kesimpulan.....	89
B.	Saran.....	90
	DAFTAR PUSTAKA.....	92
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	9
Tabel 3.1 Jumlah Pasien RSUD dr. Iskak Tulungagung	44
Tabel 3.2 Jumlah Pasien RSUD dr. Harjono Ponorogo	44
Tabel 3.3 Jumlah perawat RSUD dr. Iskak Tulungagung	45
Tabel 3.4 Jumlah perawat RSUD dr. Harjono Ponorogo	45
Tabel 3.5 Definisi Operasional	47
Tabel 4.1 Karakteristik Responden	60
Tabel 4.2 Karakteristik Perawat	62
Tabel 4.3 Distribusi frekuensi berdasarkan persepsi pasien	63
Tabel 4.4 Perbedaan Penerapan PCC kelompok intervensi dan kontrol	64
Tabel 4.5 Persepsi Pasien sebelum dan sesudah intervensi	65

DAFTAR GAMBAR

		Hal
Gambar 1	Dimensions of PCC	12
Gambar 2	Kerangka Teori	38
Gambar 3	Kerangka Konsep	39

DAFTAR BAGAN

	Hal
Bagan 3.1 Rancangan Penelitian	41
Bagan 3.2 Tahapan Pelaksanaan Penelitian	51

DAFTAR LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Studi Pendahuluan	90
Lampiran 2 Surat Permohonan Ijin Uji Expert Instrumen Penelitian	92
Lampiran 3 Surat Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	93
Lampiran 4 Surat Permohonan Rekomendasi Ijin Penelitian	94
Lampiran 5 Surat Permohonan Ijin Penelitian	96
Lampiran 6 Surat Balasan Permohonan Ijin Studi Pendahuluan	98
Lampiran 7 Surat Balasan Permohonan Ijin Uji Expert Instrumen Penelitian	100
Lampiran 8 Surat balasan Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	101
Lampiran 9 Surat Balasan Permohonan Rekomendasi Ijin Penelitian	102
Lampiran 10 Surat Balasan Permohonan Ijin Penelitian	103
Lampiran 11 Informasi Penelitian (Kelompok Intervensi)	105
Lampiran 12 Persetujuan Sebagai Responden (Kelompok Intervensi)	106
Lampiran 13 Informasi Penelitian (Kelompok Kontrol)	107
Lampiran 14 Persetujuan Sebagai Responden (Kelompok Kontrol)	108
Lampiran 15 Instrumen Penelitian	109
Lampiran 16 Modul Pelatihan	110
Lampiran 17 Rekapitulasi Data Kuesioner	136
Lampiran 18 Hasil Uji Validitas	140
Lampiran 29 Hasil Uji Statistik	142

ABSTRAK

Aprin Rusmawati

Upaya Meningkatkan Kemampuan Perawat Dalam Menerapkan *Patient Centered Care* (PCC) di Rumah Sakit

Latar belakang : *Patient Centered Care* (PCC) merupakan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan, yang menempatkan pasien sebagai *center of care*. PCC lebih menghargai sentuhan dan tidak hanya sekedar berbicara dengan pasien. PCC bukan pula sekedar mengedepankan teknologi, tapi lebih memperhatikan pentingnya interaksi antar individu. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa konsep PCC dapat menurunkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, meningkatkan status kesehatan pasien dengan mendorong keterlibatan pasien selama proses perawatan. Penelitian terkait penerapan PCC di Indonesia masih sangat terbatas.

Tujuan : Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan efektifitas pelatihan PCC pada perawat pelaksana untuk meningkatkan penerapan PCC.

Metode : Penelitian ini menggunakan *Quasy – experimental designs* dengan bentuk *two group pretest – posttest design*. Sampel penelitian ini untuk kelompok intervensi adalah pasien rawat inap RSUD dr Harjono Ponorogo dan kelompok kontrol adalah pasien rawat inap RSUD dr. Iskak Tulungagung dengan menggunakan tehnik *Purposive Sampling*. Pelatihan penerapan PCC diberikan pada seluruh perawat rawat inap RSUD dr. Harjono Ponorogo dengan menggunakan *Total sampling*.

Hasil : Hasil penelitian secara statistik menunjukkan peningkatan bermakna pada persepsi pasien tentang penerapan PCC sesudah mendapatkan pelatihan PCC. Akan tetapi bila ditinjau dari penerapan secara klinis, pelatihan ini tidak menunjukkan hasil yang memuaskan.

Simpulan : Pelatihan PCC efektif terhadap peningkatan penerapan PCC dilihat dari persepsi pasien walaupun hasil yang diperoleh kurang memuaskan. Perlu upaya monitoring dari manager rumah sakit untuk memantau pelaksanaan PCC di rumah sakit.

Kata kunci : Pelatihan, Penerapan PCC, persepsi pasien

Diponegoro University
Faculty of Medical
Master of Nursing Programme Study
Nursing Management Concentration
February, 2016

ABSTRACT

Aprin Rusmawati

Efforts To Improve The Ability of Nurse in Applying The Patient Centered Care (PCC) in Hospital

Background : Patient Centered Care (PCC) is a new paradigm in health care, which puts the patient as the center of care. PCC is – low – tech and high – touch. PCC not only to leverage the benefits of technology without compromising the importance of human to human interactions. Past research has shown that the concept PCC can reduce the utilization of health services, improve the health status of patients by encouraging the involvement of the patient during the treatment process. Research related to the implementation of PCC in Indonesia is still very limited.

Purpose : The purpose of this study is to establish the effectiveness of the PCC training nurses to improve patient's perception the application of PCC.

Method : This study uses a Quasi - experimental with pretest – posttest design. The research sample for the intervention group was inpatients of Harjono Hospital and the control group were inpatients of Iskak Hospital by using purposive sampling technique. PCC deployment training given to all nurses inpatient dr. Harjono Ponorogo Hospital by using total sampling.

Result : The results showed statistically with P value 0,000 and 0,05 that means significant improvement in patients' perceptions about the application after receiving training PCC. But when viewed from a clinical application, this training does not show satisfactory results.

Discuss : PCC training is effective to increase the application of PCC seen from the patient's perception even though the results obtained are less satisfactory. Necessary efforts in monitoring of hospital managers to monitor the implementation of the PCC in the hospital.

Keywords : Training, Patient Centered Care (PCC), patient's perception

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Patient Centered Care (PCC) merupakan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan yang menempatkan pasien sebagai *center of care*. Sebagai pedoman, PCC lebih menghargai sentuhan dan tidak hanya sekedar berbicara dengan pasien. PCC bukan pula sekedar mengedepankan teknologi, tapi lebih memperhatikan pentingnya interaksi antar individu.³ Bila kita tinjau dari komponen – komponennya, PCC lebih mengedepankan nilai pasien sebagai individu, memberikan dukungan secara emosional dan memberikan kenyamanan fisik, memperhatikan kebutuhan pasien mulai dari masuk rumah sakit sampai dengan perawatan lanjutan yang diperlukan, serta memberikan informasi dan edukasi pada setiap pasien.

Paradigma baru tersebut bertujuan untuk mendapatkan *outcomes* pelayanan kesehatan yang lebih baik, pengalokasian sumberdaya yang tepat, dan mencapai kepuasan pasien dan keluarga yang lebih besar. Hal ini dimungkinkan karena PCC adalah pendekatan yang melibatkan pasien, keluarga pasien dan staf dalam pembuatan kebijakan, program kesehatan, fasilitas yang didapatkan, dan program perawatan dari hari ke hari.¹

Konsep PCC dilansir pertama kali oleh Harvey Picker pada tahun 1988 melalui *Picker Institute* di Inggris. Menurut *Picker Institute* dalam *Patient – Centered Care Improvement Guide*, empat prinsip dari PCC antara lain :

*dignity and respect, information sharing, participation, dan collaboration.*³

Dalam penerapan PCC, perawatan di rumah sakit harus melibatkan semua aspek yang terkait rumah sakit. Dimulai dari pimpinan, dokter, perawat, sampai tenaga non-medis. Strategi – strategi yang dapat dilakukan dalam implementasi PCC yaitu : pelatihan *leadership*, pemberian *reward* dan insentif dan pelatihan untuk *quality improvement*.²

Keuntungan dari implementasi PCC antara lain : pasien sebagai pusat pelayanan keperawatan dan aktifitas, sehingga pemberian pelayanan lebih efektif dengan orang yang tepat dan waktu yang tepat; meningkatkan kontinuitas perawatan dan integrasi tenaga kesehatan profesional dalam berkolaborasi untuk kepentingan pasien mereka, dengan meminimalisir perpindahan pasien ke rumah sakit lain. Selain itu, PCC juga dapat meningkatkan otonomi pasien dan pemberdayaan anggota staf untuk merencanakan dan menjalankan pekerjaan mereka sesuai dengan kebutuhan pasien.³

Beberapa penelitian terkait PCC sudah banyak dilakukan di luar negeri. Hasil penelitian Bertakis, *et all* (2011) menunjukkan ada hubungan antara PCC dengan penurunan pemanfaatan layanan kesehatan.²⁸ Hal ini berarti keterlibatan pasien dan keluarga dalam pelayanan kesehatan diperlukan untuk mengurangi angka pasien masuk rumah sakit. PCC juga meningkatkan status kesehatan dan meningkatkan efisiensi perawatan dengan mengurangi tes diagnostik dan perujukan.²⁸

Meskipun demikian, PCC memiliki beberapa hambatan dalam pelaksanaannya. Hambatan tersebut antara lain : definisi PCC yang kurang jelas, kurangnya pendidikan yang memadai dalam PCC, kurangnya koordinasi, kolaborasi dan kontinuitas pelayanan, kekurangan staf, tidak ada role model pembelajar yang baik dan kurikulum PCC, dan dominasi model biomedis dalam pelayanan kesehatan.³ Hambatan tersebut menunjukkan bahwa implementasi PCC membutuhkan pendekatan dalam rencana dan koordinasi dengan staf yang cukup, tim kerja yang efisien, dan pendidikan pemberi pelayanan yang memadai.³

Hasil penelitian Little P, *et all* (2001) menunjukkan bahwa pendekatan PCC telah terbukti untuk mengurangi beban gejala pasien sebagai akibat dari penyakit. Penelitian ini membagi persepsi pasien terhadap PCC menjadi 5 komponen yang berbeda, yaitu meliputi komunikasi dan kerjasama, hubungan personal, promosi kesehatan, pendekatan positif dalam diagnosa dan prognosis, efek penyakit dalam kehidupan pasien.¹³ Aplikasi dari PCC yang merasakan secara langsung adalah pasien dan keluarga saat dirawat di rumah sakit sampai mereka kontrol ulang. Perlu adanya kerjasama antara pemberi layanan dengan pasien dan keluarga untuk menciptakan simbiosis mutualisme antara kedua pihak.

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.^{20, 28}

Marti, Eva (2015) terkait penerapan prinsip PCC saat proses resusitasi, hasil penelitian ditemukan enam hal sebagai hambatan atau tantangan yang dihadapi oleh tim resusitasi dalam penerapan prinsip *patient centered care* selama proses resusitasi. Diantaranya variasi bahasa dan unsur kepercayaan, faktor keluarga, kompetensi rekan kerja yang kurang, terbatasnya sarana dan prasarana serta beban kerja.³⁵

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.¹⁹ 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).

Data dari Tim pengendali mutu Rumah Sakit Umum Daerah dr. Harjono Ponorogo didapatkan tahun 2014 terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Potensial Cedera (KPC) dan Kejadian Nyaris Cedera (KPC). Jumlah KTD sebanyak 7 kasus meliputi pasien jatuh dari tempat tidur

dan reaksi transfusi darah, KPC sebanyak 4 kasus yang semuanya akibat dari pasien tanpa gelang identitas. Data tahun 2015 per bulan September didapatkan jumlah KNC sebanyak 3 kasus meliputi kesalahan dalam pemberian obat dari apotek dan resep yang tertukar, KTD sebanyak 5 kasus meliputi pasien jatuh dari brankard dan reaksi transfusi darah dan KPC sebanyak 3 kasus meliputi tempat tidur tanpa pengaman dan pasien tanpa identitas.

Data RSUD Harjono Ponorogo tentang komplain dari pasien dan keluarga serta penanganannya terkait kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan belum terdokumentasi dengan baik. Hasil wawancara dengan Kasi rawat inap menyatakan bahwa masih menemukan perawat yang lebih suka duduk di *ners station* dan berinteraksi dengan pasien hanya bila pasien atau keluarga memerlukan bantuan saja, padahal salah satu komponen dalam PCC menjelaskan pentingnya informasi dan edukasi untuk meningkatkan kenyamanan pasien. Selain itu, perawat juga belum berkontribusi pentingnya pasien dan keluarga untuk ikut serta dalam pengambilan keputusan dan tidak menyerahkan sepenuhnya pada keputusan yang diberikan oleh dokter.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD dr. Iskak Tulungagung tanggal 26 Maret 2015, menunjukkan jumlah pasien rawat inap lebih dari 80 % yang menuntut perawat memberikan pelayanan yang optimal dan tetap memegang prinsip perawatan berfokus pada pasien PCC. Data

kepuasan pasien rawat inap tahun 2014 didapatkan pasien yang menyatakan puas sebanyak 79 %, cukup puas sebanyak 21 % dan tidak puas 0 %.

Data yang diperoleh per tanggal 11 Juli 2015 dari Humas RSUD dr. Iskak Tulungagung didapatkan jumlah komplain terkait pelayanan keperawatan selama tahun 2014 sebanyak 11 kasus, sedangkan tahun 2015 sampai dengan bulan Maret sebanyak 10 komplain. Data lain yang diperoleh dari Komisi Keselamatan Pasien (KKP) RSUD dr Iskak Tulungagung terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Potensial Cedera (KPC) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Jumlah KNC tahun 2014 sebanyak 5 kasus terkait kesalahan pelayanan obat dari apotek, kesalahan pemberian transfusi darah, kesalahan memberikan hasil laborat, sedangkan jumlah KTD sebanyak 1 kasus terkait reaksi obat kontras.

Data tahun 2015 per tanggal 11 Juli didapatkan jumlah KTD sebanyak 15 kasus terkait pasien jatuh dari tempat tidur, pasien jatuh dari branchard, pasien jatuh saat berjalan dan reaksi transfusi darah. Jumlah KPC sebanyak 20 kasus terkait salah data di gelang pasien, pasien tanpa gelang identitas, tempat tidur tanpa pengaman, dan mesin hemodialisa konsleting. Jumlah KNC sebanyak 10 kasus terkait kesalahan pemberian obat pada pasien, salah tulis advis dokter, salah resep karena nama sama, dan kesalahan penempatan status rekam medis.

Konsep PCC mengedepankan pentingnya interaksi perawat dengan pasien, tidak hanya sekedar melakukan pencatatan tindakan yang sudah merupakan rutinitas setiap hari. Informasi dan edukasi terkait hak pasien dan

keluarga, pelayanan pada pasien mulai masuk rumah sakit sampai perawatan lanjutan dan melakukan asesmen pada pasien setiap kali berinteraksi harus dilakukan oleh perawat.

B. PERUMUSAN MASALAH

Konsep PCC merupakan perawatan yang berfokus pada pasien dan sebagai sasaran utama PCC perlu dilakukan monitoring dalam penerapannya ditinjau dari persepsi pasien. Persepsi pasien meliputi aplikasi dari 8 dimensi PCC, antara lain *patient preferences, emotional supports, physical comfort, information and education, continuity and transition, coordination of care, access to care and family and friends*. Penerapan PCC di Indonesia dijabarkan dalam bagaimana cara menyampaikan pada pasien akses untuk memperoleh pelayanan, hak pasien dan keluarga, melakukan asesmen pada pasien, memberikan pelayanan sesuai kebutuhan, serta pemberian edukasi pada pasien dan keluarga. Dari hasil studi pendahuluan didapatkan bahwa perawat berinteraksi dengan pasien hanya bila dibutuhkan saja, sehingga hal – hal terkait informasi dan edukasi serta dukungan emosional belum dilakukan secara optimal. Hal tersebut terjadi karena kurangnya pemahaman perawat akan pentingnya aplikasi PCC dalam pelayanan pasien. Mengingat pentingnya penerapan PCC oleh perawat, maka perlu dilakukan penelitian tentang upaya meningkatkan kemampuan perawat dalam menerapkan PCC di rumah sakit.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan penerapan PCC sebelum dan sesudah pelatihan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kontrol.
- b. Mendeskripsikan persepsi pasien tentang penerapan PCC sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol.
- c. Menguji perbedaan persepsi pasien tentang kemampuan perawat dalam menerapkan PCC pada kelompok intervensi dan kontrol.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi pasien dan keluarga

Apabila penelitian ini berhasil, diharapkan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan yang berfokus pada pasien dan keluarga, memberikan informasi pada pasien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.

2. Bagi perawat

Membuktikan pada perawat bahwa PCC dapat meningkatkan asuhan keperawatan melalui informasi dan edukasi, kenyamanan fisik, dukungan emosional untuk menghindari rasa takut dan cemas, melibatkan keluarga dan teman dalam proses perawatan, serta pemberian kontinuitas pelayanan.

3. Bagi penentu kebijakan pelayanan keperawatan

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk penentuan kebijakan Rumah Sakit guna meningkatkan performa dan pelayanan yang berfokus pada pasien (*Patient Centered Care*).

4. Bagi peneliti selanjutnya

Memberikan masukan pada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian terkait PCC.

E. KEASLIHAN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan hasil karya sendiri dan belum pernah diteliti sebelumnya. Tabel berikut adalah penelitian lain yang terkait dengan topik penelitian ini.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Desain	Keaslian Penelitian
Steward M, <i>et all</i> , 2000	<i>The Impact of Patient Centered Care on Outcomes</i>	<i>Quasy – Eksperimen</i>	Komunikasi berfokus pada pasien mempengaruhi persepsi pasien terhadap kesehatan yang berfokus pada pasien.
Conway P, <i>et all</i>	<i>Patient Centered Care categorization of U.S. health care expenditures</i>	Fenomenologi	Mengkategorikan PCC menjadi 7 kelompok dalam pelayanan kesehatan antara lain : penyakit kronis, penyakit akut, trauma/ <i>injury</i> , kesehatan gigi, ibu hamil/melahirkan, cek up rutin, dan penyakit lain.
Bertakis, <i>et all</i> (2011)	<i>Patient Centered Care is associated with decreased health care utilization</i>	Fenomenologi	Ada hubungan antara PCC dengan penurunan pemanfaatan layanan kesehatan.
Little P, <i>et all</i> (2001)	<i>Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations</i>	<i>Observational study</i>	Didapatkan 5 komponen berbeda dari persepsi pasien terhadap PCC, yaitu komunikasi dan kerjasama, hubungan personal, promosi kesehatan, pendekatan positif dalam diagnosa dan prognosis, dan efek penyakit dalam kehidupan pasien.

Perbedaan dengan penelitian ini dengan penelitian terdahulu terdapat pada tujuan penelitian, desain penelitian dan lokasi penelitian. Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan efektifitas pelatihan PCC pada perawat untuk meningkatkan penerapan PCC di rumah sakit. Desain penelitian yang digunakan adalah *Quasy Eksperiment*. Penelitian terdahulu meneliti tentang dampak PCC di US, pengkategorian PCC di US, dan komponen dari persepsi pasien terhadap PCC.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep PCC

a. Definisi

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.³

Institute Of Medicine (IOM) mendefinisikan PCC 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.⁶

Sebuah organisasi seyogyannya menjadikan PCC sebagai prioritas. Beberapa organisasi telah mencantumkan filosofi PCC dalam misi organisasi. Satu kesepakatan dari seluruh aspek mengisyaratkan bahwa mereka memulai sebuah perjalanan yang masih panjang. Setiap hari dapat memberikan kesuksesan, akan tetapi juga dapat menumbuhkan tantangan baru dan kesempatan.¹⁰

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*).¹⁰

Rumah sakit menetapkan staf medis, keperawatan dan staf lain yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien, bekerja sama dalam menganalisis dan mengintegrasikan asesmen pasien. Pasien mungkin menjalani banyak jenis pemeriksaan diluar dan didalam rumah sakit oleh berbagai unit kerja dan berbagai pelayanan. Akibatnya, terdapat berbagai informasi, hasil tes dan data lain di rekam medis pasien. Manfaatnya akan besar bagi pasien, apabila staf yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama menganalisis temuan pada asesmen dan mengkombinasikan informasi dalam suatu gambaran komprehensif dari kondisi pasien. Dari kerjasama ini, kebutuhan pasien diidentifikasi, ditetapkan urutan kepentingannya, dan dibuat keputusan pelayanan.²⁶

PCC merupakan inisiatif untuk meningkatkan pelayanan yang bervariasi, termasuk upaya untuk meningkatkan model pelayanan 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 : ¹⁰

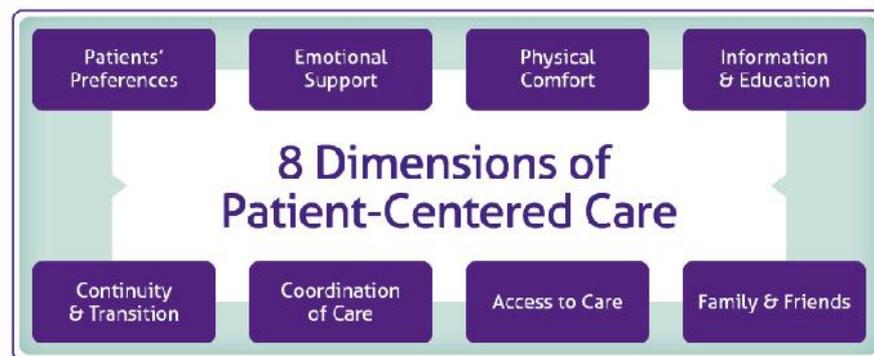
- 1) Level organisasi, misalnya : struktur, proses, kepemimpinan, pendanaan, teknologi informasi.
- 2) Level pasien, misalnya : navigasi, penterjemah, akses mudah, edukasi.
- 3) Level penyedia pelayanan, misalnya : pelatihan, tim interdisipliner, keragaman, kompetensi budaya.
- 4) Level komunitas, misalnya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

b. Tujuan PCC

- 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*”
- a) Komunikasi yang akurat dan tepat waktu dalam dokumentasi
 - b) Profesional, ketrampilan, 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

c. Komponen PCC ⁸



Gambar 2. *Dimensions of PCC*

Dalam pelaksanaannya, PCC 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
- d. Penerapan PCC melalui Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 ¹⁰
- 1) Menghormati nilai – nilai, pilihan dan kebutuhan yang diutarakan pasien.
 - a) Pelayanan berpusat dan bermitra dengan pasien
Pasien dan keluarga dilibatkan dan di-*support* untuk ikut serta dalam perawatan dan pembuatan keputusan. Pasien bukan sebagai obyek saja, tetapi sebagai *center of care* yang dilibatkan dalam perawatan dan *decision making*.
 - b) Perawat bertanggung jawab untuk memberikan proses yang mendukung hak pasien & keluarganya selama dalam pelayanan
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 & tanggung jawab mereka dengan cara dan bahasa yang dapat mereka pahami.
 - c) Pelayanan dilaksanakan dengan penuh perhatian dan menghormati nilai – nilai pribadi & kepercayaan pasien
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

2) Partisipasi keluarga dan teman dalam proses perawatan

a) 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.

b) 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 dirawat.

3) Informasi, Komunikasi, Edukasi

- a) 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

- b) Dilakukan asesmen kebutuhan pendidikan masing – masing pasien dan dicatat di rekam medis

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.

- c) 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.

- d) Perawat berkolaborasi dengan dokter memberitahu pasien & 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 & pengobatan, serta bagaimana mereka dapat berpartisipasi dalam keputusan pelayanan bila diminta oleh pasien dan keluarga.
 - e) Pasien & keluarga diberi tahu tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk kejadian yang tidak diharapkan (KTD).
Perawat memberitahu pasien & keluarganya tentang bagaimana mereka akan dijelaskan tentang hasil pelayanan dan pengobatan, termasuk hasil KTD dan siapa yang akan memberitahukan
 - f) Pasien & 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.
 - g) Perawat memberikan penjelasan kepada pasien & keluarganya mengenai proses untuk menerima dan bertindak terhadap keluhan, konflik dan perbedaan pendapat tentang pelayanan pasien serta hak pasien untuk berpartisipasi dalam proses.
- 4) Asuhan yang berkelanjutan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan transisi yang lancar

- a) 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.

- b) Kebutuhan pelayanan medis dan keperawatan ditetapkan berdasarkan asesmen 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.

- c) 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.

- d) Perawat memperhatikan kebutuhan klinis pasien pada waktu menunggu atau penundaan untuk pelayanan diagnostik & pengobatan

- e) Perawat berespon terhadap permintaan pasien & keluarganya untuk pelayanan rohani atau sejenisnya berkenaan dengan agama dan kepercayaan pasien

- f) 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.

5) Akses terhadap pelayanan

- a) Memberikan informasi tentang akses lokasi rumah sakit terdekat, 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.

6) Integrasi & Koordinasi

- a) Staf medis, keperawatan dan staf lain yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien, bekerja sama dalam menganalisis dan mengintegrasikan asesmen pasien

- b) Ada prosedur untuk mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan yang diberikan kepada setiap pasien
 - c) Mendisain dan melaksanakan proses untuk memberikan pelayanan asuhan pasien yang berkelanjutan di dalam RS dan koordinasi antar para tenaga medis
 - d) Tenaga kesehatan profesional yang memberi pelayanan pasien berkolaborasi dalam memberikan pendidikan
- 7) Kenyamanan fisik – Manajemen Nyeri
- a) Perawat mendukung hak pasien terhadap asesmen dan manajemen nyeri yang tepat

Semua pasien Rawat inap dan Rawat jalan di skrining untuk rasa sakit dan dilakukan asesmen 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.
- 8) 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 asesmen dan asesmen 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

- c. Faktor – faktor yang mempengaruhi PCC ⁶

- 1) Kepemimpinan

Faktor penting dalam PCC, 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 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 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, 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.

Tingkat pertama adalah titik pemberian perawatan, dimana pasien dan keluarga dapat memberikan kontribusi pada proses pengumpulan informasi tentang persepsi perawatan dan membantu dalam menganalisis dan menanggapi strategi pengobatan. Tingkat kedua adalah mikrosistem klinis, dimana pasien dan penasihat keluarga harus berpartisipasi sebagai anggota penuh dari peningkatan kualitas dan tim desain ulang, berpartisipasi dari awal dalam perencanaan, pelaksanaan dan mengevaluasi perubahan. Tingkat ketiga adalah kepemimpinan organisasi, dimana perspektif dan suara pasien dan keluarga sangat penting untuk peningkatan kualitas, perencanaan dan kebijakan program pembangunan. Pasien dan keluarga harus berpartisipasi dalam isu – isu seperti keselamatan pasien, desain fasilitas, peningkatan kualitas, pendidikan pasien dan keluarga, etika dan penelitian.

4) Memperhatikan lingkungan sebagai perawatan

Suatu organisasi yang berorientasi pada PCC 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.

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. Kehadiran pelanggan 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 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. Bentuk desain yang ditawarkan, antara lain :

- a) Ucapan selamat datang pada keluarga pasien dan rekan
- b) Nilai manusia melalui teknologi
- c) Mengajak pasien untuk sepenuhnya berpartisipasi sebagai mitra dalam perawatan mereka

d) Memberikan fleksibilitas untuk perawatan setiap pasien secara personal

e) Mendorong pemberi asuhan untuk bersikap responsif terhadap pasien

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.

d. Hambatan pelaksanaan *Patient Centered Care*¹⁰

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
- e. Penelitian terkait PCC
- 1) Penelitian Conway P, *et all* dengan judul *Patient – Centered Care categorization of U.S. health care expenditures* mengkategorikan PCC menjadi 7 kelompok dalam pelayanan kesehatan antara lain : penyakit kronis, penyakit akut, trauma/*injury*, kesehatan gigi, ibu hamil/melahirkan, *cek up* rutin, dan penyakit lain. Hasil penelitian ini digunakan untuk melengkapi metode lain dan mungkin dapat merepresentasikan lebih baik bagaimana pasien berinteraksi dengan pelayanan kesehatan. ¹⁹ Dengan pembagian kategori tersebut diharapkan pemberian pelayanan lebih optimal.
 - 2) Berdasarkan penelitian *Economic and Social Research Institute* pada Januari 2006, dukungan utama institusi dalam penerapan PCC antara lain : umpan balik dan pengukuran, keterlibatan pasien dan keluarga, pengembangan staf, kepemimpinan, keterlibatan dalam berkolaborasi, sebagai penentu utama, dukungan teknologi dan struktural, terintegrasi dalam institusi. ¹⁰ PCC apabila tidak diterapkan dengan baik akan berdampak pada kurangnya umpan

balik pada pelayanan, keterlibatan pasien dan keluarga dalam pemberian informasi dan pembuatan keputusan, pengembangan staf dan fungsi manajerial dalam *leadership* / kepemimpinan.^{5, 10}

f. Strategi organisasi dalam penerapan PCC¹⁰

Dari deskripsi komponen inti PCC, masing – masing organisasi memiliki strategi sendiri sesuai pemahaman organisasi.¹⁰ Beberapa strategi yang dapat diterapkan antara lain :

- 1) Mempersiapkan lingkungan : mempersiapkan lingkungan fisik dan interaksi secara personal dan familiar, tidak mengintimidasi.

Bentuk pelayanan :

- a) Seluruh tanda disampaikan dengan berbagai bahasa, papan nama staf dengan pesan yang sesuai dengan bahasa pasien; staf mengenakan pakaian tradisional yang merefleksikan keanekaragaman budaya.
 - b) Penyesuaian fasilitas dengan budaya. Misalnya membentuk komite untuk identifikasi lokasi sesuai dengan komunitas.
 - c) Kunjungan rumah secara rutin pada keluarga pengungsi
- 2) Menghargai nilai pasien dan mengekspresikan kebutuhan : menyampaikan informasi perawatan pasien dan prioritas; memberitahu dan melibatkan pasien dan keluarga/pemberi asuhan dalam pengambilan keputusan; perawatan pakaian secara personal; peningkatan rasa menghargai yang bermutu, hubungan pasien dan penyedia layanan yang konsisten.

- 3) Memberdayakan pasien atau “aktivasi” : mendidik dan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan, kebiasaan hidup yang sehat dan mengatur diri.

Bentuk pelayanan : Pusat belajar yang mudah dilihat, mudah diakses dan staf yang ramah dengan menyediakan materi pendidikan dalam berbagai bahasa, misalnya berupa booklet tentang kesehatan.

- 4) Kompetensi sosial – kultural

Memahami dan mempertimbangkan budaya, status ekonomi dan pendidikan, status kesehatan, pola keluarga / situasi, dan tradisi (termasuk pengobatan tradisional/alternatif), berkomunikasi dalam bahasa dan level pemahaman pasien.

- 5) Koordinasi dan integrasi dalam perawatan

Penilaian memerlukan pelayanan formal dan informal yang mungkin memiliki dampak pada kesehatan atau treatment, menyediakan perawatan berbasis tim, arahan atau manajemen perawatan, advokat untuk pasien dan keluarga serta memastikan transisi yang halus antara penyedia layanan dan fase perawatan yang berbeda.

- 6) Kenyamanan dan dukungan

Menekankan kenyamanan fisik, privasi, dukungan emosional, keterlibatan keluarga dan teman.

7) Akses dan kemampuan mengendalikan

Menyediakan apa yang mungkin dibutuhkan pasien saat pengobatan di rumah, waktu tunggu yang minimum, menyediakan pelayanan yang mudah, meningkatkan akses dan arus pasien, membantu pasien mencapai kemampuan untuk mengendalikan sistem kesehatan yang lebih baik.

2. Konsep Persepsi

a. Pengertian

Persepsi merupakan keseluruhan proses mulai dari stimulus yang diterima panca indera, kemudian stimulus diantar ke otak dimana ia didekode serta diartikan dan selanjutnya mengakibatkan pengalaman yang disadari. Ada yang mengatakan bahwa persepsi merupakan stimulus yang ditangkap oleh panca indera individu, lalu diorganisasikan dan kemudian diinterpretasikan, sehingga individu menyadari dan mengerti apa yang di indera itu.¹³

Pengertian lain dari persepsi adalah proses mental yang terjadi pada diri manusia yang akan menunjukkan bagaimana kita melihat, mendengar, merasakan, memberi serta meraba di sekitar kita.¹⁴

Dalam sumber lain menyebutkan bahwa persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh proses penginderaan, yaitu merupakan proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera.¹⁵

Persepsi seseorang terhadap suatu objek dapat berbeda dengan orang lain. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor. Cara kita

mempersiapkan situasi sekarang tidak bisa terlepas dari adanya pengalaman sensoris terdahulu. Kalau pengalaman terdahulu itu sering muncul, maka reaksi kita selalu menjadi kebiasaan. ⁷

b. Bentuk – bentuk persepsi ¹⁴

1) Persepsi bentuk : yang dipersepsi bentuk objek.

2) Persepsi kedalaman

3) Persepsi gerak

Persepsi gerak ini terdiri dari gerak nyata dan gerak maya

4) Persepsi terhadap diri sendiri (Introspeksi) dan persepsi terhadap orang lain (Ekstrospeksi)

5) Persepsi dengan berbagai jenis yang berhubungan dengan sensoris dan motoris.

6) Persepsi yang dilihat dari konstansinya.

c. Faktor – faktor yang mempengaruhi persepsi

Faktor – faktor yang mempengaruhi persepsi meliputi : ¹⁵

1) Objek yang dipersepsi

Objek menimbulkan stimulus yang mengenai alat indera atau reseptor. Stimulus dapat datang dari luar individu yang dipersepsi, tetapi juga dapat datang dari dalam diri individu yang bersangkutan yang langsung mengenai syaraf penerima yang bekerja sebagai reseptor. Namun sebagian besar stimulus datang dari luar individu.

2) Alat indera, syaraf dan pusat susunan syaraf

Alat indera atau reseptor merupakan alat untuk menerima stimulus, disamping itu juga harus ada syaraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat susunan syaraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran sebagai alat untuk mengadakan respons diperlakukan syaraf motoris.

3) Perhatian

Perhatian merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam rangka mengadakan persepsi. Perhatian merupakan pemusatan atau konsentrasi dari seluruh aktivitas individu yang ditujukan kepada sesuatu atau sekumpulan objek.

Faktor – faktor tersebut menjadikan persepsi individu berbeda satu sama lain dan akan berpengaruh pada individu dalam mempersepsi suatu objek, stimulus, meskipun objek tersebut benar – benar sama. Persepsi seseorang atau kelompok dapat jauh berbeda dengan persepsi orang atau kelompok lain sekalipun situasinya sama. Perbedaan persepsi dapat ditelusuri pada adanya perbedaan – perbedaan individu, perbedaan dalam kepribadian, perbedaan dalam sikap atau perbedaan dalam motivasi. Pada dasarnya proses terbentuknya persepsi ini terjadi dalam diri seseorang, namun persepsi juga dipengaruhi oleh pengalaman, proses belajar, dan pengetahuannya.¹⁵

Faktor – faktor lain yang mempengaruhi persepsi adalah :¹⁴

- 1) Intrinsik dan Extrinsik seseorang (Cara hidup / cara berfikir, kesiapan mental, kebutuhan dan wawasan)
- 2) Faktor Ideologi politik ekonomi sosial budaya pertahanan dan keamanan
- 3) Faktor usia
- 4) Faktor kematangan
- 5) Faktor lingkungan sekitar
- 6) Faktor pembawaan dan sebagainya
- 7) Faktor fisik dan kesehatan
- 8) Faktor proses mental

Sedangkan menurut Krech dan Crutch Field sebagaimana dikutip oleh Jalaluddin Rakhmad empat faktor yang mempengaruhi persepsi yaitu :

- 1) Kebutuhan : Merupakan salah satu dorongan kejiwaan yang mendorong manusia untuk melakukan suatu tindakan, misalnya rangsangan, keinginan, tuntutan dan cita – cita
- 2) Kesiapan mental : Kesanggupan penyesuaian atau penyesuaian sosial atau keduanya sekaligus untuk menciptakan hubungan – hubungan sosial yang berhasil
- 3) Suasana emosional : Kondisi perasaan yang berkesinambungan, dicirikan dengan selalu timbulnya perasaan – perasaan yang senang atau tidak senang latar belakang atau tata nilai yang dianut oleh seseorang.

4) Latar belakang budaya merupakan disiplin tersendiri dalam psikologi antar budaya.⁷

d. Proses terjadinya persepsi

Proses terjadinya persepsi dapat dijelaskan sebagai berikut :

Obyek menimbulkan stimulus, dan stimulus mengenai alat indera atau reseptor. Perlu dikemukakan bahwa antara obyek dan stimulus itu berbeda, tetapi ada kalanya bahwa obyek dan stimulus itu menjadi satu, misalnya dalam hal tekanan. Benda sebagai obyek langsung mengenai kulit, sehingga akan terasa tekanan tersebut.¹⁵

Proses stimulus mengenai alat indera merupakan proses kealaman atau proses fisik. Stimulus yang diterima oleh alat indera diteruskan oleh syaraf sensoris ke otak. Proses ini disebut sebagai proses fisiologis. Kemudian terjadilah proses di otak sebagai pusat kesadaran sehingga individu menyadari apa yang dilihat, atau apa yang didengar atau apa yang diraba. Proses yang terjadi dalam otak atau dalam pusat kesadaran inilah yang disebut sebagai proses psikologis.¹⁵

Persepsi pelanggan terhadap produk atau jasa berpengaruh terhadap tingkat kepentingan pelanggan, kepuasan pelanggan dan nilai. Faktor – faktor yang berpengaruh terhadap persepsi pelanggan atas suatu jasa adalah :³¹

1) Harga

Harga yang rendah menimbulkan persepsi produk tidak berkualitas. Harga yang terlalu rendah menimbulkan persepsi

pembeli tidak percaya kepada penjual. Sebaliknya harga yang tinggi menimbulkan persepsi produk tersebut berkualitas.

2) Citra

Citra yang buruk menimbulkan persepsi produk tidak berkualitas, sehingga pelanggan mudah marah untuk kesalahan kecil sekalipun. Citra yang baik menimbulkan persepsi produk berkualitas, sehingga pelanggan memaafkan suatu kesalahan meskipun tidak untuk kesalahan selanjutnya.

3) Tahap Pelayanan

Kepuasan pelanggan ditentukan oleh berbagai jenis pelayanan yang didapatkan oleh pelanggan selama ia menggunakan beberapa tahapan pelayanan tersebut. Ketidakpuasan yang diperoleh pada tahap awal pelayanan menimbulkan persepsi berupa kualitas pelayanan yang buruk untuk tahap pelayanan selanjutnya, sehingga pelanggan merasa tidak puas dengan pelayanan secara keseluruhan.

4) Momen Pelayanan (Situasi Pelayanan)

Situasi pelayanan dikaitkan dengan kondisi internal pelanggan sehingga mempengaruhi kinerja pelayanan. Kinerja pelayanan ditentukan oleh : pemberi pelayanan, proses pelayanan, dan lingkungan fisik dimana pelayanan diberikan.

3. Konsep Pelatihan

Pelatihan adalah suatu pendidikan jangka pendek untuk mengajarkan ilmu pengetahuan, keahlian dan keterampilan yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugas dan kewajibannya, sehingga pegawai memberikan kontribusi terhadap instansi maupun perusahaan. Maka kemampuan dan keterampilan yang telah didapatnya diaplikasikan dalam pekerjaannya serta terus menerus meningkatkan kualitas kerjanya.³²

Andrew F. Sikula (dalam Sedarmayanti, 2007) mendefinisikan pelatihan sebagai berikut: *“Training is a short term educational process utilizing systematic and organized procedure by which non managerial personel learn technical knowledge ang skill for a definite purpose”*. (Latihan adalah suatu proses pendidikan jangka pendek dengan menggunakan prosedur yang sistematis dan terorganisir, dimana personil non manajerial mempelajari kemampuan dan pengetahuan teknis untuk tujuan tertentu).³³

Menurut Instruksi Presiden No. 15 tahun 1974 (dalam Sedarmayanti 2007), pelatihan adalah bagian dari pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan diluar sistem pendidikan yang berlaku, dalam waktu yang relatif singkat dan dengan metode yang lebih mengutamakan praktek dari pada teori.³³

Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pelatihan : ³²

1) Materi yang Dibutuhkan

Materi disusun dari estimasi kebutuhan tujuan latihan, kebutuhan dalam bentuk pengajaran keahlian khusus, menyajikan pengetahuan yang dibutuhkan.

2) Metode yang Digunakan

Metode yang dipilih hendak disesuaikan dengan jenis pelatihan yang akan dilaksanakan.

3) Kemampuan Instruktur Pelatihan

Mencari sumber – sumber informasi yang lain yang mungkin berguna dalam mengidentifikasi kebutuhan pelatihan.

4) Sarana atau prinsip – prinsip pembelajaran

Pedoman dimana proses belajar akan berjalan lebih efektif.

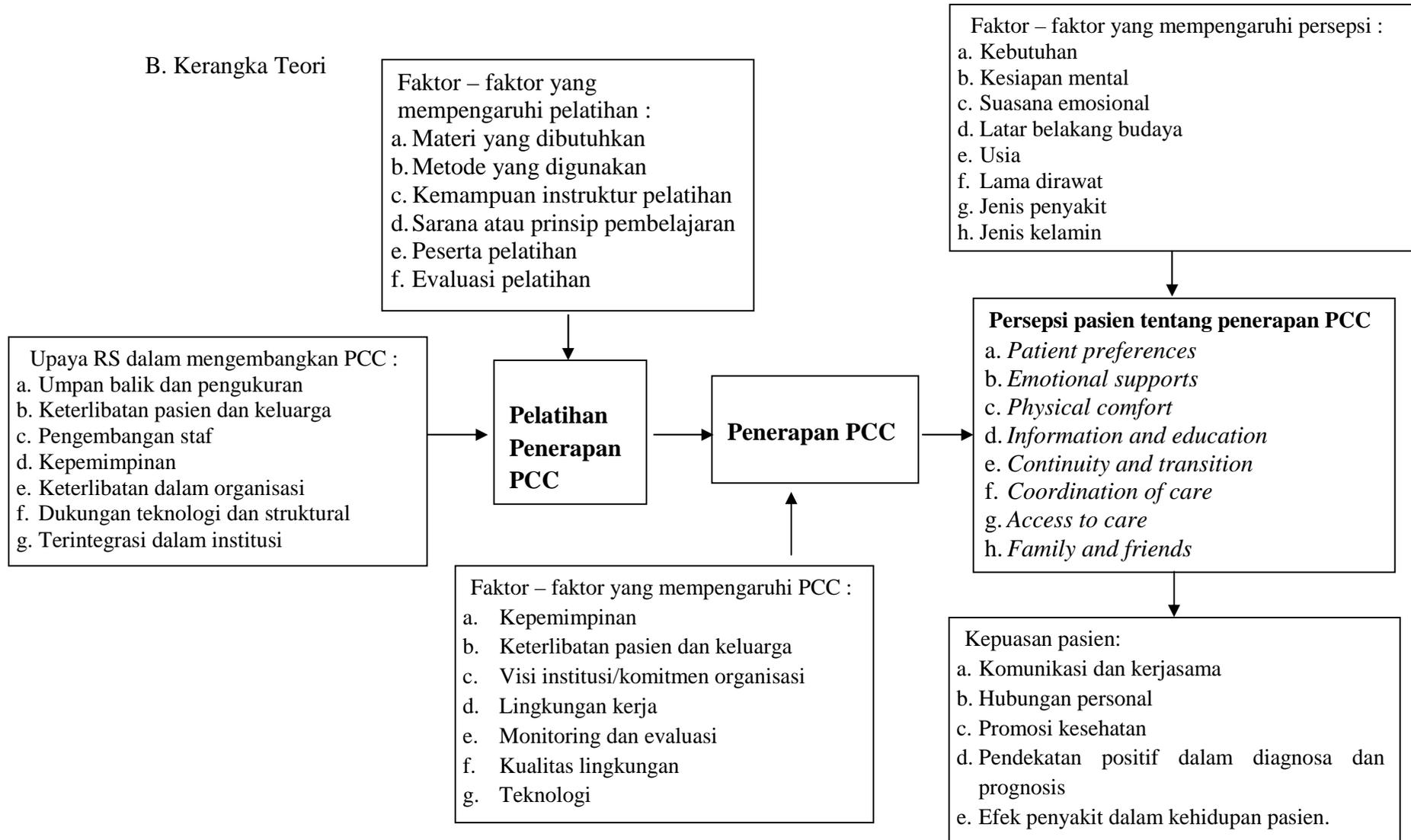
5) Peserta Pelatihan

Sangat penting untuk memperhitungkan tipe peserta dan jenis peserta yang akan dilatih.

6) Evaluasi Pelatihan

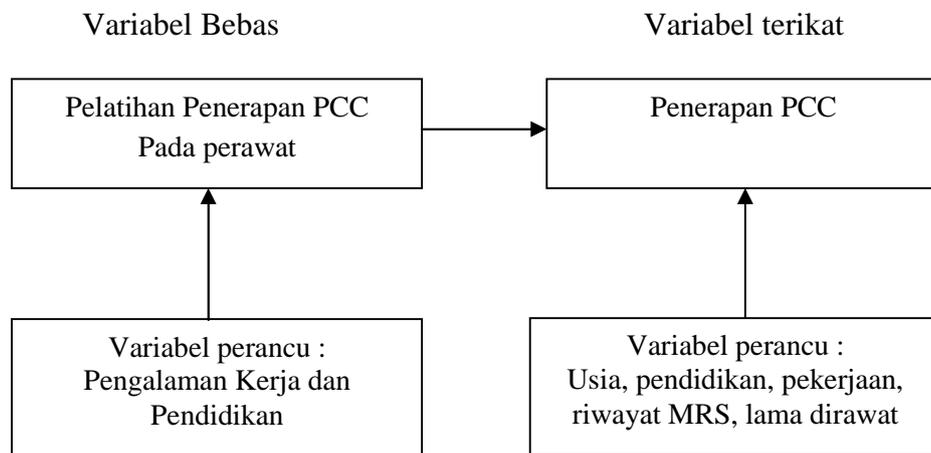
Setelah mengadakan pelatihan hendaknya di evaluasi hasil yang didapat dalam pelatihan, dengan memperhitungkan tingkat reaksi, tingkat belajar, tingkat tingkah laku kerja, tingkat organisasi dan nilai akhir.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori
Picker Institute, Rivai, Shaleh & Wahab

C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis

Ada perbedaan penerapan PCC sebelum dan sesudah pelatihan pada kelompok intervensi dan kontrol.

BAB III

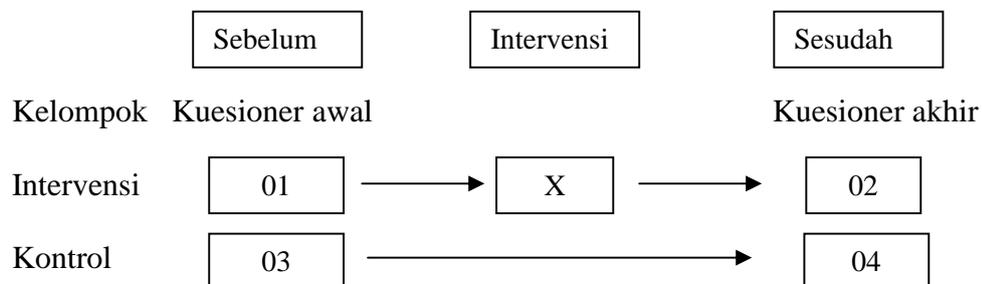
METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah *Quasy Experiment* terdiri dari dua kelompok dengan satu kelompok sebagai kelompok intervensi dan kelompok lain sebagai kontrol atau pembanding tanpa dilakukan randomisasi.³² Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan penerapan PCC oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi dan kontrol. Sebelum diberikan intervensi, terlebih dahulu dilakukan pengukuran awal (kuesioner awal) pada pasien di kelompok intervensi dan kontrol untuk mengetahui kemampuan awal dari perawat pelaksana dalam menerapkan PCC. Intervensi yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah pelatihan PCC pada perawat pelaksana, kemudian dilakukan pengukuran dengan kuesioner tentang penerapan PCC yang dirasakan oleh pasien pada kelompok intervensi dan kontrol.

Rancangan penelitian ini dapat dilihat pada Bagan 3.1 sebagai berikut

:



Bagan 3.1 Rancangan Penelitian

Keterangan :

- X : Intervensi pelatihan penerapan PCC pada perawat pelaksana .
- 01 : Persepsi pasien tentang penerapan PCC oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan intervensi pelatihan.
- 02 : Persepsi pasien tentang penerapan PCC oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi sesudah mendapatkan intervensi pelatihan.
- 03 : Persepsi pasien tentang penerapan PCC oleh perawat pelaksana pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan intervensi pelatihan.
- 04 : Persepsi pasien tentang penerapan PCC oleh perawat pelaksana pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan intervensi pelatihan setelah kelompok intervensi mendapatkan intervensi pelatihan.

01 – 03 : Persepsi pasien tentang penerapan PCC oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan pelatihan.

02 – 04 : Perbedaan persepsi pasien tentang penerapan PCC oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah kelompok intervensi mendapatkan pelatihan.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi yang menjadi responden dan memberikan penilaian pada PCC yang diterapkan oleh perawat untuk kelompok intervensi adalah seluruh pasien rawat inap RSUD dr Harjono Ponorogo, sedangkan pada kelompok kontrol adalah seluruh pasien rawat inap RSUD dr. Iskak Tulungagung. Populasi yang mendapatkan intervensi berupa pelatihan penerapan PCC adalah seluruh perawat di ruang rawat inap RSUD dr Harjono Ponorogo, sedangkan perawat pada kelompok kontrol tidak diberikan intervensi.

2. Sampel

Pemilihan sampel untuk perawat rawat inap RSUD dr. Harjono Ponorogo yang akan mendapatkan pelatihan dengan menggunakan *Total sampling*, yaitu tehnik pengambilan sampel dengan melibatkan seluruh populasi.³¹ Sampel sebagai responden penelitian ini untuk kelompok intervensi yaitu pasien di ruang rawat inap RSUD dr. Harjono Ponorogo, sedangkan kelompok kontrol adalah pasien rawat inap RSUD Iskak

Tulungagung yang masing – masing memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Proporsi jumlah pasien diambil dengan menggunakan *Purposive Sampling*, yaitu suatu teknik yang menunjuk pada ukuran besarnya bagian sampel dan peneliti menetapkan sampel yang dilakukan dengan pertimbangan tertentu sesuai ciri – ciri yang dikehendaki.³¹

Kriteria inklusi :

- a. Pasien rawat inap yang bersedia menjadi responden
- b. Pasien yang dirawat minimal 3 hari
- c. Pasien dewasa atau pasien anak yang didampingi orangtua (keluarganya)

Kriteria eksklusi :

- a. Pasien yang mengalami gangguan jiwa
- b. Pasien yang tidak kooperatif

C. Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus sampel dengan diketahui jumlah populasi.³¹

$$n = \frac{N}{N.d^2 + 1}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = tingkat kesalahan yang bisa diterima (0,05)

Dengan menggunakan rumus tersebut, pada kelompok intervensi didapatkan populasi 290 tempat tidur dengan BOR 81 % didapatkan hasil 55 pasien, sedangkan kelompok kontrol didapatkan populasi 171 tempat tidur dengan BOR 68 % didapatkan hasil 58 pasien.

Jumlah populasi dan sampel pasien tiap ruangan sesuai dengan BOR rumah sakit dapat dilihat pada tabel 3.1 dan tabel 3.2 berikut :

Tabel 3.1
Jumlah pasien RSUD dr. Iskak Tulungagung

No	Nama Ruangan	Jumlah tempat tidur	BOR 81 %	Sampel	Sampel
1.	Cempaka	41	35	14	7
2.	Bogenvil	30	24	11	6
3.	Sedap Malam	30	24	11	6
4.	Flamboyan	32	25	12	6
5.	Mawar	25	20	10	5
6.	Melati	31	24	11	6
7.	Dahlia	30	24	11	6
8.	Wijaya Kusuma	40	34	13	7
9.	Anggrek	31	24	11	6
	Jumlah	290	236	104	55

Tabel 3.2
Jumlah pasien di RSUD Harjono Ponorogo

No	Nama Ruangan	Jumlah tempat tidur	BOR 68 %	Sampel
1.	Aster	30	20	10
2.	Tulip	26	17	9
3.	Mawar	30	20	10
4.	Flamboyan	30	20	10
5.	Dahlia	25	17	9
6.	Delima	30	20	10
	Jumlah	171	114	58

Jumlah populasi dan sampel perawat tiap ruangan dapat dilihat pada tabel 3.3 dan tabel 3.4 berikut :

Tabel 3.3
Jumlah perawat RSUD dr. Iskak Tulungagung

No	Nama Ruangan	Jumlah perawat
1.	Cempaka	22
2.	Bogenvil	16
3.	Sedap Malam	16
4.	Flamboyan	16
5.	Mawar	17
6.	Melati	16
7.	Dahlia	16
8.	Wijaya Kusuma	20
9.	Anggrek	16
	Jumlah	155

Tabel 3.4
Jumlah perawat di RSUD Harjono Ponorogo

No	Nama Ruangan	Jumlah perawat
1.	Aster	12
2.	Tulip	12
3.	Mawar	12
4.	Flamboyan	12
5.	Dahlia	12
6.	Delima	12
	Jumlah	72

D. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan mulai bulan Oktober – November 2015 di RSUD dr. Harjono Ponorogo sebagai kelompok intervensi dan RSUD dr. Iskak Tulungagung sebagai kelompok kontrol. Kedua rumah sakit tersebut memiliki persamaan karakteristik dan ciri, yaitu merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah, mempunyai akreditasi Tipe B Non Pendidikan, dan keduanya sedang mengembangkan program PCC. RSUD dr Harjono Ponorogo dipilih sebagai kelompok intervensi karena akan mendapatkan kunjungan dari KARS untuk melakukan survey akreditasi RS Versi 2012, sedangkan RSUD dr Iskak Tulungagung lolos Akreditasi Paripurna pada bulan April 2015.

E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Variabel penelitian ini meliputi : Variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas adalah pelatihan penerapan PCC pada perawat, sedangkan variabel terikat adalah persepsi pasien tentang penerapan PCC.

. Uraian variabel penelitian, definisi operasional dan skala pengukuran dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.5 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Variabel Independen : Pelatihan PCC pada perawat pelaksana	Pelatihan tentang penerapan PCC yang terdiri dari 8 dimensi/komponen PCC, yaitu: a. <i>Patient preferences</i> b. <i>Emotional supports</i> c. <i>Physical comfort</i> d. <i>Information and education</i> e. <i>Continuity and transition</i> f. <i>Coordination of care</i> g. <i>Access to care</i> h. <i>Family and friends</i>	Modul Pelatihan PCC	RSUD dr. Harjono Ponorogo sebagai kelompok intervensi. RSUD dr. Iskak Tulungagung sebagai kelompok kontrol.	Dilakukan pelatihan : 1 Tidak dilakukan pelatihan : 0
2.	Variabel dependen : Persepsi pasien tentang penerapan PCC	Persepsi pasien tentang penerapan PCC yang meliputi dimensi/komponen PCC, yaitu: a. <i>Patient preferences</i> b. <i>Emotional supports</i> c. <i>Physical comfort</i> d. <i>Information and education</i> e. <i>Continuity and transition</i> f. <i>Coordination of care</i> g. <i>Access to care</i> h. <i>Family and friends</i>	Instrumen B yaitu kuesioner dengan jumlah 27 item dengan pilihan : Ya : apabila dilakukan dengan skor 1 Tidak : apabila tidak dilakukan dengan skor 0	Jumlah skor dari penerapan PCC dengan menggunakan nilai maksimal 27 dan minimal 0	Persepsi pasien : Interval

F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian

Alat penelitian adalah instrumen yang digunakan dalam proses penelitian. Instrumen adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan lebih mudah.⁴¹ Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan kuesioner, lembar observasi dan menggunakan modul pelatihan supervisi yang dijelaskan sebagai berikut:

a. Instrumen A

Instrumen A berupa kuesioner data demografi yang meliputi : usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, masuk rumah sakit (MRS) ke berapa dan lama dirawat.

b. Instrumen B

Instrumen B berupa kuesioner yang digunakan untuk mengidentifikasi penerapan PCC oleh perawat. Kuesioner berupa pernyataan yang disusun berdasarkan 8 komponen PCC dalam *Picker Institute* dengan alternatif jawaban “ya” bila tindakan dilakukan dengan skor 1 dan jawaban “tidak” bila tindakan tidak dilakukan dengan skor 0. Kuesioner diisi oleh pasien pada kelompok intervensi dan kontrol.

c. Modul pelatihan

Modul pelatihan PCC yang diadopsi dari *Picker Institute* yang disesuaikan dengan pedoman dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan dimodifikasi oleh peneliti.

2. Alat pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian.⁴¹ Pengumpulan data dalam penelitian ini melalui beberapa tahap, antara lain :

a. Persiapan penelitian

1) Prosedur administratif

Peneliti mengajukan kaji etik penelitian pada Komite Etik Universitas Diponegoro dan telah di terbitkan pada tanggal 26 Agustus 2015.

2) Peneliti mengajukan surat ijin penelitian yang dikeluarkan oleh Universitas Diponegoro yang ditujukan kepada RSUD dr. Harjono Ponorogo sebagai tempat penelitian untuk kelompok intervensi dan RSUD dr. Iskak Tulungagung sebagai kelompok kontrol yang diterbitkan tanggal 27 Agustus 2015.

3) Mendapatkan balasan dari RSUD dr. Harjono Ponorogo pada tanggal 30 September 2015 dan RSUD dr. Iskak Tulungagung pada tanggal 03 September 2015.

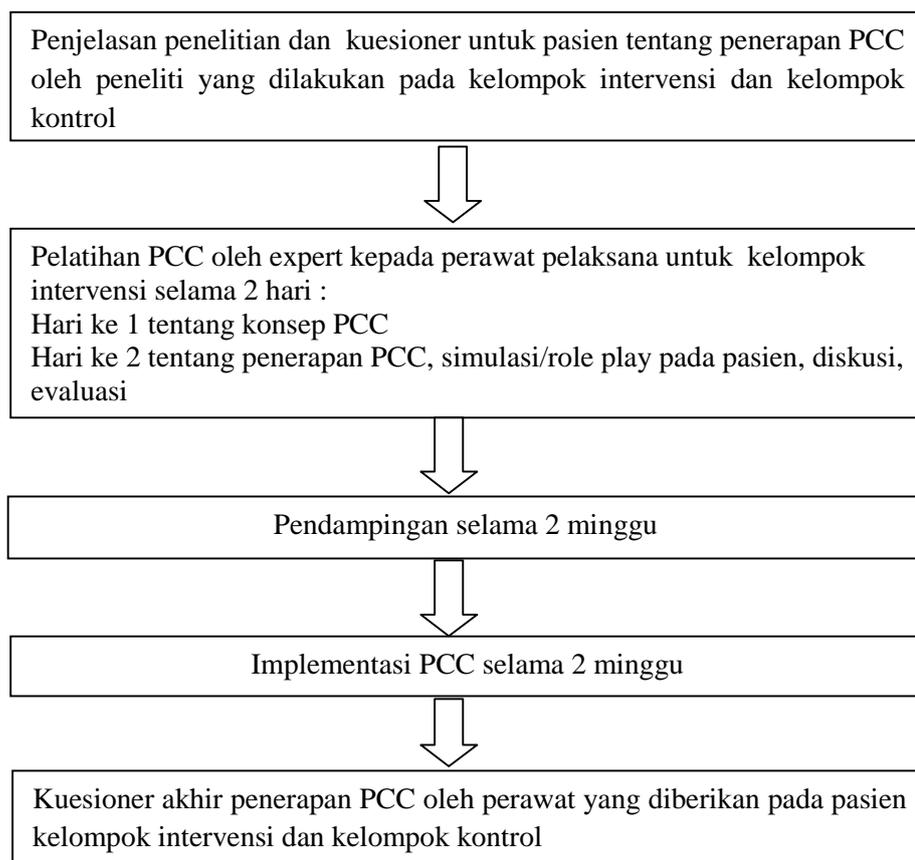
4) Prosedur teknis

- a) Setelah surat ijin penelitian diterbitkan oleh masing – masing tempat penelitian, peneliti berkoordinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan dan seluruh ruangan yang digunakan sebagai tempat penelitian.
- b) Peneliti menjelaskan kepada kepala ruang mengenai penelitian yang akan dilakukan, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan menjelaskan bahwa penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan dampak buruk.
- c) Peneliti meminta persetujuan pada perawat untuk diberikan intervensi berupa pelatihan yang dilaksanakan di Ruang Pertemuan Diklat RSUD Dr. Harjono Ponorogo
- d) Menentukan calon responden (pasien) sesuai kriteria dan memberikan penjelasan tentang prosedur penelitian kepada responden.
- e) Setelah responden jelas mengenai informasi penelitian dan bersedia untuk menjadi subyek penelitian, responden diminta menandatangani lembar persetujuan dalam *informed consent* pengisian kuesioner dan mengisi instrumen A yang berisi tentang data demografi.
- f) Persiapan perawat sebagai peserta pelatihan dari untuk mengikuti pelatihan PCC.
- g) Persiapan fasilitator pelatihan PCC. Fasilitator pelatihan yaitu : TIM Penanggungjawab Kelompok Kerja (Pokja) dari

RSUD dr. Iskak Tulungagung yang terdiri dari 4 orang, yaitu dr. Zuhrotul Aini,Sp.A; dr. Marta Dwi Rifk,Sp.KK; dr. Hanifah,Sp.An; dan dr. Reny. Pelatihan dilakukan pada tanggal 24 – 25 Oktober 2015 di Ruang pertemuan Diklat RSUD dr. Harjono Ponorogo.

b. Pelaksanaan penelitian

Pelaksanaan penelitian yang dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan melalui tahapan pelaksanaan kegiatan penelitian yang dapat dilihat pada bagan berikut :



Bagan 3.2 Tahapan pelaksanaan penelitian

1) Tahap pengumpulan data kuesioner awal

Tahap pengumpulan data kuesioner awal dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Data tersebut digunakan untuk mengidentifikasi persepsi pasien tentang penerapan PCC oleh perawat sebelum diberikan intervensi pada kelompok intervensi. Pengambilan data dengan kuesioner awal dilakukan dengan menggunakan lembar kuesioner persepsi pasien tentang penerapan PCC oleh perawat yang dilakukan oleh peneliti yang dilakukan tanggal 7 – 11 September 2015 pada pasien rawat inap di RSUD dr. Iskak Tulungagung sebanyak 55 pasien. Kuesioner pada kelompok intervensi diberikan pada tanggal 1 – 5 Oktober 2015 pada pasien rawat inap sebanyak 58 pasien.

2) Intervensi

Intervensi yang diberikan berupa pelatihan PCC pada seluruh perawat rawat inap kelompok intervensi yang dilaksanakan selama 2 hari. Selama kelompok intervensi diberikan pelatihan PCC, kelompok kontrol tidak dilakukan tindakan apapun. Pelatihan PCC diberikan oleh TIM penanggungjawab Pokja sesuai dengan modul yang telah dipersiapkan yang dilakukan pada tanggal 24 – 25 Oktober 2015 dengan peserta sebanyak 50 orang perawat di rawat inap RSUD dr. Harjono Ponorogo.

3) Tahap pengumpulan data kuesioner akhir

Kuesioner akhir yang diberikan kepada pasien rawat inap yang dilakukan untuk mengevaluasi penerapan PCC setelah dilakukan

pelatihan PCC pada kelompok intervensi. Tahapan pengumpulan data kuesioner akhir pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan setelah perawat pelaksana kelompok intervensi mendapatkan pendampingan penerapan PCC selama kurun waktu 2 minggu yaitu tanggal 26 Oktober – 06 November 2015. Evaluasi dilakukan dengan memberikan kuesioner pada pasien rawat inap di RSUD dr. Harjono Ponorogo sebanyak 58 pasien dan pasien di RSUD dr. Iskak Tulungagung sebanyak 55 pasien.

G. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Uji validitas

Kualitas pengumpulan data sangat ditentukan oleh kualitas instrumen yang diperlukan. Kualitas instrumen dapat dipertanggungjawabkan dengan uji validitas dan reliabilitas. Langkah – langkah uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan adalah sebagai berikut :

Validitas instrumen adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau keshahihan suatu instrumen. Uji validitas untuk kuesioner persepsi pasien tentang penerapan PCC menggunakan *Product Moment* dengan rumus sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

r : koefisien korelasi antara x dan y (r_{xy})

N : jumlah subyek

X : skor item

Y : skor total

$\sum X$: jumlah skor items

$\sum Y$: jumlah skor total

$\sum X^2$: jumlah kuadrat skor item

$\sum Y^2$: jumlah kuadrat skor total

Hasil penghitungan tiap item dibandingkan dengan tabel nilai *Product Moment*. Kemudian diinterpretasikan bila $r_{hitung} < r_{tabel}$, artinya pernyataan tidak valid.

Sebelum dilakukan uji validitas, terlebih dahulu dilakukan uji *expert* terkait konten dari kuesioner. Uji validitas menggunakan *content validity*. *Content validity* relevan untuk mengukur afektif (perasaan, emosi, perilaku/kepribadian) dan mengukur pengetahuan. *Content validity* harus didasarkan pada penilaian, dilakukan dengan cara meminta *expert* atau ahli dibidangnya untuk menilai.

Expert yang dipilih dari peneliti berjumlah satu ahli yaitu Ibu Elyana Sri Sulistyowati, S.Kep,Ns,MARS yang menjabat sebagai Kepala Diklat di RSUP dr. Kariadi Semarang. Hasil Uji *expert* tentang lembar kuesioner penerapan PCC, sudah mencakup semua aspek pelayanan berfokus pada pasien tetapi bahasa pada setiap item pertanyaan terlalu teoritis sehingga akan sulit dipahami dan

kurang sesuai dengan tugas perawat di rumah sakit. Bahasa perlu lebih aplikatif sehingga mudah dipahami oleh pasien.

Uji validitas kuesioner dilakukan di RSUD Gambiran Kota Kediri, karena memiliki karakteristik hampir sama dengan RSUD dr Iskak Tulungagung. Kuesioner diberikan ke 50 pasien sebagai responden, kemudian dilakukan uji validitas instrumen dengan menggunakan uji *Product Moment*. Hasil uji validitas didapatkan, dari 30 pernyataan yang valid adalah 27 pernyataan.

2. Tehnik Pengolahan Data

Pengolahan data bertujuan untuk memperoleh hasil yang baik dan memiliki kualitas yang baik untuk hasil yang tepat. Pengolahan data dengan menggunakan program komputer dimulai dari tahap *editing*, *coding*, *data entry* dan *cleaning*.³² Pengolahan data dalam penelitian ini meliputi :

a. *Editing*

Proses *editing* adalah memeriksa kelengkapan data yang telah dikumpulkan berupa daftar jawaban data demografi dan lembar kuesioner. Langkah ini dilakukan untuk mengantisipasi kesalahan dan belum lengkapnya pengisian pada instrumen.

Proses editing dilakukan dengan memilah kuesioner yang diisi dengan melihat kembali semua pernyataan yang sudah terisi, dan tulisannya cukup jelas terbaca.

b. Coding

Coding dilakukan untuk memudahkan dalam memasukkan data dengan mengubah data bentuk kalimat menjadi data angka dan bilangan yang sesuai dengan yang ada pada definisi operasional. *Coding* sangat berguna dalam memasukkan data (*data entry*).

Untuk pernyataan kuesioner penerapan PCC menggunakan kode numerik (angka) dan data karakteristik kuesioner menggunakan kode kategorik, kelompok intervensi menggunakan kode 1 dan kelompok kontrol menggunakan kode 2.

c. Data entry

Data dimasukkan dalam lembar rekap untuk dimasukkan dalam program komputer untuk menganalisis data. Dalam proses ini dituntut ketelitian dari orang yang melakukan *data entry*. Apabila tidak, maka akan terjadi bisa dalam memasukkan data. Data yang dimasukkan antara lain karakteristik responden meliputi usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat masuk rumah sakit dan lama dirawat. Data lain yaitu hasil pengisian kuesioner pre dan post baik pada kelompok intervensi maupun kontrol.

d. Cleaning

Apabila seluruh data selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan kesalahan kode atau ketidaklengkapan, kemudian dilakukan pembedulan atau koreksi apabila terjadi

kesalahan. *Cleaning* dilakukan untuk memastikan data yang dimasukkan tidak terdapat kesalahan.

3. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing – masing variabel yang diteliti sehingga kumpulan data tersebut dapat disederhanakan dan diringkas menjadi informasi yang berguna. Bentuk penyajian data menggunakan tabel distribusi frekuensi dan prosentase untuk data kategorik (usia, status pekerjaan dan tingkat pendidikan) dan data numerik (umur, MRS ke berapa dan lama dirawat) ditampilkan dari hasil penghitungan mean dan tingkat signifikansi.³² Uji normalitas data hasil penelitian menggunakan uji *Kolmogorov Smirnov* bahwa semua data berdistribusi normal (p value $> 0,05$). Interpretasi penerapan PCC dari hasil observasi : Bila hasil distribusi normal, maka menggunakan nilai mean. Bila hasil distribusi tidak normal, maka menggunakan nilai median. Interpretasi didapatkan nilai p value pada kelompok intervensi sebesar 0,683 dan kelompok kontrol sebesar 0,089 yang berarti data berdistribusi normal karena nilai p value $> 0,05$.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menguji perbedaan antara dua kelompok atau lebih. Analisis bivariat untuk data numerik yang ingin membandingkan intervensi dan kontrol menggunakan *t – test independent*. Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan efektifitas penerapan PCC menurut persepsi pasien sebelum dan sesudah perlakuan masing – masing pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan uji *Paired t – test* dengan derajat kemaknaan 5 % ($\alpha = 0,05$) atau tingkat kepercayaan 95 % dimana bermakna apabila $p < 0,05$.

H. Etika Penelitian

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed Consent merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan (*informed consent*). *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Apabila subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan bila tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak subyek penelitian.³¹

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar alat ukur, hanya

menuliskan kode atau nomor responden pada lembar pengumpulan data.

31

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian, baik informasi maupun masalah – masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.³¹

DAFTAR PUSTAKA

1. Forman RN, Harriet. Nursing Leadership for Patient – Centered Care. 2010
2. Drenkard, K, *et all.* American Association of Colleges of Nursing. 2013
3. Frampton, S, *et all.* Patient Centered Care Improvement Guide. Inc. and Picker Institute. 2008
4. American Hospital Association. Strategies for Leadership : Patient – and Family Centered Care. A Hospital Self – Assesment Inventory. 2004
5. Mc. Nichol, E, *et all.* Expanding Nursing and Health Care Practice : Leadership and Management.
6. Shaller, D. Patient Centered Care. The Institute of Medicine. 2007
7. Shaleh & Wahab. Psikologi Suatu Pengantar Dalam Perspektif Islam. Kencana. Jakarta. 2004
8. 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. 2008
9. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC. The National Academies Press. 2001
10. Silow, S, *et all.* Patient Centered Care for Underserved Populations : Definition and Best Practices. 2006
11. Suarli, Bachtiar. Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis. Erlangga : Jakarta. 2010
12. Nursalam. Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 4. Salemba Medika : Jakarta. 2014
13. Maramis, Willy. F. (2006). Ilmu Perilaku Dalam Pelayanan Kesehatan. Surabaya: Universitas Airlangga.
14. Walgito, Bimo. (2004). Teori Perilaku. Jakarta.
15. Widayatun, Tri Rusmi. (1999). Ilmu Prilaku. M.A. 104. Fajar Interpratama.Hubberd, D. Leadership Nursing and Care Management. 2nd edition. Philadelphia : W.B Saunders Company. 2000
16. Wogens, L, *et all.* Leadership and Management : Expanding Nursing and Health Care Practice (A 3 – dimensional approach). United Kingdom : Nelson Thornes Ltd. 2001

17. Marquis, Huston. *Leadership Role and Management Functions in Nursing – Theory and Application*. 7th edition. Lippincott Williams and Wilkins. 2011
18. E. Oroh, et all. *Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Terhadap Pelayanan Keperawatan Di Ruang Interna RSUD Noongan*. 2014
19. *Akreditasi Kars*. 2012
20. *Workshop Penyusunan Clinical Pathway Berdasarkan Patient Centered Care dan asuhan Kolaboratif*. ProQua.2015
21. Bertakis, *et all*. *Patient Centered Care is associated with Decreased Health Care Utilization*. 2011
22. Steward, M, *et all*. *The impact of Patient Centered Care on Outcomes*. PubMed. 2010
23. Hidayat, AA. *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Surabaya : Health Books Publishing. 2010
24. Notoatmodjo. *Metode Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta. 2010
25. The Commonwealth Fund. *International Survey of Older Adults Finds Shortcomins in Acces, Coordination, and Patient Centered Care in US*. 2014
26. Conway P, et all. *Patient – Centered Care categorization of US health care expenditures*. PubMed. 2011
27. *Person – Centered interactions between nurses and Patients during medication activities in acute hospital setting : qualitative observation*. PubMed. 2011
28. Pelzang, Rinchen. *Time to learn : Understanding patient – centred care*. British Journal of Nursing, Vol. 19, No. 14. 2010
29. 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. 2008
30. Arikunto, S. *Prosedur penelitian : Suatu pendekatan Praktik*. Edisi Revisi 6. Rineka Cipta : Jakarta. 2010
31. Rangkuti F, 2002. *Measuring Customer Satisfaction: Teknik mengukur dan Strategi Meningkatkan Kepuasan Pelanggan*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
32. Rivai, Veithzal. 2009. *Manajemen Sumber Daya Manusia Untuk Perusahaan Dari Teori ke Praktik*. Jakarta : Raja Grafindo Persada

33. Sedarmayanti. 2007. Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja. Bandung : Penerbit Mandar Maju
34. Prisinda. 2010. Persepsi Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan Dan Kepuasan Sebagai Strategi Dalam Meningkatkan Peran Rumah Sakit Gigi Dan Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran Bandung. FKM UI.