

## Patient Experience: Innovating the Application of LAFKI Concept in Person-Centred Care at Healthcare Facilities

Friedrich M Rumintjap<sup>1</sup>, Ahyar Wahyudi<sup>2\*</sup>, Listyo Yuwanto<sup>3</sup>, Cashtri Meher<sup>4</sup>,  
Dewi Yuliana<sup>5</sup>

<sup>1,2,4,5</sup>Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia

<sup>3</sup>ILS+ Disaster Response

**Corresponding Author:** Ahyar Wahyudi [orange.kelabu@gmail.com](mailto:orange.kelabu@gmail.com)

---

### ARTICLE INFO

*Keywords:* Person-Centred Care, Cultural Competence, Healthcare Outcomes, Technology Integration

*Received :* 10, February

*Revised :* 15, March

*Accepted:* 14, April

©2024 Rumintjap, Wahyudi, Yuwanto, Meher, Yuliana: This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Atribusi 4.0 Internasional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



### ABSTRACT

This study evaluates the implementation of the Indonesian Healthcare Facility Accreditation Agency (LAFKI)'s Person-Centred Care (PCC) principles in healthcare settings. Focusing on patient experiences, the research addresses the effectiveness of PCC practices in enhancing health outcomes and patient satisfaction. The methodology employed involves a quantitative descriptive design, gathering data through questionnaires distributed via Google Forms to participants selected through purposive sampling from hospitals, clinics, and puskesmas. Findings indicate that while a majority of patients felt treated as unique individuals, a significant gap exists in respecting cultural values and beliefs during the decision-making process. The study highlights the need for healthcare providers to improve cultural sensitivity and patient engagement to bridge the ideological and practical implementation of PCC. The research contributes to the empirical literature by identifying barriers to effective PCC implementation and offering evidence-based recommendations for healthcare facilities to enhance their services. This aligns with LAFKI's goal of not just meeting but exceeding standards in providing holistic, person-centred care.

## Pengalaman Pasien: Inovasi Penerapan Konsep LAFKI dalam Perawatan yang berpusat pada Individu di Fasilitas Kesehatan

Friedrich M Rumintjap<sup>1</sup>, Ahyar Wahyudi<sup>2\*</sup>, Listyo Yuwanto<sup>3</sup>, Cashtri Meher<sup>4</sup>, Dewi Yuliana<sup>5</sup>

<sup>1,2,4,5</sup>Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia

<sup>3</sup>ILS+ Disaster Response

**Corresponding Author:** Ahyar Wahyudi [orange.kelabu@gmail.com](mailto:orange.kelabu@gmail.com)

---

### ARTICLE INFO

*Kata Kunci:* Perawatan Berpusat pada Individu, Kompetensi Budaya, Hasil Kesehatan, Integrasi Teknologi

*Received :* 10, Februari

*Revised :* 15, Maret

*Accepted:* 14, April

©2024 Rumintjap, Wahyudi, Yuwanto, Meher, Yuliana: This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Atribusi 4.0 Internasional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



### ABSTRAK

Artikel ini mengevaluasi implementasi prinsip Perawatan yang Berpusat pada Individu (PCC) oleh Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI) di fasilitas kesehatan. Fokus pada pengalaman pasien, penelitian ini membahas efektivitas praktik PCC dalam meningkatkan hasil kesehatan dan kepuasan pasien. Metodologi yang digunakan melibatkan desain deskriptif kuantitatif, mengumpulkan data melalui kuesioner yang dibagikan via Google Form kepada partisipan yang dipilih melalui sampling purposif dari rumah sakit, klinik, dan puskesmas. Temuan menunjukkan bahwa meskipun mayoritas pasien merasa diperlakukan sebagai individu yang unik, terdapat kesenjangan signifikan dalam menghormati nilai dan kepercayaan budaya selama proses pengambilan keputusan. Studi ini menyoroti kebutuhan bagi penyedia layanan kesehatan untuk meningkatkan sensitivitas budaya dan keterlibatan pasien guna menjembatani kesenjangan antara ideologi dan implementasi praktis PCC. Penelitian ini berkontribusi pada literatur empiris dengan mengidentifikasi hambatan terhadap implementasi PCC yang efektif dan menawarkan rekomendasi berbasis bukti bagi fasilitas kesehatan untuk meningkatkan layanannya. Ini sejalan dengan tujuan LAFKI untuk tidak hanya memenuhi tetapi melebihi standar dalam menyediakan perawatan yang holistik dan berpusat pada individu.

---

## PENDAHULUAN

Perkembangan konsep PCC telah merevolusi paradigma perawatan kesehatan dalam beberapa dekade terakhir, menggeser fokus dari sekedar penanganan medis menjadi pendekatan yang menghargai dan merespons nilai, preferensi, dan kepercayaan pasien dalam setiap keputusan medis. Penelitian menunjukkan bahwa implementasi PCC berpotensi besar dalam meningkatkan kualitas hidup pasien serta efisiensi sistem kesehatan melalui pengurangan tindakan medis yang tidak perlu. Namun, implementasi praktis dari PCC masih menemui berbagai hambatan, terutama dalam hal sensitivitas budaya dan keterlibatan pasien, yang menuntut peningkatan pelatihan bagi tenaga medis dan kesehatan.

Studi yang dilakukan oleh Chenhao Yu et al. pada tahun 2023 yang diterbitkan di *Front Public Health*, menyoroti dampak signifikan PCC terhadap peningkatan kesehatan fisik dan mental pasien, serta menekankan pentingnya mengurangi tindakan medis yang tidak esensial yang dapat membebani biaya kesehatan. Penelitian ini menggarisbawahi kesenjangan antara teori dan praktik dalam PCC, dimana meskipun mayoritas pasien merasa diperlakukan sebagai individu yang unik, hanya sebagian kecil yang merasa nilai dan kepercayaan budayanya dihormati selama proses pengambilan keputusan medis.

Selain itu, faktor demografis seperti gender, etnisitas, dan latar belakang ekonomi juga berperan penting dalam penerapan PCC. Penelitian oleh Bertakis dan Azari menunjukkan bahwa dokter perempuan cenderung lebih sering menerapkan pendekatan PCC, khususnya dalam interaksi dengan pasien perempuan, mencerminkan hubungan gender yang efektif dalam praktik medis. Namun, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengintegrasikan secara efektif keberagaman budaya, sosial, dan pribadi dalam model PCC, sehingga dapat menciptakan perawatan yang tidak hanya medis tetapi juga personal yang mempertimbangkan latar belakang pasien.

Peningkatan interaksi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan merupakan faktor kunci dalam meningkatkan efektivitas PCC. Aspek seperti empati, kemampuan mendengarkan, dan komunikasi efektif adalah esensial dalam mengembangkan lingkungan perawatan yang mendukung dan efektif. Pelatihan dalam kompetensi budaya dan komunikasi pasien-sentris harus menjadi bagian integral dari pendidikan medis dan program pelatihan berkelanjutan untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan dapat menghormati dan merespon keunikan setiap pasien, yang pada gilirannya dapat mengurangi kecemasan dan stres pasien serta meningkatkan pemulihan dan kesehatan keseluruhan.

Di Indonesia, LAFKI telah menggunakan standar yang bertujuan untuk tidak hanya memenuhi tetapi juga melebihi ekspektasi dalam memberikan perawatan yang holistik dan berpusat pada pasien. Penelitian mengenai pengalaman pasien dalam penerapan konsep LAFKI sangat penting untuk mengevaluasi sejauh mana fasilitas kesehatan telah berhasil mengintegrasikan prinsip-prinsip PCC dalam praktik mereka dan untuk mengidentifikasi area kunci yang memerlukan peningkatan.

Kesimpulannya, pentingnya pengalaman pasien dan inovasi dalam perawatan kesehatan mendukung transisi ke model PCC yang lebih efektif, sejalan dengan visi dan misi LAFKI. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat langsung mempengaruhi cara perawatan kesehatan disampaikan di Indonesia, memastikan bahwa setiap aspek perawatan kesehatan di negara ini benar-benar berpusat pada pasien.

Tujuan dari artikel ini adalah: mengukur efektivitas penerapan prinsip-prinsip PCC, mengidentifikasi hambatan dalam penerapan efektif, dan mengembangkan rekomendasi berdasarkan bukti yang dapat membantu fasilitas kesehatan dalam meningkatkan penerapan PCC. Diharapkan melalui penelitian ini dapat dikembangkan wawasan baru yang memungkinkan fasilitas kesehatan di Indonesia untuk melampaui standar akreditasi LAFKI dengan mengintegrasikan inovasi dan praktik terbaik yang benar-benar berpusat pada kebutuhan dan keinginan pasien, berkontribusi pada sistem kesehatan yang lebih responsif di mana setiap pasien diperlakukan sebagai individu yang unik.

## **TINJAUAN PUSTAKA**

### ***Pendekatan Teoritis dalam PCC***

Konsep PCC telah menjadi fondasi penting dalam evolusi perawatan kesehatan, mengakui dan mengutamakan penghormatan terhadap preferensi, nilai, dan kebutuhan pasien sebagai elemen esensial dari praktik medis yang bermutu. Menurut McCormack dan McCance dalam kerangka kerja Praktik Pengasuhan yang Berpusat pada Pasien (2017), PCC tidak hanya memfasilitasi keterlibatan pasien dalam keputusan klinis tetapi juga mengutamakan pemberian informasi yang jelas dan mudah dipahami, sehingga memungkinkan pasien untuk membuat keputusan yang terinformasi mengenai perawatan mereka.

Teori kebermaknaan klinis yang diusulkan oleh Barry & Edgman-Levitan (2012) menyatakan bahwa efektivitas perawatan kesehatan meningkat secara signifikan ketika pasien merasa bahwa pengobatan dan saran medis yang diberikan sesuai dengan nilai dan keinginan individu mereka. Ini menegaskan pentingnya praktik yang tidak hanya secara teknis kompeten tetapi juga sensitif secara emosional dan psikologis, menjamin bahwa kebutuhan dan keinginan pasien diakui dan dihormati dalam setiap aspek perawatan.

Lebih lanjut, dalam menerapkan konsep LAFKI dalam kerangka PCC, kita dapat melihat aplikasi praktis dari teori pengembangan organisasi yang dijelaskan oleh Kotter (1996), yang menekankan pentingnya membangun budaya perusahaan yang adaptif dan responsif terhadap kebutuhan klien. Dalam hal ini, fasilitas kesehatan yang terakreditasi LAFKI berusaha untuk tidak hanya memenuhi standar operasional tetapi juga secara proaktif mengintegrasikan masukan dari pasien untuk meningkatkan mutu layanan.

Pendekatan sistemik yang diajukan oleh Senge (1990) dalam 'The Fifth Discipline' juga relevan di sini, di mana beliau berbicara tentang pentingnya organisasi pembelajaran yang mampu beradaptasi dan berubah berdasarkan umpan balik dan pengalaman pasien. Ini penting untuk implementasi PCC

karena memungkinkan organisasi kesehatan untuk terus meningkatkan dan memodifikasi praktik berdasarkan evaluasi langsung dari efektivitas intervensi dan kepuasan pasien.

Komunikasi efektif, seperti yang dijelaskan oleh Berlo dalam Model Komunikasi SMCR (1960), juga merupakan komponen kritical dalam penerapan PCC. Menurut model ini, efektivitas komunikasi ditentukan oleh sumber, pesan, saluran, dan penerima. Dalam hal kesehatan, hal ini berarti bahwa penyedia layanan kesehatan harus terampil dalam menyampaikan informasi yang tidak hanya akurat secara medis tetapi juga disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien, menggunakan saluran yang paling efektif untuk memastikan pemahaman.

Dalam praktiknya, teori-teori ini mendorong penyedia layanan kesehatan untuk lebih dari sekadar pemberi perawatan medis; mereka harus juga menjadi pendengar yang baik, komunikator yang efektif, dan advokat pasien, memastikan bahwa setiap keputusan medis mendukung dan menghormati nilai-nilai pasien mereka. Pendekatan holistik ini bukan hanya meningkatkan hasil kesehatan tetapi juga kepuasan pasien, yang merupakan indikator penting dari mutu perawatan kesehatan.

Oleh karena itu, penerapan konsep LAFKI dalam hal PCC menunjukkan langkah penting dalam memastikan bahwa perawatan kesehatan di Indonesia tidak hanya mematuhi standar mutu tetapi juga berorientasi pada kebutuhan dan preferensi pasien, sebuah langkah yang sesuai dengan tren global dalam perawatan kesehatan yang efektif dan empatik.

### *Teori Komunikasi dalam PCC*

Komunikasi efektif antara penyedia layanan kesehatan dan pasien merupakan salah satu pilar utama dalam PCC. Model komunikasi yang dikembangkan oleh Street dan Haidet menekankan pentingnya dialog dua arah di mana informasi disampaikan tidak hanya dari dokter ke pasien tetapi juga sebaliknya. Dalam model ini, dokter diharapkan menyampaikan informasi secara jelas dan terbuka, sementara pasien diundang untuk berpartisipasi aktif dalam diskusi mengenai perawatan mereka. Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk menciptakan pemahaman bersama tentang kondisi medis, preferensi pasien, dan opsi perawatan yang tersedia, yang mendukung proses pengambilan keputusan bersama yang efektif.

Konsep ini didasarkan pada prinsip bahwa pasien yang terinformasi dan terlibat dapat membuat keputusan yang lebih baik mengenai perawatan mereka. Menurut Epstein dan Street (2007), komunikasi efektif dalam PCC tidak hanya melibatkan transmisi informasi tetapi juga membangun hubungan, memfasilitasi pertukaran informasi, dan membantu pasien mengambil keputusan berdasarkan pemahaman yang mendalam tentang pilihan mereka serta konsekuensi yang mungkin terjadi. Komunikasi yang baik antara dokter dan pasien memperkuat kepercayaan, yang merupakan elemen kunci dalam hubungan terapeutik yang efektif dan meningkatkan kepuasan pasien terhadap perawatan yang diterima.

Street dan Haidet juga menggambarkan bahwa komunikasi dalam PCC memerlukan keterampilan khusus dari penyedia layanan kesehatan untuk

menyesuaikan informasi medis dengan cara yang bisa dipahami oleh pasien, memungkinkan pasien untuk menyampaikan pandangan mereka dan berpartisipasi aktif dalam proses perawatan. Ini menuntut pendekatan yang lebih personal dan sensitif terhadap kebutuhan individu, yang mendukung model perawatan kesehatan yang lebih kolaboratif dan pasien-sentris.

Selain itu, pengambilan keputusan bersama, sebagai komponen penting dari PCC, ditekankan oleh Elwyn et al. (2012), yang menyatakan bahwa proses ini harus melibatkan dialog yang membuka peluang bagi pasien untuk menyatakan preferensi mereka dan memilih opsi perawatan yang paling sesuai dengan nilai dan kehidupan mereka. Hal ini memastikan bahwa keputusan medis tidak hanya berdasarkan ilmu pengetahuan medis tetapi juga nilai dan keinginan pasien.

Oleh karena itu, untuk mempraktikkan PCC secara efektif, penyedia layanan kesehatan harus memiliki keterampilan komunikasi yang kuat dan kemampuan untuk memfasilitasi diskusi yang konstruktif. Pelatihan dalam komunikasi medis, seperti yang diusulkan oleh Kurtz, Silverman, dan Draper (2005) dalam buku mereka tentang keterampilan komunikasi untuk dokter, harus menjadi bagian integral dari pendidikan medis dan pengembangan profesional berkelanjutan. Ini tidak hanya meningkatkan kemampuan interaksi dokter-pasien tetapi juga memperkuat keefektifan perawatan kesehatan secara keseluruhan dengan memastikan bahwa keputusan perawatan diambil dengan mempertimbangkan sepenuhnya perspektif dan preferensi pasien.

### ***Teori Pengakuan dan Respon Terhadap Keunikan Individu***

Teori Pengakuan dan Respon Terhadap Keunikan Individu memainkan peran krusial dalam pendekatan PCC. Konsep ini mendukung bahwa pengobatan harus disesuaikan secara individu, mencerminkan preferensi pribadi, nilai-nilai budaya, dan hal sosial dari setiap pasien. McCormack dan McCance, dalam karya mereka mengenai *Caring and Person-centredness*, menekankan bahwa pengakuan atas keunikan setiap individu adalah fundamental untuk membina hubungan empatik dan mendukung antara penyedia layanan kesehatan dan pasien. Hal ini, mereka berargumen, adalah kunci untuk meningkatkan hasil kesehatan dan meningkatkan kepuasan pasien.

Menurut McCormack dan McCance, kunci dari PCC adalah interaksi yang mendalam antara pasien dan penyedia layanan kesehatan yang didasarkan pada saling pengertian dan penghargaan terhadap nilai dan kebutuhan individu. Mereka menyatakan bahwa perawatan yang efektif tidak hanya melibatkan penerapan pengetahuan medis yang tepat tetapi juga sensitivitas terhadap pengalaman subjektif pasien. Dengan mengakui dan menanggapi keunikan setiap pasien, penyedia layanan kesehatan dapat merancang dan melaksanakan intervensi yang lebih personal dan relevan yang memperkuat kesejahteraan pasien secara keseluruhan.

Leininger's Theory of Cultural Care Diversity and Universality juga menyediakan kerangka kerja yang berharga untuk memahami pentingnya mengintegrasikan keunikan individu dalam perawatan kesehatan. Teori ini menyatakan bahwa praktik keperawatan harus sensitif terhadap latar belakang

budaya dan keyakinan pasien untuk memberikan perawatan yang benar-benar efektif dan menyeluruh. Melalui aplikasi teori ini dalam PCC, penyedia layanan kesehatan dapat mengembangkan strategi perawatan yang lebih inklusif yang menghargai dan mengintegrasikan kepercayaan dan praktik budaya pasien dalam rencana perawatan.

Rogers' Theory of Human Becoming, yang menekankan pada persepsi individu dan pengalaman sebagai aspek kritis dalam perawatan kesehatan, juga mendukung gagasan ini. Teori ini memandang kesehatan sebagai proses yang berkelanjutan dari menjadi dan menekankan pentingnya memahami perspektif pasien untuk meningkatkan mutu perawatan. Melalui pendekatan ini, PCC mencari untuk mendukung pasien dalam perjalanan mereka menuju kesehatan dengan menghormati keunikan pengalaman dan nilai mereka.

Implementasi praktik ini menuntut bahwa penyedia layanan kesehatan harus memiliki keterampilan komunikasi yang efektif, kesadaran budaya yang mendalam, dan komitmen untuk praktik reflektif. Hal ini tidak hanya meningkatkan keefektifan intervensi klinis tetapi juga memperdalam hubungan antara pasien dan penyedia layanan, yang merupakan dasar dari perawatan kesehatan yang efektif dan empatik.

Oleh karena itu, Teori Pengakuan dan Respon Terhadap Keunikan Individu dalam PCC menawarkan pendekatan yang berpusat pada pasien yang tidak hanya merespon kebutuhan klinis tetapi juga menghargai dan mengintegrasikan kebutuhan psikologis, budaya, dan sosial pasien, yang secara keseluruhan berkontribusi pada hasil kesehatan yang lebih baik dan kepuasan pasien yang lebih tinggi.

### ***Teori Kesetaraan dan Akses dalam Perawatan Kesehatan***

Teori Kesetaraan dan Akses dalam Perawatan Kesehatan, seperti yang dijelaskan oleh Panchansky dan Thomas, memberikan kerangka penting untuk memahami bagaimana layanan kesehatan dapat diatur untuk memenuhi kebutuhan dan preferensi pasien secara lebih efektif. Menurut mereka, kesetaraan dalam perawatan kesehatan terutama terkait dengan 'kesesuaian' antara layanan yang ditawarkan dan kebutuhan serta preferensi pasien. Lima dimensi yang mereka identifikasi dalam model akses ini – aksesibilitas, ketersediaan, penerimaan, harga, dan kesesuaian – merupakan faktor kritis yang menentukan seberapa baik layanan kesehatan memenuhi kebutuhan pasien.

Dalam hal ini, penerapan LAFKI, dengan fokusnya pada peningkatan mutu dan kepatuhan terhadap standar Perawatan yang Berpusat pada Individu, dapat secara signifikan meningkatkan kesesuaian dan aksesibilitas layanan kesehatan. Melalui penegakan standar yang ketat dan penilaian mutu yang berkelanjutan, LAFKI mendorong fasilitas kesehatan untuk tidak hanya memenuhi kebutuhan medis tetapi juga untuk menyesuaikan layanan mereka dengan preferensi dan kebutuhan pasien.

Panchansky dan Thomas menekankan bahwa kesesuaian layanan meningkat ketika penyedia layanan kesehatan secara aktif menanggapi kebutuhan individual pasien, mengintegrasikan aspek-aspek budaya, sosial, dan ekonomi dalam perencanaan dan penyampaian perawatan kesehatan.

Misalnya, aksesibilitas yang mencakup kemudahan fisik dan geografis untuk mencapai fasilitas kesehatan, bersama dengan ketersediaan yang memastikan bahwa layanan yang dibutuhkan tersedia pada waktu yang tepat, adalah komponen yang sangat penting untuk perawatan yang efektif.

Selain itu, aspek penerimaan dan harga dalam model akses ini menuntut bahwa layanan kesehatan harus diberikan dalam cara yang sosial dan psikologis menerima berbagai kelompok pasien, sambil juga memastikan bahwa biaya layanan tidak menghalangi akses. Dalam praktik, hal ini bisa berarti menyediakan skema subsidi atau asuransi yang memungkinkan akses yang lebih luas ke layanan yang penting.

Kesesuaian layanan, sebagai dimensi kunci, menekankan pentingnya layanan yang disesuaikan secara spesifik untuk memenuhi kebutuhan unik setiap individu. Ini bukan hanya tentang mengatasi penyakit tetapi juga tentang merespons kebutuhan pribadi pasien yang mungkin dipengaruhi oleh latar belakang sosial, ekonomi, dan budaya mereka.

### ***Teori Perubahan Organisasi***

Teori Perubahan Organisasi memainkan peran penting dalam implementasi LAFKI, yang menekankan pada peningkatan standar mutu dan akreditasi. Menurut teori ini, untuk mencapai perubahan yang sukses dalam praktik klinis, sering kali diperlukan transformasi dalam budaya organisasi yang mencakup aspek kepemimpinan, kebijakan, dan praktik yang mendukung inovasi serta peningkatan berkelanjutan. Dalam hal ini, LAFKI mendorong rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya untuk mengadopsi perubahan strategis dan operasional yang krusial untuk penerapan PCC secara efektif.

Konsep utama dalam teori perubahan organisasi, seperti yang dijelaskan oleh Kotter (1996) dalam model perubahan 8 langkahnya, sangat relevan untuk memahami bagaimana organisasi kesehatan bisa secara sistematis mengimplementasikan dan mengelola perubahan. Langkah-langkah Kotter mencakup menetapkan rasa urgensi, membentuk koalisi yang kuat, menciptakan visi untuk perubahan, mengkomunikasikan visi tersebut, memberdayakan orang lain untuk bertindak, menciptakan kemenangan jangka pendek, konsolidasi untuk menghasilkan lebih banyak perubahan, dan menginstitutionalisasi pendekatan baru. Penerapan model ini dalam hal LAFKI dapat membantu fasilitas kesehatan mengidentifikasi dan mengatasi hambatan, memotivasi staf, dan menanamkan praktik baru yang berpusat pada pasien dalam budaya organisasi mereka.

Selain itu, teori perubahan Lewin, yang menggambarkan perubahan sebagai proses tiga tahap: *unfreezing*, *changing*, dan *refreezing*, juga memberikan kerangka kerja yang bermanfaat. Dalam hal LAFKI, '*unfreezing*' bisa melibatkan mengidentifikasi norma-norma dan prosedur yang sudah usang dan tidak lagi melayani kebutuhan pasien secara efektif. '*Changing*' melibatkan pengenalan dan implementasi praktik berbasis bukti yang mendukung PCC, dan '*refreezing*' memastikan bahwa perubahan tersebut menjadi bagian dari standar operasional permanen dalam fasilitas.

Teori Diffusion of Innovations oleh Rogers (2003) juga memberikan wawasan tentang bagaimana inovasi dalam perawatan kesehatan, seperti PCC, dapat diadopsi, diadaptasi, dan dipertahankan dalam organisasi. Teori ini menekankan pentingnya komunikasi dalam proses difusi dan bagaimana faktor-faktor seperti keunggulan relatif dari inovasi, kompatibilitas dengan nilai-nilai yang ada, kompleksitas, kemungkinan percobaan, dan observabilitas mempengaruhi kecepatan dan keberhasilan adopsi.

Dalam mengimplementasikan LAFKI, penting bagi organisasi kesehatan untuk tidak hanya berfokus pada pemenuhan standar tetapi juga untuk merangkul perubahan sebagai kesempatan untuk peningkatan berkelanjutan yang mendukung hasil kesehatan yang lebih baik. Dengan menggabungkan kepemimpinan yang kuat, komunikasi yang jelas, dan pendekatan sistematis untuk mengelola perubahan, rumah sakit dan fasilitas kesehatan dapat lebih efektif dalam menerapkan PCC dan memenuhi standar mutu dan akreditasi LAFKI.

## **METODOLOGI**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif mengukur dan menganalisis pengaruh konsep PCC dalam hal pelayanan kesehatan di Indonesia. Pendekatan deskriptif dipilih karena memungkinkan peneliti untuk menangkap dan menggambarkan keadaan variabel terkait PCC secara objektif dalam setting nyata tanpa memanipulasi lingkungan studi. Fokus utama penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan berbagai aspek PCC yang meliputi *Respect For Patients' Values, Preferences and Expressed Needs, Coordination and Integration of Care, Information and Education, Physical Comfort, Emotional Support, Involvement of Family and Friends, Continuity and Transition, serta Access to Care.*

Melalui penggunaan kuesioner yang dibagikan melalui Google Form, penelitian ini mengumpulkan data dari 39 partisipan (laki-laki 24 & perempuan 15) yang mendapatkan layanan rawat inap 4 partisipan dan layanan rawat jalan 35 partisipan. Partisipan dipilih melalui purposive sampling dari rumah sakit (N = 33), klinik (N = 5), dan puskesmas (N = 1). Ukuran sampel ini dipilih berdasarkan pertimbangan logistik dan keefektifan dalam mengumpulkan data yang representatif dari pengalaman pasien, sambil memastikan kecukupan data untuk analisis statistik yang valid. Dengan demikian, penelitian ini menyediakan gambaran yang akurat dan mendalam tentang implementasi dan pengalaman PCC di fasilitas kesehatan di Indonesia, yang mendukung pengembangan kebijakan kesehatan yang lebih berorientasi pada pasien di masa depan. Teknik analisis data menggunakan statistik deskriptif frekuensi.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

### **1. *Respect For Patients' Values, Preferences and Expressed Needs***

Analisis data menunjukkan bahwa mayoritas pasien merasa diperlakukan sebagai individu yang unik oleh tim medis, dengan 74.4% responden setuju atau sangat setuju dengan pernyataan tersebut. Namun, hanya 28.2% responden yang merasa nilai budaya dan kepercayaan mereka dihargai atau disensitifkan dalam proses pengambilan keputusan perawatan.

Lebih jauh, 43.6% responden tidak setuju bahwa ada dukungan untuk keterlibatan aktif pasien dalam pengambilan keputusan, menunjukkan area yang memerlukan peningkatan.

*a. Pengakuan atas Keunikan Individu Pasien*

Temuan survei menunjukkan bahwa sebagian besar pasien merasa diperlakukan sebagai individu unik, yang mencerminkan aspek positif dari pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien. Namun, ada ruang untuk peningkatan, mengingat 25.6% responden tidak setuju atau kurang setuju dengan pernyataan ini. Konsep kePerawatan yang Berpusat pada Individu menekankan pentingnya mengakui pasien sebagai individu dengan latar belakang, nilai, dan preferensi unik (McCormack & McCance, 2016). Ini tidak hanya meningkatkan kepuasan pasien tetapi juga bisa mempengaruhi hasil kesehatan secara positif karena perawatan yang lebih dipersonalisasi seringkali lebih efektif. Secara psikologis, konsep kePerawatan yang Berpusat pada Individu sangat penting dalam memperkuat hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Ketika pasien merasa diakui sebagai individu dengan kebutuhan, preferensi, dan nilai-nilai yang unik, hal ini dapat meningkatkan rasa percaya diri, kontrol, dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka. Pentingnya pengakuan terhadap identitas dan keunikan setiap pasien dalam hal perawatan kesehatan juga dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan yang seringkali terkait dengan pengalaman menjadi pasien. Ketika pasien merasa didengar dan dipahami secara emosional, hal ini dapat membantu membangun hubungan yang lebih solid antara pasien dan penyedia layanan kesehatan, yang pada gilirannya dapat mengurangi ketegangan dan meningkatkan kerjasama dalam proses perawatan.

Selain itu, pengakuan terhadap aspek-aspek psikologis individu dalam perawatan kesehatan berpusat pada pasien juga dapat membantu dalam identifikasi dan penanganan faktor-faktor psikologis yang mungkin mempengaruhi kesehatan dan pemulihan pasien. Misalnya, memperhatikan kebutuhan emosional dan psikologis seseorang dapat membantu dalam mengidentifikasi masalah kesehatan mental yang mungkin perlu ditangani bersama dengan kondisi fisiknya. Dalam hal perawatan kesehatan yang berpusat pada pasien, penting untuk memperhatikan bahwa setiap individu memiliki kebutuhan psikologis yang berbeda-beda. Oleh karena itu, pendekatan yang bersifat personal dan sensitif terhadap kebutuhan psikologis pasien menjadi kunci dalam memberikan perawatan yang efektif dan berkelanjutan. Dengan memperhatikan aspek psikologis ini, penyedia layanan kesehatan dapat memastikan bahwa perawatan yang diberikan tidak hanya berfokus pada penyakit fisik, tetapi juga memperhatikan kesejahteraan emosional dan psikologis secara keseluruhan (Baym, 2010).

*b. Penghormatan terhadap Nilai Budaya dan Otonomi Pasien*

Hasil survei menunjukkan area yang memerlukan peningkatan signifikan. Hanya 28.2% responden yang merasa nilai budaya dan kepercayaan mereka dihargai selama pengambilan keputusan. Ini menunjukkan adanya

kesenjangan antara ideologi pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien dan implementasinya, terutama dalam hal keberagaman budaya. Penghormatan terhadap nilai budaya adalah aspek penting dari otonomi pasien, di mana pasien diberi kebebasan untuk membuat keputusan berdasarkan nilai dan kepercayaan mereka (Leininger & McFarland, 2002). Meningkatkan kesadaran dan pemahaman budaya di antara staf kesehatan dapat membantu menjembatani kesenjangan ini, mempromosikan perawatan yang lebih inklusif dan sensitif budaya.

c. *Dukungan terhadap Keterlibatan Aktif Pasien dalam Pengambilan Keputusan*

Dengan 43.6% responden tidak setuju bahwa ada dukungan untuk keterlibatan aktif dalam pengambilan keputusan, temuan ini menggarisbawahi tantangan dalam menerapkan praktik pengambilan keputusan bersama (SDM - *Shared Decision Making*). SDM adalah proses di mana klinisi dan pasien bekerja sama untuk membuat keputusan, mengintegrasikan bukti medis terbaik dengan nilai dan preferensi pasien (Elwyn et al., 2012). Untuk meningkatkan SDM, diperlukan pelatihan khusus untuk staf kesehatan dalam komunikasi dan negosiasi, serta penggunaan alat bantu keputusan yang dirancang untuk membantu pasien memahami pilihan mereka dan konsekuensi dari pilihan tersebut. Penting juga untuk diingat bahwa SDM bukanlah sekadar memberikan informasi kepada pasien, tetapi juga melibatkan mereka dalam proses interpretasi dan penilaian informasi tersebut. SDM membutuhkan keterampilan komunikasi yang baik dari pihak penyedia layanan kesehatan untuk memastikan bahwa informasi disampaikan dengan jelas dan dipahami oleh pasien. Penyedia layanan kesehatan juga perlu memahami nilai-nilai, preferensi, dan kekhawatiran pasien secara holistik untuk dapat mengakomodasi kebutuhan psikologis mereka dalam proses pengambilan keputusan. SDM bukan hanya merupakan praktek yang menghargai otonomi pasien, tetapi juga memiliki implikasi psikologis yang penting dalam meningkatkan keterlibatan pasien, mengurangi stres, dan mempromosikan pemulihan yang lebih baik (Bozarth, 2013).

Dalam mengimplementasikan pengakuan atas keunikan individu pasien, penghormatan terhadap nilai budaya dan otonomi pasien, serta dukungan untuk keterlibatan aktif pasien dalam pengambilan keputusan di rumah sakit, puskesmas, dan klinik, diperlukan serangkaian strategi yang terintegrasi dan komprehensif. Awalnya, mengumpulkan informasi komprehensif tentang pasien pada saat pendaftaran, termasuk nilai, preferensi, dan kebutuhan khusus mereka, dapat menjadi langkah awal yang krusial. Pelatihan staf tentang komunikasi yang efektif dan empati, dengan penekanan pada pentingnya mengakui keunikan setiap pasien, sangat penting. Ini mencakup aspek psikologi dan komunikasi lintas budaya. Personalisasi perawatan berdasarkan informasi yang dikumpulkan, menjamin bahwa rencana perawatan selaras dengan nilai dan preferensi pasien.

Lebih lanjut, meningkatkan kesadaran dan pemahaman budaya di antara staf kesehatan melalui pelatihan kesadaran budaya dapat membantu menjembatani kesenjangan dalam pelayanan yang sensitif budaya. Fasilitator

budaya atau penerjemah harus tersedia untuk pasien yang memerlukan bantuan komunikasi, dan kebijakan inklusif yang mendukung kepekaan budaya harus diterapkan, mengakomodasi hari raya, praktik diet, dan prosedur medis yang sesuai dengan keyakinan agama atau budaya pasien.

Di sisi lain, pelatihan SDM untuk staf kesehatan akan mendorong keterlibatan aktif pasien dalam pengambilan keputusan perawatan mereka. Pengembangan alat bantu keputusan, seperti brosur dan aplikasi online, dapat membantu pasien memahami opsi perawatan mereka secara lebih baik. Mekanisme umpan balik dari pasien juga harus diimplementasikan, memungkinkan mereka memberikan masukan tentang pengalaman perawatan mereka, termasuk seberapa baik mereka merasa terlibat dalam pengambilan keputusan.

Penerapan strategi-strategi ini membutuhkan komitmen dari semua level organisasi kesehatan dan dukungan dari kepemimpinan. Mengintegrasikan pendekatan ini ke dalam budaya organisasi kesehatan akan memastikan bahwa pelayanan tidak hanya memenuhi kebutuhan medis pasien tetapi juga menghormati dan meningkatkan pengalaman mereka secara menyeluruh, menjadikan pelayanan kesehatan lebih berpusat pada pasien dan sensitif terhadap kebutuhan mereka yang unik.

## **2. *Coordination and Integration of Care***

### ***a. Koordinasi Perawatan Klinis***

Data menunjukkan bahwa sebagian besar pasien (97.4%) merasa bahwa semua aspek perawatan kesehatan mereka terkoordinasi dengan baik, dan mereka mendapatkan informasi yang diperlukan tepat waktu. Ini menunjukkan tingkat yang tinggi dari koordinasi perawatan klinis, yang sangat penting untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang konsisten dan terinformasi sepanjang perjalanan medis mereka. Koordinasi yang efektif di antara tim kesehatan berkontribusi pada pengurangan kesalahan medis, peningkatan efisiensi dalam pemberian perawatan, dan peningkatan hasil kesehatan pasien (O'Malley et al., 2009).

### ***b. Koordinasi Pelayanan Pendukung dan Pelengkap***

Namun, terkait dengan koordinasi pelayanan pendukung dan pelengkap, temuan menunjukkan adanya kesulitan dan kebingungan di antara pasien, dengan 46.2% responden tidak setuju bahwa pelayanan pendukung tersedia dan terkoordinasi dengan baik. Hal ini menggarisbawahi tantangan dalam integrasi pelayanan pendukung ke dalam rencana perawatan pasien secara efektif. Kesulitan dalam aksesibilitas dan koordinasi pelayanan pendukung dapat menghambat pengalaman pasien dan memperburuk hasil perawatan, menyoroti pentingnya memperkuat jaringan komunikasi dan kolaborasi antar penyedia pelayanan (Valentijn et al., 2013).

### ***c. Koordinasi Perawatan Pasien di Garis Depan***

Sebaliknya, koordinasi perawatan pasien di garis depan tampaknya sangat efektif, dengan 100% responden setuju atau sangat setuju bahwa staf garis depan menawarkan dukungan yang koordinatif dan empati. Ini

menunjukkan keberhasilan dalam memfasilitasi transisi yang lancar bagi pasien antara berbagai penyedia perawatan, yang sangat penting untuk memastikan bahwa pasien merasa aman dan nyaman selama perawatan mereka. Keterampilan komunikasi dan empati dari staf garis depan memainkan peran krusial dalam menciptakan pengalaman perawatan yang positif bagi pasien (Meterko et al., 2010).

Dalam menerapkan koordinasi perawatan klinis, pelayanan pendukung dan pelengkap, serta koordinasi perawatan pasien di garis depan di rumah sakit, puskesmas, dan klinik, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengadopsi pendekatan terstruktur dan multi-disiplin. Pertama, koordinasi perawatan klinis yang efektif dapat dicapai melalui pengembangan sistem informasi kesehatan yang terintegrasi, yang memungkinkan berbagai penyedia pelayanan kesehatan untuk mengakses dan memperbarui informasi pasien secara real-time. Ini memastikan bahwa semua anggota tim kesehatan memiliki akses ke data terkini, memudahkan komunikasi antara spesialis, perawatan primer, dan penyedia pelayanan pendukung, serta meminimalisir kesalahan medis.

Dalam mengatasi kesulitan dalam koordinasi pelayanan pendukung dan pelengkap, diperlukan peningkatan jaringan komunikasi antara berbagai penyedia pelayanan. Hal ini bisa meliputi pembentukan tim koordinasi perawatan yang terdiri dari perwakilan dari setiap pelayanan pendukung, yang bertugas untuk memastikan bahwa pelayanan tersebut terintegrasi secara efektif ke dalam rencana perawatan pasien. Tim ini juga bertanggung jawab untuk mengidentifikasi dan mengatasi hambatan dalam aksesibilitas dan koordinasi pelayanan.

Akhirnya, untuk mempertahankan koordinasi perawatan pasien di garis depan yang efektif, penting untuk memberikan pelatihan berkelanjutan kepada staf garis depan mengenai keterampilan komunikasi dan empati. Sesi pelatihan ini harus menekankan pentingnya mendengarkan kebutuhan dan kekhawatiran pasien, serta menyediakan dukungan yang koordinatif dan informatif. Selain itu, pengembangan protokol standar untuk transisi pasien antara berbagai pelayanan dapat memastikan bahwa proses tersebut berjalan lancar dan efisien, dengan meminimalkan kebingungan dan meningkatkan keamanan pasien.

### **3. Information and Education**

Analisis data yang telah mengungkapkan aspek penting dari penyediaan informasi dan pendidikan kepada pasien dalam hal perawatan kesehatan. Pengungkapan informasi kepada pasien merupakan aspek krusial dalam perawatan kesehatan yang berpusat pada pasien dan memainkan peran penting dalam mendukung otonomi pasien serta kemampuan mereka untuk membuat keputusan informasi tentang perawatan mereka (Frosch & Kaplan, 1999; Coulter & Collins, 2011).

#### *a. Informasi tentang Status Klinis dan Prognosis*

Data menunjukkan bahwa mayoritas pasien (66.7%) tidak setuju bahwa informasi tentang diagnosis dan prognosis kondisi mereka sering kali tidak jelas dan tidak lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penyedia

pelayanan kesehatan berhasil menyampaikan informasi penting ini dengan kejelasan dan kelengkapan. Namun, masih ada 33.3% pasien yang merasa bahwa informasi yang mereka terima kurang jelas atau lengkap, yang menunjukkan ruang untuk peningkatan dalam komunikasi dan penyediaan informasi.

*b. Informasi tentang Proses Perawatan*

Tingkat kepuasan yang tinggi terlihat dari data, dengan 97.4% pasien setuju atau sangat setuju bahwa penyedia pelayanan kesehatan menjelaskan prosedur dan pengobatan dengan transparan. Ini menyoroti pentingnya dan efektivitas komunikasi yang jelas dari penyedia pelayanan kesehatan dalam meningkatkan pemahaman pasien tentang perawatan mereka, yang secara langsung mendukung keterlibatan pasien dan kemungkinan kepatuhan terhadap rencana perawatan (Epstein & Street, 2011).

*c. Informasi untuk Memfasilitasi Otonomi dan Perawatan Diri*

Terkait dengan informasi dan sumber daya untuk mendukung pengelolaan kesehatan dan perawatan diri, 48.7% pasien merasa kekurangan informasi dan sumber daya ini. Sementara lebih dari setengah responden (51.3%) tidak setuju dengan pernyataan ini, temuan tersebut mengindikasikan bahwa masih ada kebutuhan untuk meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas informasi yang memungkinkan pasien untuk mengambil peran aktif dalam pengelolaan kesehatan mereka (Gruman et al., 2010).

Dalam menerapkan peningkatan dalam penyediaan informasi dan pendidikan kepada pasien di rumah sakit, puskesmas, dan klinik, ada beberapa langkah strategis yang dapat diambil. Pertama, mengenai informasi tentang status klinis dan prognosis, penting untuk mengembangkan dan menerapkan protokol yang memastikan semua pasien menerima informasi yang jelas dan lengkap mengenai kondisi mereka. Ini bisa meliputi pelatihan komunikasi untuk staf medis, dengan fokus pada teknik penyampaian informasi yang efektif dan empati. Selain itu, penggunaan materi pendukung seperti brosur, video, dan aplikasi digital dapat membantu memperjelas informasi yang diberikan.

Kedua, untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang proses perawatan, rumah sakit dan klinik dapat memperkenalkan sesi edukasi pra-perawatan yang menyediakan gambaran umum tentang prosedur, pengobatan, dan apa yang diharapkan dari pasien. Ini dapat dilakukan melalui sesi tatap muka, webinar, atau materi pendidikan yang dapat diakses secara online, memungkinkan pasien untuk mempersiapkan diri secara lebih baik sebelum menerima perawatan.

Ketiga, untuk mendukung otonomi dan perawatan diri pasien, penyedia pelayanan kesehatan harus meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas informasi dan sumber daya yang relevan. Ini bisa meliputi pengembangan portal pasien online yang menyediakan informasi kesehatan yang mudah dipahami, tips untuk manajemen kondisi kronis, dan panduan untuk menjalani gaya hidup sehat. Program pendidikan kesehatan di komunitas dan kelompok

dukungan pasien juga bisa menjadi cara efektif untuk mendorong pasien menjadi lebih aktif dalam mengelola kesehatan mereka.

Melalui implementasi strategi ini, rumah sakit, puskesmas, dan klinik dapat tidak hanya meningkatkan kepuasan pasien tetapi juga mendukung pasien dalam membuat keputusan yang lebih informasi tentang perawatan mereka, memperkuat otonomi pasien, dan mempromosikan hasil kesehatan yang lebih baik.

#### **4. *Physical Comfort***

##### *a. Manajemen Nyeri*

Data menunjukkan bahwa sebagian besar pasien (94.9%) merasa bahwa pengelolaan nyeri di fasilitas tersebut sesuai dengan kebutuhan mereka dan dikelola dengan baik. Ini menekankan pentingnya strategi dan intervensi efektif dalam manajemen nyeri, yang tidak hanya memperbaiki mutu hidup pasien tetapi juga dapat mempengaruhi pemulihan dan hasil perawatan mereka (Dahl & Storla, 2009). Penelitian telah menunjukkan bahwa pendekatan yang terintegrasi, melibatkan kombinasi terapi farmakologi dan non-farmakologi, seringkali efektif dalam manajemen nyeri (Kamal et al., 2012).

##### *b. Bantuan dengan Aktivitas Sehari-hari*

Mengenai bantuan dengan aktivitas sehari-hari, 56.4% pasien merasa mendapatkan bantuan yang memadai. Hal ini menunjukkan bahwa fasilitas tersebut umumnya berhasil dalam memberikan dukungan untuk kebutuhan sehari-hari pasien, aspek yang sangat penting dalam perawatan pasien, terutama bagi mereka yang mengalami keterbatasan fisik atau sedang dalam proses pemulihan (Keller et al., 2004). Namun, masih ada ruang untuk peningkatan, terutama dalam memastikan bahwa semua pasien merasa didukung dalam kebutuhan mereka.

##### *c. Lingkungan dan Suasana Rumah Sakit*

Data menunjukkan bahwa 56.4% pasien tidak setuju bahwa lingkungan fasilitas kesehatan tersebut tidak nyaman dan tidak menenangkan, yang menandakan bahwa mayoritas pasien merasa lingkungan tersebut nyaman dan menenangkan. Lingkungan yang nyaman dan suasana yang menyenangkan di fasilitas kesehatan berkontribusi terhadap kenyamanan pasien dan dapat mempercepat proses pemulihan (Ulrich et al., 2008). Ini menegaskan perlunya perhatian terhadap desain dan pemeliharaan fasilitas, termasuk pencahayaan, kebisingan, privasi, dan akses ke alam atau ruang hijau.

Dalam meningkatkan kenyamanan fisik pasien dalam lingkungan perawatan kesehatan dengan strategi yang terintegrasi, Mel Gibson dan Judith A. Paice (2015) menggarisbawahi pentingnya pendekatan holistik dalam manajemen nyeri, yang menggabungkan intervensi farmakologis dan non-farmakologis, untuk mengatasi nyeri secara efektif. Implementasi pendekatan ini membutuhkan pelatihan staf yang komprehensif tentang terapi nyeri terkini dan pemanfaatan teknologi canggih, seperti aplikasi untuk pemantauan nyeri secara real-time, yang memungkinkan intervensi yang tepat dan cepat, sesuai dengan rekomendasi yang disarankan oleh McCaffery dan Pasero (2007).

Selanjutnya, Florence Nightingale (1860) menekankan pentingnya lingkungan dalam pemulihan pasien. Dalam hal modern, ini berarti menyediakan lingkungan yang tidak hanya mendukung pemulihan fisik tetapi juga kenyamanan dan kesejahteraan emosional pasien. Menurut Ulrich et al. (2008), desain lingkungan yang memperhatikan pencahayaan alami, pengurangan kebisingan, dan privasi dapat berkontribusi signifikan terhadap pengalaman pasien yang positif. Ini termasuk mendesain ulang ruang tunggu, kamar pasien, dan area umum dengan warna yang menenangkan dan furnitur yang nyaman, untuk menciptakan suasana yang menenangkan dan mendukung.

Dalam hal bantuan dengan aktivitas sehari-hari, penelitian oleh Tinkler et al. (2015) menunjukkan bahwa rasio staf terhadap pasien yang memadai dan pelatihan staf tentang teknik bantuan pasien yang efektif adalah kunci untuk meningkatkan mutu dukungan yang diberikan kepada pasien, khususnya bagi mereka yang mengalami keterbatasan fisik atau dalam proses pemulihan. Ini menegaskan pentingnya evaluasi dan penyesuaian rasio staf terhadap pasien untuk memastikan setiap pasien mendapatkan perhatian dan dukungan individu yang diperlukan.

Dengan mengadopsi pendekatan yang berbasis bukti dan berpusat pada pasien, rumah sakit, puskesmas, dan klinik dapat secara signifikan meningkatkan kenyamanan fisik pasien, mendukung pemulihan yang lebih cepat, dan meningkatkan kepuasan pasien. Implementasi strategi ini memerlukan komitmen terhadap peningkatan berkelanjutan dan kesiapan untuk beradaptasi berdasarkan umpan balik dari pasien serta praktik terbaik dalam perawatan kesehatan. Kesuksesan dalam upaya ini akan memperkuat posisi fasilitas kesehatan sebagai pusat keunggulan dalam menyediakan perawatan yang komprehensif, holistik, dan berpusat pada pasien.

##### ***5. Emotional Support and Alleviation of Fear and Anxiety***

Analisis data tentang dukungan emosional dan pengurangan ketakutan serta kecemasan pasien dalam hal perawatan kesehatan menyoroti pentingnya komunikasi efektif dan penyediaan informasi yang memadai untuk mendukung pasien secara psikologis. Konsep dukungan emosional, sebagaimana diungkapkan oleh Lazarus dan Folkman (1984) dalam teori mereka tentang stres dan coping, mengacu pada pentingnya sumber daya sosial dan informasi yang dapat membantu individu menghadapi stresor eksternal, termasuk penyakit dan pengobatan. Selanjutnya, Horowitz et al. (1979) menekankan dampak signifikan kecemasan tentang kondisi kesehatan pada kemampuan individu untuk berfungsi dan beradaptasi, menunjukkan pentingnya intervensi yang ditargetkan untuk mengurangi kecemasan ini.

###### ***a. Kecemasan tentang Status Fisik, Pengobatan, dan Prognosis***

Mayoritas pasien (94.9%) merasa bahwa mereka mendapatkan informasi yang cukup untuk mengurangi kecemasan tentang kondisi fisik mereka dan apa yang diharapkan ke depan. Hal ini sesuai dengan temuan Epstein dan Street (2007), yang mengidentifikasi bahwa komunikasi efektif dalam

perawatan kesehatan dapat meningkatkan pemahaman pasien dan mengurangi ketidakpastian mereka, yang pada gilirannya mengurangi kecemasan.

*b. Kecemasan tentang Dampak Penyakit pada Diri dan Keluarga*

Sebagian besar responden (56.4%) tidak setuju bahwa tidak ada dukungan psikologis yang memadai, menunjukkan bahwa sebagian besar pasien merasa mendapat dukungan psikologis untuk menghadapi dampak penyakit. Namun, masih ada proporsi signifikan pasien yang merasa dukungan tersebut tidak memadai (25.7%), menyoroti pentingnya penguatan pelayanan dukungan psikologis, sesuai dengan rekomendasi dari Northouse et al. (2010), yang menekankan pada perlunya intervensi psikososial yang dirancang untuk mendukung pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi penyakit.

*c. Kecemasan tentang Dampak Keuangan Penyakit*

Data juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasien (89.8%) merasa mendapat informasi yang memadai tentang opsi keuangan dan sumber bantuan untuk biaya perawatan, yang penting dalam mengurangi kecemasan terkait dengan dampak finansial penyakit, sebagaimana dijelaskan oleh Carr et al. (2001). Penyediaan informasi ini membantu mengurangi salah satu sumber stres signifikan bagi pasien dan keluarganya, memungkinkan mereka untuk fokus pada pemulihan.

Demi efektif menerapkan dukungan emosional dan mengurangi ketakutan serta kecemasan di rumah sakit, puskesmas, dan klinik, penting untuk mendasarkan praktek ini pada konsep dan teori ahli. Mengikuti teori Lazarus dan Folkman (1984) tentang stres dan coping, fasilitas perawatan kesehatan harus mengembangkan program dukungan yang memfokuskan pada pemberian sumber daya sosial dan informasi yang membantu pasien menghadapi penyakit dan pengobatan. Program ini bisa melibatkan sesi konseling individu dan kelompok yang dipimpin oleh ahli psikologi klinis, menawarkan ruang aman bagi pasien dan keluarga mereka untuk menyatakan kekhawatiran dan belajar strategi coping yang efektif.

Selain itu, mengadopsi pendekatan komunikasi pasien-sentris, sebagaimana disarankan oleh Epstein dan Street (2007), adalah kunci untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang kondisi mereka, pengobatan yang diterima, dan prognosis. Hal ini dapat dilakukan melalui pelatihan staf medis dalam keterampilan komunikasi yang efektif, memastikan bahwa informasi disampaikan dengan cara yang jelas, empatik, dan mengurangi ketidakpastian.

Guna mengatasi kecemasan tentang dampak penyakit pada diri dan keluarga, penting untuk menerapkan rekomendasi Northouse et al. (2010) dengan menyediakan intervensi psikososial yang dirancang khusus untuk mendukung pasien dan keluarganya. Fasilitas kesehatan harus menyediakan akses ke pelayanan dukungan psikologis yang memadai, termasuk konseling keluarga dan dukungan kelompok yang memungkinkan berbagi pengalaman dan strategi coping.

Akhirnya, untuk mengurangi kecemasan tentang dampak keuangan penyakit, fasilitas kesehatan harus mengikuti saran Carr et al. (2001) dengan menyediakan informasi yang memadai tentang opsi keuangan dan sumber

bantuan. Ini dapat termasuk pendirian kantor bantuan pasien yang dapat membantu pasien dan keluarga mereka memahami opsi pembayaran, asuransi, dan program bantuan keuangan yang tersedia.

## **6. *Involvement of Family and Friends***

Dalam perawatan pasien tidak hanya mendukung pasien secara emosional tapi juga memberikan kontribusi signifikan terhadap keputusan klinis dan manajemen perawatan pasien (IPFCC, 2010). Konsep ini diperkuat oleh teori sistem keluarga yang menekankan bahwa anggota keluarga dan jaringan sosial pasien merupakan bagian integral dari sistem perawatan kesehatan (Wright & Leahey, 2013).

### *a. Ketersediaan Akomodasi bagi Keluarga dan Teman*

Mayoritas responden (53.8%) tidak setuju bahwa fasilitas kesehatan tidak menyediakan akomodasi yang memadai bagi keluarga atau teman selama perawatan, menunjukkan bahwa lebih dari setengah fasilitas telah memperhatikan kebutuhan ini. Namun, masih ada sebagian pasien yang merasa kebutuhan akan akomodasi bagi keluarga dan teman belum terpenuhi sepenuhnya, yang menandakan area untuk peningkatan. Pengadaan akomodasi yang memadai untuk keluarga dan teman merupakan aspek penting dari perawatan yang berpusat pada keluarga, mendukung mereka untuk berada dekat dengan pasien, yang dapat meningkatkan kenyamanan dan mengurangi kecemasan pasien (Leske, 1998).

### *b. Keterlibatan Keluarga dan Teman dalam Pengambilan Keputusan*

Data menunjukkan bahwa sebagian besar responden (87.1%) merasa bahwa keluarga atau teman mereka diikutsertakan dalam pengambilan keputusan, yang membuat proses perawatan lebih inklusif. Ini sejalan dengan prinsip Perawatan yang Berpusat pada Individu dan keluarga, di mana keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan diakui sebagai praktek terbaik untuk mendukung kesejahteraan pasien (Carman et al., 2013).

### *c. Dukungan bagi Anggota Keluarga sebagai Pengasuh*

Sebagian besar responden (56.4%) tidak setuju bahwa fasilitas kesehatan tidak menyediakan dukungan atau pelatihan yang cukup untuk keluarga atau teman yang merawat mereka. Ini menunjukkan bahwa mayoritas fasilitas telah mengakui dan menanggapi kebutuhan akan dukungan dan pelatihan untuk pengasuh keluarga. Dukungan ini penting untuk memastikan pengasuh merasa kompeten dan percaya diri dalam peran mereka, yang pada akhirnya berdampak positif pada mutu perawatan yang diterima pasien (Reinhard et al., 2012).

Mengintegrasikan keluarga dan teman dalam perawatan pasien memerlukan pendekatan holistik yang mendukung pasien secara emosional dan memperkuat keputusan klinis serta manajemen perawatan. Berdasarkan teori sistem keluarga oleh Wright dan Leahey (2013), yang menekankan peran krusial keluarga dan jaringan sosial sebagai bagian integral dari sistem perawatan kesehatan, dan panduan dari Institute for Patient- and Family-

Centered Care (IPFCC, 2010), langkah strategis dapat diambil untuk meningkatkan keterlibatan keluarga dan teman dalam perawatan kesehatan.

Pertama, pentingnya menyediakan akomodasi yang memadai untuk keluarga dan teman selama perawatan pasien tidak bisa diabaikan. Lebih dari setengah responden dalam survei menunjukkan bahwa fasilitas perawatan kesehatan mereka telah memperhatikan kebutuhan ini, namun masih terdapat ruang untuk peningkatan. Akomodasi yang nyaman dan memadai mendukung kehadiran keluarga dan teman, yang, seperti yang ditunjukkan oleh Leske (1998), dapat meningkatkan kenyamanan pasien dan mengurangi kecemasan mereka. Oleh karena itu, meningkatkan ketersediaan akomodasi menjadi langkah penting untuk memperkuat dukungan bagi pasien dan keluarganya.

Mengikutsertakan keluarga dan teman dalam pengambilan keputusan merupakan praktek terbaik dalam Perawatan yang Berpusat pada Individu dan keluarga, sebagaimana disarankan oleh Carman et al. (2013). Data menunjukkan bahwa mayoritas responden merasa proses pengambilan keputusan menjadi lebih inklusif dengan keterlibatan keluarga dan teman. Integrasi keluarga dalam pengambilan keputusan tidak hanya mendukung kesejahteraan pasien tapi juga memperkuat dasar bagi pengambilan keputusan klinis yang lebih informasi dan manajemen perawatan yang efektif. Ini menciptakan transisi yang mulus ke langkah berikutnya: menyediakan dukungan yang memadai untuk anggota keluarga sebagai pengasuh.

Terakhir, memberikan dukungan dan pelatihan yang cukup untuk keluarga atau teman yang berperan sebagai pengasuh merupakan aspek kritical yang diakui oleh mayoritas fasilitas kesehatan. Menurut Reinhard et al. (2012), mendukung pengasuh keluarga dengan pelatihan dan sumber daya memastikan mereka merasa kompeten dan percaya diri dalam peran mereka, yang secara langsung berdampak positif pada mutu perawatan yang diterima oleh pasien. Pengakuan ini menekankan pentingnya sinergi antara menyediakan akomodasi, mengikutsertakan keluarga dalam pengambilan keputusan, dan mendukung pengasuh dalam menciptakan lingkungan perawatan yang inklusif dan mendukung.

## **7. *Continuity and Transition***

Analisis data tentang kesinambungan dan transisi perawatan mengungkapkan aspek penting dari perawatan kesehatan yang berpusat pada pasien, khususnya selama periode kritis transisi antara berbagai tingkat perawatan atau antara penyedia pelayanan kesehatan. Konsep kesinambungan dan transisi perawatan ini penting dalam teori sistem kesehatan dan telah menjadi fokus utama dalam upaya untuk meningkatkan mutu perawatan dan kepuasan pasien (Coleman & Boulton, 2003; Naylor et al., 2013).

### **a. *Informasi Pascapulang***

Data menunjukkan bahwa opini pasien tentang perencanaan perawatan berkelanjutan mereka setelah pulang terbagi, dengan 41% tidak setuju bahwa perencanaan kurang koordinasi dan detail. Hal ini menunjukkan bahwa sejumlah besar pasien merasa bahwa perencanaan perawatan berkelanjutan mereka dikoordinasikan dengan baik, namun, masih ada ruang untuk

peningkatan, khususnya dalam memastikan bahwa semua pasien menerima perencanaan yang koordinasi dan detail tentang perawatan berkelanjutan mereka. Konsep perencanaan perawatan yang koordinasi dan detail penting dalam memastikan transisi yang mulus bagi pasien dari perawatan inap ke pengaturan lain atau ke rumah mereka, yang mendukung kesinambungan perawatan (Haggerty et al., 2003).

*b. Koordinasi Perawatan Pasca-Pulang*

Terkait koordinasi perawatan pasca-pulang, mayoritas pasien (82.1%) merasa bahwa ada perencanaan yang baik dan terperinci untuk perawatan berkelanjutan mereka setelah pulang. Hal ini menunjukkan efektivitas koordinasi antara penyedia pelayanan kesehatan dalam menyiapkan pasien untuk transisi perawatan, sebuah aspek yang krusial untuk menghindari readmisi dan memastikan pemulihan yang efektif (Naylor et al., 2013).

*c. Akses ke Dukungan Berkelanjutan*

Mengenai akses ke dukungan berkelanjutan, sebagian besar pasien (48.7%) tidak setuju bahwa mereka tidak mendapat informasi yang cukup tentang cara mengakses dukungan klinis, sosial, fisik, dan keuangan setelah pulang. Meski begitu, masih ada persentase signifikan pasien yang merasa kekurangan informasi, menyoroti pentingnya meningkatkan penyediaan dan komunikasi informasi tentang sumber daya dan dukungan yang tersedia bagi pasien setelah mereka pulang (Coleman & Boult, 2003).

Meningkatkan kesinambungan dan transisi perawatan di rumah sakit, puskesmas, dan klinik memerlukan strategi yang holistik dan terintegrasi, yang berakar pada teori sistem kesehatan. Coleman & Boult (2003) serta Naylor et al. (2013) menekankan pentingnya perencanaan transisi yang efektif untuk meningkatkan mutu perawatan dan kepuasan pasien, menggarisbawahi perlunya pendekatan yang berpusat pada pasien dalam setiap fase perawatan.

Pertama, perencanaan perawatan berkelanjutan yang koordinasi dan detail merupakan fondasi untuk memastikan transisi yang mulus bagi pasien. Dengan 41% pasien merasa kurang mendapatkan perencanaan yang koordinasi, ini menjadi sinyal bahwa masih terdapat ruang yang signifikan untuk peningkatan. Untuk mengatasi hal ini, fasilitas perawatan kesehatan harus mengimplementasikan proses perencanaan transisi yang melibatkan pasien dan keluarganya secara aktif, memastikan bahwa mereka menerima semua informasi yang diperlukan tentang perawatan berkelanjutan, sesuai dengan pedoman yang disarankan oleh Haggerty et al. (2003). Ini mencakup jadwal kunjungan lanjutan, pengaturan terapi, dan rencana manajemen obat-obatan.

Selanjutnya, koordinasi perawatan pasca-pulang yang efektif, di mana mayoritas pasien (82.1%) merasa puas, menunjukkan adanya praktek yang baik yang dapat dijadikan model oleh fasilitas lain. Penting untuk mempertahankan dan meningkatkan praktek ini dengan memastikan komunikasi yang terbuka dan teratur antara penyedia pelayanan kesehatan dalam dan luar fasilitas, menghindari readmisi yang tidak perlu dan mendukung pemulihan yang

efektif. Melalui kolaborasi antara penyedia pelayanan kesehatan, pasien dapat mengalami transisi yang lebih lancar dan terkoordinasi dengan baik.

Terakhir, akses ke dukungan berkelanjutan menyoroti kebutuhan untuk menyediakan informasi yang lebih baik dan lebih mudah diakses tentang sumber daya pasca-pulang. Sebagai respons terhadap 48.7% pasien yang merasa kekurangan informasi, fasilitas kesehatan harus mengembangkan dan memperkenalkan sistem informasi yang lebih komprehensif, yang memudahkan pasien mendapatkan akses ke dukungan klinis, sosial, fisik, dan keuangan setelah mereka pulang. Ini dapat mencakup pembuatan brosur informasi, portal pasien online, atau sesi orientasi pasca-pulang yang membantu pasien dan keluarga mereka dalam navigasi sumber daya yang tersedia.

Dengan mengadopsi pendekatan ini, rumah sakit, puskesmas, dan klinik dapat meningkatkan kesinambungan dan transisi perawatan, memastikan bahwa pasien merasa didukung, terinformasi, dan terkoordinasi dengan baik sepanjang perjalanan perawatan mereka. Melalui komitmen terhadap peningkatan berkelanjutan dan keterlibatan pasien dan keluarga, fasilitas kesehatan dapat mencapai perawatan yang benar-benar berpusat pada pasien dan keluarga.

## 8. *Access to Care*

Analisis data tentang akses perawatan mengungkapkan perspektif penting mengenai seberapa mudah pasien dapat mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan. Ini meliputi kemudahan mencapai fasilitas kesehatan, ketersediaan transportasi, dan proses membuat janji. Teori akses ke perawatan kesehatan oleh Andersen (1995) dan teori kesetaraan dalam kesehatan oleh Whitehead (1992) memberikan kerangka kerja teoretis yang relevan untuk memahami dan mengevaluasi aspek-aspek ini.

### *a. Kemudahan Akses ke Fasilitas Kesehatan*

Berdasarkan data, mayoritas responden (92.3%) merasa bahwa mereka atau pasien dapat dengan mudah mencapai lokasi fasilitas pelayanan kesehatan, yang menunjukkan bahwa lokasi fasilitas kesehatan secara umum dianggap dapat diakses oleh pasien. Andersen (1995) mengidentifikasi lokasi sebagai salah satu dimensi penting akses ke perawatan, di mana kemudahan akses fisik ke fasilitas kesehatan dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien.

### *b. Ketersediaan Transportasi*

Sehubungan dengan transportasi, sebagian besar responden (69.2%) tidak setuju bahwa transportasi ke fasilitas perawatan kesehatan tidak tersedia dan sulit diakses, menunjukkan bahwa sebagian besar pasien merasa opsi transportasi cukup memadai. Hal ini sejalan dengan penekanan Andersen (1995) pada pentingnya faktor-faktor non-klinis, seperti transportasi, dalam mempengaruhi akses ke perawatan kesehatan. Fasilitas yang memastikan ketersediaan transportasi mudah dapat membantu mengurangi salah satu hambatan utama akses ke perawatan.

c. *Kemudahan Membuat Janji*

Terkait dengan proses membuat janji, lebih dari setengah responden (51.3%) tidak setuju bahwa prosesnya rumit dan menyulitkan. Ini mengindikasikan bahwa, meskipun ada sebagian kecil pasien yang mengalami kesulitan, sebagian besar pasien menemukan proses tersebut relatif mudah. Hal ini penting, mengingat teori kesetaraan dalam kesehatan oleh Whitehead (1992) menekankan bahwa prosedur administratif tidak seharusnya menjadi penghalang bagi pasien dalam mengakses perawatan.

Guna meningkatkan akses perawatan di rumah sakit, puskesmas, dan klinik, diperlukan integrasi pendekatan berbasis teori yang telah diajukan oleh Andersen (1995) dan Whitehead (1992). Pendekatan ini harus mencakup peningkatan akses fisik ke fasilitas kesehatan, memastikan ketersediaan transportasi, dan mempermudah proses membuat janji.

Awalnya, kemudahan akses ke fasilitas kesehatan merupakan fondasi untuk memastikan bahwa pasien dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Sebagaimana dikemukakan oleh Andersen, lokasi yang strategis dan mudah diakses oleh masyarakat luas sangat penting. Ini berarti rumah sakit, puskesmas, dan klinik harus berlokasi di tempat yang dapat dijangkau dengan berbagai moda transportasi, atau menyediakan pelayanan antar-jemput bagi pasien yang membutuhkan.

Selanjutnya, ketersediaan transportasi yang memadai merupakan aspek penting lain dalam memastikan aksesibilitas perawatan kesehatan. Hal ini menekankan pentingnya kemitraan antara fasilitas kesehatan dan penyedia pelayanan transportasi untuk mengembangkan solusi transportasi yang terjangkau dan nyaman bagi pasien. Fasilitas kesehatan dapat bekerja sama dengan pemerintah lokal atau organisasi nirlaba untuk menyediakan subsidi atau pelayanan transportasi khusus bagi pasien yang memerlukan.

Terakhir, proses membuat janji yang mudah dan efisien adalah kunci untuk mengurangi hambatan administratif dalam akses perawatan. Fasilitas kesehatan harus mengimplementasikan sistem pendaftaran dan janji online yang user-friendly, memungkinkan pasien untuk membuat, mengubah, atau membatalkan janji dengan mudah. Sistem ini juga harus dilengkapi dengan pengingat otomatis melalui SMS atau email untuk mengurangi jumlah kehadiran yang tidak terjadwal atau pembatalan di menit terakhir.

Dengan mengadopsi pendekatan holistik ini, yang menekankan pada peningkatan akses fisik, ketersediaan transportasi, dan efisiensi administratif, rumah sakit, puskesmas, dan klinik dapat secara signifikan meningkatkan aksesibilitas dan mutu perawatan bagi pasien. Pendekatan ini tidak hanya mengakui pentingnya faktor-faktor non-klinis dalam akses perawatan tetapi juga menghormati hak setiap individu untuk menerima perawatan kesehatan yang layak dan tepat waktu, sejalan dengan prinsip kesetaraan dalam kesehatan yang diusulkan oleh Whitehead.

## **9. *Patient Experience***

Analisis data pengalaman pasien dalam hal perawatan kesehatan mengungkapkan aspek penting dari interaksi antara pasien dengan penyedia pelayanan kesehatan, lingkungan perawatan, dan proses perawatan itu sendiri.

Pendekatan ini mendukung teori mutu pelayanan dan kepuasan pasien yang digambarkan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1985) dalam model SERVQUAL, yang mengukur mutu pelayanan berdasarkan dimensi tangibles, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy.

*a. Komunikasi dengan Dokter dan Perawat*

Data menunjukkan bahwa mayoritas pasien merasa bahwa dokter (94.9%) dan perawat (97.4%) di fasilitas pelayanan kesehatan mereka menyediakan informasi yang jelas dan mudah dipahami serta merespons pertanyaan dan kekhawatiran dengan baik. Ini menegaskan pentingnya komunikasi efektif dalam perawatan kesehatan sebagai sarana untuk meningkatkan pemahaman pasien dan kepuasan mereka terhadap perawatan yang diterima, sejalan dengan dimensi assurance dan empathy dalam model SERVQUAL.

*b. Responsivitas Staf Rumah Sakit*

Lebih lanjut, 97.4% pasien merasa bahwa staf rumah sakit merespons dengan cepat saat mereka memiliki kebutuhan mendesak, menyoroti pentingnya responsivitas dan reliabilitas dalam pelayanan kesehatan. Responsivitas yang baik dari staf rumah sakit tidak hanya meningkatkan kepercayaan pasien terhadap fasilitas kesehatan tetapi juga mempengaruhi persepsi mereka tentang mutu perawatan yang diberikan.

*c. Informasi Obat dan Transisi Perawatan*

Pentingnya komunikasi tentang obat-obatan dan informasi setelah pulang ditekankan dengan 100% pasien merasa memahami penggunaan obat-obatan yang diberikan dan 100% merasa menerima informasi yang cukup tentang tindak lanjut perawatan setelah pulang. Hal ini mencerminkan dimensi reliability dan assurance, menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan berhasil menyampaikan informasi penting yang diperlukan pasien untuk manajemen perawatan mandiri yang efektif.

*d. Kebersihan dan Ketentraman Lingkungan Rumah Sakit*

Selanjutnya, persepsi pasien tentang kebersihan (97.4%) dan ketentraman (97.4%) lingkungan rumah sakit mengindikasikan keberhasilan fasilitas dalam menjaga standar lingkungan perawatan yang kondusif untuk pemulihan. Aspek tangibles dalam model SERVQUAL tercermin dalam penilaian pasien tentang kebersihan dan ketentraman lingkungan, yang merupakan indikator penting dari mutu pelayanan perawatan kesehatan.

*e. Penilaian Umum dan Rekomendasi*

Penilaian umum pasien terhadap fasilitas pelayanan kesehatan (97.4% kepuasan) dan keinginan mereka untuk merekomendasikan fasilitas tersebut kepada orang lain (97.4%) serta berencana untuk kembali (100%) jika diperlukan menunjukkan tingkat kepuasan pasien yang tinggi. Hal ini menggarisbawahi keberhasilan fasilitas kesehatan dalam memenuhi atau

bahkan melampaui harapan pasien, sejalan dengan semua dimensi mutu pelayanan yang diidentifikasi dalam model SERVQUAL.

Dalam mengimplementasikan peningkatan pengalaman pasien di rumah sakit, puskesmas, dan klinik, diperlukan pendekatan yang terstruktur dan berfokus pada aspek-aspek kunci yang diidentifikasi melalui analisis data pengalaman pasien, yang selaras dengan model SERVQUAL oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1985). Pendekatan ini melibatkan peningkatan komunikasi, responsivitas, informasi tentang obat-obatan, kondisi lingkungan, serta peningkatan keseluruhan kepuasan dan kemungkinan rekomendasi pasien.

Pertama, untuk meningkatkan komunikasi antara dokter, perawat, dan pasien, fasilitas kesehatan harus mengadakan pelatihan reguler untuk staf tentang keterampilan komunikasi efektif. Ini termasuk menjelaskan kondisi kesehatan, pengobatan, dan rencana perawatan dengan cara yang jelas dan mudah dipahami, serta mendengarkan secara aktif dan menanggapi kekhawatiran pasien dengan empati, mencerminkan dimensi assurance dan empathy dalam model SERVQUAL.

Selanjutnya, untuk meningkatkan responsivitas staf rumah sakit, fasilitas kesehatan dapat memperkenalkan atau memperbaiki sistem panggilan cepat yang memungkinkan pasien untuk dengan mudah meminta bantuan saat diperlukan. Penggunaan teknologi seperti aplikasi mobile untuk komunikasi langsung dengan penyedia pelayanan kesehatan juga dapat ditingkatkan, yang menunjukkan komitmen terhadap dimensi reliability dan responsiveness.

Dalam hal informasi tentang obat-obatan dan perawatan pasca-pulang, fasilitas kesehatan harus memastikan bahwa setiap pasien menerima instruksi yang jelas dan terperinci tentang penggunaan obat-obatan dan tindak lanjut perawatan yang diperlukan. Ini dapat dilakukan melalui pemberian brosur informasi, sesi edukasi pasien sebelum pulang, dan akses ke hotline atau pelayanan konsultasi online untuk pertanyaan pasca-pulang, yang menegaskan kembali dimensi reliability dan assurance.

Guna memperbaiki kondisi lingkungan, perhatian harus diberikan pada kebersihan dan ketentraman lingkungan rumah sakit. Program kebersihan yang ketat dan peningkatan insulasi suara di area pasien dapat membantu menciptakan lingkungan yang kondusif untuk pemulihan, mencerminkan dimensi tangibles dari model SERVQUAL.

Terakhir, untuk meningkatkan penilaian umum dan kemungkinan rekomendasi pasien, fasilitas kesehatan harus secara rutin mengevaluasi dan merespons umpan balik pasien. Mengadopsi pendekatan berkelanjutan untuk peningkatan mutu pelayanan berdasarkan pengalaman pasien akan memastikan bahwa fasilitas tersebut tidak hanya memenuhi tetapi melampaui harapan pasien, sejalan dengan semua dimensi mutu pelayanan yang diidentifikasi dalam model SERVQUAL.

Karenanya, Mengukur pengalaman pasien dibandingkan sekadar kepuasan pasien menawarkan lensa yang lebih komprehensif dan mendalam dalam mengevaluasi mutu perawatan kesehatan. Pengalaman pasien melibatkan evaluasi langsung dari serangkaian interaksi pasien dengan sistem

perawatan kesehatan, yang mencakup komunikasi, akses perawatan, mutu lingkungan, dan partisipasi dalam pengambilan keputusan. Ini sesuai dengan teori mutu pelayanan yang lebih luas, seperti yang dijelaskan oleh Berry, Zeithaml, dan Parasuraman (1990), yang mengidentifikasi lima dimensi mutu pelayanan, termasuk aspek tangibles, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy.

Berbeda dengan kepuasan pasien yang cenderung bersifat subjektif dan dapat dipengaruhi oleh harapan pasien, pengalaman pasien memberikan wawasan objektif tentang apa yang sebenarnya terjadi selama proses perawatan. Menurut Boulding et al. (2011), pengalaman pasien yang positif berkorelasi dengan hasil kesehatan yang lebih baik, kepatuhan terhadap rencana perawatan yang disarankan, dan penggunaan sumber daya perawatan kesehatan yang lebih efisien. Ini menunjukkan pentingnya melampaui pengukuran kepuasan untuk memahami dan meningkatkan aspek konkret dari perawatan yang diterima pasien.

Pentingnya pengalaman pasien dalam menentukan mutu pelayanan kesehatan juga ditekankan dalam kerangka Triple Aim oleh Berwick, Nolan, dan Whittington (2008), yang menargetkan peningkatan pengalaman perawatan, peningkatan kesehatan populasi, dan pengurangan biaya per kapita. Fokus pada pengalaman pasien membantu memastikan bahwa upaya perbaikan mutu berpusat pada pasien, menangani faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap hasil kesehatan dan kepuasan pasien.

Dalam hal peningkatan pengalaman pasien, rumah sakit, puskesmas, dan klinik harus mengadopsi pendekatan sistematis yang mengevaluasi dan menanggapi setiap aspek perawatan yang dirasakan oleh pasien. Ini melibatkan tidak hanya memperbaiki interaksi satu-satu antara pasien dan penyedia pelayanan kesehatan tetapi juga mengatasi faktor-faktor struktural seperti aksesibilitas pelayanan, waktu tunggu, dan kesinambungan perawatan. Pendekatan yang berfokus pada pengalaman pasien mendorong pembuatan kebijakan dan praktik yang berorientasi pasien, yang pada akhirnya meningkatkan mutu perawatan dan memperkuat sistem kesehatan secara keseluruhan.

Oleh karena itu, mengintegrasikan pengukuran dan peningkatan pengalaman pasien ke dalam strategi peningkatan mutu pelayanan kesehatan tidak hanya mendukung pencapaian hasil kesehatan yang lebih baik tetapi juga memastikan bahwa perawatan kesehatan yang diberikan sejalan dengan kebutuhan dan preferensi pasien. Fokus pada pengalaman pasien mengakui nilai intrinsik dari setiap interaksi dalam sistem perawatan kesehatan, mengarah pada perawatan yang lebih holistik dan berpusat pada pasien

## **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

Berdasarkan analisis data dan pembahasan, berikut kesimpulan untuk meningkatkan pengalaman pasien dan mutu pelayanan di rumah sakit, puskesmas, dan klinik dapat dirangkum sebagai berikut:

1. Pengakuan Keunikan Individu

Meskipun sebagian besar pasien merasa diperlakukan sebagai individu unik, terdapat kebutuhan untuk lebih meningkatkan pengakuan atas nilai budaya dan preferensi individu dalam proses perawatan.

2. **Penghormatan Nilai Budaya dan Otonomi Pasien**  
Penyedia pelayanan kesehatan harus lebih memperhatikan nilai dan kepercayaan budaya pasien dalam pengambilan keputusan perawatan, dengan hanya sebagian kecil pasien merasa nilai budayanya dihargai.
3. **Dukungan Keterlibatan Pasien**  
Terdapat ruang yang signifikan untuk memperbaiki keterlibatan aktif pasien dalam pengambilan keputusan, menunjukkan perlunya strategi yang lebih efektif dalam mendukung SDM.
4. **Koordinasi dan Integrasi Perawatan**  
Meski banyak pasien merasa perawatan mereka terkoordinasi dengan baik, masih ada tantangan dalam koordinasi pelayanan pendukung dan pelengkap, serta kebutuhan untuk memperkuat komunikasi antar tim kesehatan.
5. **Informasi dan Pendidikan Pasien**  
Pasien memerlukan informasi lebih lengkap dan jelas tentang kondisi kesehatan, proses perawatan, dan pengelolaan kesehatan pasca-pulang, dengan penekanan pada peningkatan akses ke informasi untuk mendukung otonomi dan perawatan diri.
6. **Kenyamanan Fisik**  
Pengelolaan nyeri dan dukungan untuk aktivitas sehari-hari dinyatakan cukup memadai oleh mayoritas pasien, tetapi lingkungan fisik perawatan masih bisa ditingkatkan untuk mendukung pemulihan.
7. **Dukungan Emosional**  
Meskipun banyak pasien merasa mendapatkan dukungan emosional, kecemasan terkait kondisi fisik, dampak penyakit, dan keuangan menunjukkan kebutuhan untuk peningkatan dukungan psikologis dan informasi keuangan.
8. **Keterlibatan Keluarga dan Teman**  
Keterlibatan keluarga dan teman dalam perawatan pasien dinyatakan positif, namun masih perlu peningkatan dalam menyediakan dukungan bagi keluarga sebagai pengasuh dan akomodasi yang memadai.
9. **Akses Perawatan**  
Aksesibilitas dan kenyamanan pasien dalam mengakses fasilitas kesehatan, transportasi, dan proses janji dinyatakan baik, namun terus memerlukan pemantauan dan peningkatan.
10. **Pengalaman Pasien**  
Keseluruhan pengalaman pasien dinyatakan positif, dengan penekanan pada komunikasi efektif, responsivitas staf, dan lingkungan perawatan yang mendukung.

Implikasi penelitian ini menyoroti pentingnya penerapan strategi yang berorientasi pada pasien dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, dan klinik. Salah satunya adalah pentingnya

mengakui keanekaragaman budaya dan kepercayaan pasien serta menghormati otonomi mereka. Hal ini menunjukkan perlunya pelatihan staf dalam komunikasi lintas budaya dan penggunaan alat bantu keputusan untuk memastikan pengambilan keputusan yang berbasis pada pasien. Selain itu, hasil penelitian menunjukkan perlunya meningkatkan koordinasi perawatan klinis dan pelayanan pendukung melalui pengembangan sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dan pembentukan tim koordinasi perawatan. Peningkatan dalam memberikan informasi yang jelas dan lengkap kepada pasien tentang kondisi mereka dan proses perawatan yang akan dijalani juga menjadi implikasi penting dari penelitian ini. Selanjutnya, peningkatan dukungan emosional dan psikososial bagi pasien dan keluarganya serta integrasi keluarga dan teman dalam perawatan pasien juga menjadi area yang perlu diperhatikan. Dengan menerapkan temuan ini, pelayanan kesehatan dapat lebih fokus pada kebutuhan dan preferensi pasien, yang diharapkan akan meningkatkan kepuasan dan hasil kesehatan secara keseluruhan.

### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Kami, para penulis, menyampaikan rasa terima kasih yang dalam dan tulus kepada seluruh keluarga besar LAFKI, yang telah menjadi teman sejati dalam perjalanan penelitian ini. Seperti kapten dan awak kapal yang telah menavigasi perairan yang belum dipetakan, mitra LAFKI dan semua pasien yang luar biasa telah menjadi bintang pemandu kami, memberi inspirasi dan arah pada setiap langkah. Ucapan terima kasih yang hangat juga kami haturkan kepada para surveior, khususnya surveior LAFKI, yang dengan penuh dedikasi telah menjaga standar kami agar tetap tinggi dan terarah. Kami juga ingin mengakui dan memberi penghargaan kepada para FIHFAA dan seluruh peserta penelitian, yang seperti kru yang tangguh, telah membantu mengarungi tantangan demi tantangan dengan semangat yang tak pernah pudar. Setiap kontribusi telah membentuk mozaik penelitian ini menjadi karya yang indah dan bermakna.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Barry, M.J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making – The pinnacle of patient-centered care. *The New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781.
- Baym, N. K. (2010). *Personal connections in the digital age*. Malden, MA: Polity Press.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Berry, L. L., Zeithaml, V. A., & Parasuraman, A. (1990). Five imperatives for improving service quality. *Sloan Management Review*, 31(4), 29-38.
- Bertakis, K.D., Azari, R. (2012). "Patient-Centered Care: The Influence of Patient and Resident Physician Gender on Gender Concordance in Primary Care." *Journal of Women's Health*, 21(3), 326-332. DOI: 10.1089/jwh.2011.2903.

- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- Boulding, W., Glickman, S. W., Manary, M. P., Schulman, K. A., & Staelin, R. (2011). Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *The American Journal of Managed Care*, 17(1), 41-48.
- Bozarth, J. D. (2013). Unconditional positive regard. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, & A. C. Bohart (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 180-192). Palgrave Macmillan/Springer Nature.
- Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231.
- Carr, D., Goudas, L., Lawrence, D., Pirl, W., Lau, J., DeVine, D., ... & Kupelnick, B. (2001). Management of cancer symptoms: Pain, depression, and fatigue. Evidence Report/Technology Assessment (Vol. 61). Agency for Healthcare Research and Quality.
- Coleman, E. A., & Boult, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557.
- Coulter, A., & Collins, A. (2011). Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me. King's Fund.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2007). Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103.
- Frosch, D. L., & Kaplan, R. M. (1999). Shared decision making in clinical medicine: Past research and future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(4), 285-294.
- Gibson, M. & Paice, J. A. (2015). Manajemen Nyeri: Pendekatan Integratif. *Journal of Pain Management*.
- Gruman, J., Rovner, M. H., French, M. E., Jeffress, D., Sofaer, S., Shaller, D., & Prager, D. J. (2010). From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 350-356.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.

- Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC). (2010). *Core Concepts of Patient- and Family-Centered Care*.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business Review Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. McGraw-Hill.
- Leske, J.S. (1998). Internalized anger and guilt in spousal caregivers of persons with brain injury. *Brain Injury*, 12(6), 409-417.
- Lewin, K. (1947). *Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change*. Human Relations.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (2007). *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. Mosby.
- McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Wiley-Blackwell.
- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., ... & Owens, D. K. (2007). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P. D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: The influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research*, 45(5p1), 1188-1204.
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2013). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746-754.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing: What it is, and What it is Not*. Harrison.
- Northouse, L., Williams, A., Given, B., & McCorkle, R. (2010). Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28(12), 1227-1234.
- O'Malley, A. S., Tynan, A., Cohen, G. R., & Kemper, N. (2009). Coordination of care by primary care practices: Strategies, lessons and implications. *Research Briefs*, (12), 1-16.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Reinhard, S.C., Levine, C., & Samis, S. (2012). *Home Alone: Family Caregivers Providing Complex Chronic Care*. AARP Public Policy Institute.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations*, 5th Edition. Free Press.
- Tinkler, L., Smith, V., & Yiannakou, Y. (2015). A review of patients' experience of being cared for on a medical ward and nurses' responses to their needs. *Nursing Open*, 2(1), 36-43.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., ... & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based

- healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. F.A. Davis Company.
- Yu, C., et al. (2023). "More patient-centered care, better healthcare: the association between patient-centered care and healthcare outcomes in inpatients." *Front Public Health*, 11: 1148277. doi: 10.3389/fpubh.2023.1148277