**ASUHAN BERPUSAT PADA PASIEN**

## PENDAHULUAN

Menurut Institute for *Patient-Family Centered Care* (2012) Pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga adalah suatu pendekatan dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi pelayanan kesehatan yang berbasis pada kemitraan yang saling memberikan manfaat antara penyedia pelayanan, pasien, dan keluarga. Menurut Australian Commision on Safety and Quality in Health care (ACSQHC) *patient centered care* adalah suatu pendekatan inovatif terhadap perencanaan, pemberian, dan evaluasi atas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pemberi layanan kesehatan, pasien dan keluarga. *Patient centered care* diterapkan kepada pasien dari segala kelompok usia, dan bisa dipraktekkan dalam setiap bentuk pelayanan kesehatan (Lumenta, 2012).

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah :

* 1. Mahasiswa mampu memahami asuhan berpusat pada pasien.

## PENYAJIAN MATERI

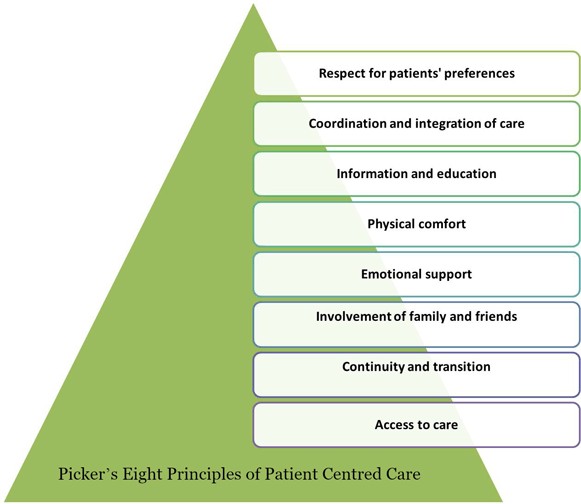
* 1. **Perbedaan Model Tradisonal dengan *Patient centered care***

Pada model tradisional dalam pelayanan kesehatan, dokter merupakan unit sentral atau pusat dalam model pelayanan kesehatan. Pada model tradisional pelayanan kesehatan ini, pasien dan keluarga “dibangun” patuh tanpa syarat kepada keahlian pada profesional layanan kesehatan yang peternalistik. Model patient centered care merupakan pendekatan yang lebih modern dalam pelayanan kesehatan sekarang. Model ini telah menggeser semua pemberi pelayanan kesehatan menjadi di sekitar pasien dan berfokus kepada pasien. Pada model *patient centered care* ini diberlakukan kemitraan yang setara (Sodomka,2006).

**Konsep Inti *Patient centered care***

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

* + 1. Martabat dan Respek

Dalam aspek ini, sikap seorang tenaga kesehatan mendengarkan, peduli dan menghormati pilihan pasien. Pengetahuan, nilai-nilai yang dianut, dan background Pasien, Perawat, Fisioterapi, Analis Dokter apoteker Lainnya Ahli

Gizi budaya pasien ikut berperan penting selama perawatan pasien dan menentukan outcome pelayanan kesehatan kepada pasien. Kultur (kebudayaan) adalah determinan paling fundamental dari keinginan dan perilaku seseorang. Seorang anak memperoleh serangkaian nilai, persepsi, preferensi dan perilaku melalui keluarganya (Thamrin,2012). Aspek martabat dan respek dalam konsep *patient centered care* adalah perilaku seorang perawat yang mencerminkan sikap caring saat melaksanakan pelayanan kesehatan. Perilaku caring mengandung 3 hal yang tidak dapat dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab, dan dilakukan dengan ikhlas (Dwidyanti,2009). Perilaku caring memiliki inti yang sama yaitu sikap peduli, menghargai dan menghormati orang lain,member perhatian, dan mempelajari kesukaan seseorang serta cara berpikir dan bertindak.

* + 1. Berbagi Informasi Komunikasi

Dalam menginformasikan sesuatu kepada konsumen layaknya dilakukan dengan

efektif. Tanpa komunikasi yang efektif di berbagai pihak, pola hubungan yang kita sebut organisasi tidak akan melayani kebutuhan seorang konsumen dengan baik (Nugroho J. Setiadi, 2013 ). Dalam hal ini, mengkomunikasikan dan menginformasikan secara lengkap mengenai kondisi pasien dan hal- hal yang berkaitan dengan pasien, maupun program perawatan dan intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Memberikan Informasi secara lengkap dapat membantu dalam perawatan pasien, meningkatkan pengetahuan pasien dan pembuatan keputusan.( PFCC, 2007) .

* + 1. Partisipasi

Pasien dan keluarga dilibatkan dan di-support untuk ikut serta dalam perawatan dan pembuatan keputusan ( PFCC,2010). Partisipasi adalah hal yang dapat mendorong peran serta pasien dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan pasien. Keterlibatan atau partisipasi adalah status motivasi yang menggerakkan serta mengarahkan proses kognitif dan perilaku konsumen pada saatn mereka mengambil keputusan ( Nugroho J. Setiadi, 2013).

* + 1. Kolaborasi

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

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

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

a) Pasien memiliki hak untuk membuka dan komunikasi yang jujur dalam kepedulian dan kehangatan lingkungannya.

b). Para pasien,keluarga dan staf professional mempunyai peran yang vital dalam tim. c). Pasien bukan unit yang diisolasikan namun anggota dari keluarga,komunitas dan sebuah budaya.

1. Pasien adalah seorang individu dengan hak, tanggungjawab, dan pilihan tentang

gaya hidup.

1. Sebuah lingkungan yang mendukung, ramah dan peduli adalah komponen penting yang memberikan kesehtan berkualitas tinggi.
2. Lingkungan fisik sangat penting untuk proses penyembuhan dan harus dirancang untuk mempromosikan penyembuhan dan pembelajaran, serta pasien dan keluarga berpartisipasi dalam perawatan.

1. **Aspek *Patient Centered Care***

Standar Akreditasi RS versi 2012 mengharuskan menyelenggarakan pelayanan terintegrasi pada pelayanan-pelayanan sebagai berikut :

Gambar 4. Pelayanan terintegrasi

Kelompok standar pelayanan berfokus pasien yaitu :

* Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)
* Hak Pasien dan Keluarga ( HPK)
* Assesmen Pasien (AP)
* Pelayanan Pasien (PP)
* Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

1. Manajemen Penggunaan Obat (MPO)
2. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

**Konsep lama *System-centered care***

Konsep lama dari *system-centered care*yaitu :

1. Konsep keluarga dipertentangkan
2. Definisi keluarga masih dipertentangkan
3. Ketidakmampuan pasien dan keluarga
4. Majunya teknologi dan biomedis, meletakkan nilai interaksi manusia dalam perawatan kesehatan pada posisi bawah
5. Digerakkan oleh system ( Kusumaningrum,2009).

**Fokus baru *Patient centered care*** Fokus baru *patient centered care* yaitu : 1). Menghormati

1. Kekuatan
2. Pilihan
3. Fleksibel
4. Informasi
5. Support
6. Kolaborasi
7. Pemberdayaan

Alasan dilakukan*patient centered care*:

1. Membangun sistem kolaborasi dari pada kontrol
2. Berfokus pada kekuatan dan sumber-sumber keluarga daripada kelemahan keluarga
3. Mengakui keahlian keluarga dalam merawat pasien seperti sebagaimana professional
4. Membangun pemberdayaan daripada ketergantungan
5. Meningkatkan lebih banyak sharing informasi dengan pasien, keluarga, dan pemberi pelayanan daripada informasi hanya diketahui oleh profesional.
6. Menciptakan program yang fleksibel dan tidak kaku (Kusumaningrum,2009).

**Deklarasi *Patient Centered Healthcare***

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

1. Sistem kesehatan di semua bagian dunia ada dibawah tekanan dan tidak dapat mengatasinya bila mereka terus memusatkan perhatian pada penyakit dan bukan pada pasien.
2. Merek membutuhkan keterlibatan dari pasien secara individual yang melekat terhadap pengobatan mereka, membuat perubahan perilaku dan kelola diri.
3. Layanan kesehatan yang patient centered bisa jadi merupakan cara yang paling efektif biaya untuk meningkatkan hasil kesehatan bagi pasien.
4. Prioritas pasien, keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan berbeda dalam setiap Negara dan dalam setiap negara dan dalam setiap area penyakit, tetapi dari keberagaman ini kita mempunyai kesamaan prioritas ( Lumenta,2012). The Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan Patient-Centered Care adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang menciptakan hubungan kerjasama yang baik diantara praktisi kesehatan, pasien, dan keluarganya (jika diperlukan) untuk menjamin bahwa keputusan yang dibuat menghormati keinginan pasien, kebutuhan pasien,

pilihan pasien, menjamin pasien mendapatkan pengetahuan serta mendukung pasien untuk mengambil keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan merekasendiri(Shaller,D,2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi PCC :

1. Kepemimpinan
2. Visi Strategis dan komunikatif
3. Keterlibatan Pasien dan Keluarga
4. Lingkungan kerja yang kondusif
5. Pengukuran Sistematis dan Umpan balik
6. Kualitas lingkungan fisik
7. Dukungan teknologi

Patient-Centered Care (PCC) merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan. Berbagai model dan kerangka kerja PCC dikembangkan untuk menjelaskan PCC. Terdapat tiga model yang paling berpengaruh untuk menjelaskan komponen dari PCC.

1. The Picker/Commonwealth dimensions the Picker/Commonwealth dimensions mengidentifikasi tujuh aspek penting dalam PCC, yaitu: (Conway,Johnson, Edgman-Levitan et al, 2006).
   * Menghormati nilai-nilai yang dianut pasien, pilihan dan kebutuhan pasien.
   * Koordinasi dan integrasi.
   * Informasi, komunikasi dan pendidikan.
   * Kenyamanan fisik, meliputi manajemen nyeri, membantu aktivitas keseharian pasien, kebersihan dan kenyamanan lingkungan sekitar.
   * Dukungan emosional, pengurangan rasa takut dan kecemasan tentang status kesehatan, prognosis, dampak penyakit terhadap pasien, keluarga dan keuanganya.
   * Melibatkan keluarga dan teman pasien dalam pembuatan keputusan,

- Transisi dan keberlanjutan sebagai informasi.

1. The Institute for Family-Centered Care focus on Collaborative Partnership PCC sebagai pendekatan inovatif untuk merencanakan, menyampaikan dan mengevaluasi layanan kesehatan yang berfokus pada hubungan yang menguntungkan diantara pasien, keluarganya dan pemberi layanan kesehatan. Konsep inti dari PCC meliputi:

* Penghormatan dan martabat.
* Sharing informasi.
* Partisipasi.
* Kolaborasi.

1. Planetree Model ini memadukan komponen healing meliputi pikiran, tubuh dan spirit yang berpusat pada pasien, nilai-nilai dasar, holistik dan terintegrasi. Model ini menjelaskan ada sembilan elemen yang mendasari, yaitu:

* Mementingkan interaksi antar sesama manusia dalam arti memberikan layanan terhadap individu, berbuat baik dan selalu ada atau hadir untuk pasien
* Menginformasikan, menguatkan orientasi dan pengetahuan pasien
* Mengintegrasikan hubungan kerjasama dengan pasien dan keluarga dalam semua aspek perawatan
* Memberikan asuhan dalam aspek makanan dan nutrisi
* Menyatukan spiritual dan sumber-sumber dari dalam diri pasien untuk healing
* Menyatukan pijatan dan sentuhan
* Menyatukan seni (musik, bentuk-bentuk kesenian visual) dalam proses healing
* Menyatukan praktik komplementer dan terapi alternatif dalam layanan konvensional
* Menciptakan lingkungan yang nyaman meliputi bentuk dan rancanganya. Case Management Konsep dasar manajemen kasus meliputi koordinasi dari pelayanan yang berkualitas untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik pasien dengan biaya yang efektif dan untuk mencapai outcome yang positif. CMSA mendefinisikan manajemen kasus adalah proses kolaboratif meliputi pengkajian, perencanaan, fasilitasi, koordinasi pelayanan, evaluasi dan advocacy untuk mengakomodasi kebutuhan pasien dan keluarga meliputi komunikasi dan penyediaan sumber-sumber untuk mencapai outcome dan pembiayaan yang efektif (CMSA, 2010). Lingkup setting manajemen kasus adalah pembayaran, provider, pemerintah, pekerja, komunitas, dan lingkungan. Pelaksanaan manajemen kasus sangat kompleks dan komprehensif meliputi empat faktor:

1. Dalam konteks pelayanan, seperti pencegahan dan kesejahteraan, masalah

akut atau rehabilitasi pasien

1. Kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien seperti pasien kritis, asma, gagal ginjal, perawatan kanker terminal
2. Metode yang digunakan seperti pengaturan pelayanan, kompensasi pekerja, pelayanan medis, perlindungan medis
3. Pemberi layanan kesehatan profesional sebagai case manajer seperti registered nurse, pekerja sosial, dokter, konselor rehabilitasi. Peranan seorang manajer kasus meliputi:
4. Melakukan pengkajian komprehensif terhadap status kesehatan klien dan kebutuhan psikologis, meliputi kelemahan dan kekurangan, serta meningkatkan perencanaan manajemen kasus secara kolaborasi dengan klien dan keluarga atau pemberi asuhan.
5. Merencanakan bersama klien, keluarga atau pemberi asuhan, penyedia layanan kesehatan, pihak pembayar, komunitas, untuk memaksimalkan respon layanan kesehatan dan outcome pembiayaan yang efektif.
6. Memfasilitasi komunikasi dan koordinasi antara tim pemberi asuhan, melibatkan klien dalam proses pengambilan keputusan untuk meminimalkan pelayanan yang terpisah-pisah.
7. Memberikan pendidikan pada klien, keluarga atau pemberi asuhan dan anggota dalam tim pemberi asuhan tentang pilihan terapi, sumber komunitas, jaminan keuntungan, masalah psikologis, manajemen kasus.
8. Menguatkan klien untuk memecahkan masalah dengan mengeksplor pilihan perawatan, jika tersedia dan rencana alternatif, jika dibutuhkan untuk mencapai outcome yang diharapkan
9. Mendukung penggunaan layanan kesehatan yang cocok dan mendorong untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan menjaga pembiayaan yang efektif dengan berbasis pada kasus demi kasus
10. Membantu klien dalam transisi perawatan yang aman untuk menuju level selanjutnya
11. Mendukung pasien untuk self-advocacy dan self-determination
12. Mengadvocacy antara pasien dan pihak pembayar untuk memfasilitasi outcome positif untuk pasien, tim pemberi perawatan dan pihak pembayar. Meskipun demikian, jika konflik terjadi, kebutuhan klien tetap menjadi

prioritas.

Proses manajemen kasus meliputi aspek etik dan legal dalam lingkup praktis manajer kasus, menggunakan pemikiran kritis dan pengetahuan berdasar bukti. Langkah primer dalam proses manajemen kasus adalah (Powell&Tahan,2008): 1.Identifikasi dan seleksi klien Fokus pada identifikasi klien yang akan diuntungkan dari layanan manajemen kasus. Langkah ini meliputi pemilihan pemberi layanan manjemen kasus.

2.Pengkajian dan identifikasi masalah/ peluang Dimulai setelah seleksi kasus komlit dan dimasukan dalam manajemen kasus dan terjadi secara intermitten, sebagai kebutuhan dalam penanganan kasus 3.Meningkatkan perencanaan manajemen kasus Menetapkan tujuan dari intervensi dan membuat prioritas terhadap kebutuhan klien, yang mencerminkan tipe layanan dan sumber yang tersedia dalam rangka untuk mewujudkan tujuan atau outcome yang diharapkan

4.Implementasi dan koordinasi aktivitas perawatan Mewujdkan rencana manajemen kasus dalam sebuah kegiatan 5.Evaluasi rencana manajemen kasus dan rencana tindak lanjut Meliputi evaluasi satatus klien dan tujuan yang terkait dengan outcome

6. Mengakiri proses manajemen kasus Membuat kesimpulan akhir terhadap perawatan dan atau episode sakit. Proses fokus pada dihentikanya manajemen kasus saat pasien mencapai level fungsi kesehatan yang lebih tinggi, outcome terbaik yang mungkin dicapai, atau kebutuhan/ keinginan berubah dari klien. Standard praktek manajemen kasus terdiri dari :

1. Standard: Proses Seleksi Pasien untuk Manajemen Kasus
2. Standard: Pengkajian Pasien
3. Standard: Identifikasi Masalah dan Kesempatan
4. Standard: Perencanaan
5. Standard: Monitoring
6. Standarad: Outcome
7. Standard: Terminasi/penghentian Pelayanan Management Kasus
8. Standard: Fasilitas, Koordinasi, dan Kolaborasi
9. Standard: Kualifikasi untuk Manager Kasus
10. Standard: Legal
11. Standard: Etik
12. Standard: Advokasi
13. Standard: Kompetensi Kebudayaan
14. Standard: Sumber management dan Penatalayanan
15. Standard: Penelitian dan Pemanfaatan Penelitian

E. QUALITY OF CARE

1. Penjaminan Mutu

Mutu Pelayanan Kesehatan, yang meliputi kinerja yang menunjukan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang sudah ditetapkan. Quality: The totality of features and characteristic of product or service that bear on its ability to satisfy or implied needs (American Society For Quality Control, 1989) Definisi mengenai mutu telah banyak dijelaskan oleh para ahli. Azwar (1996) menjelaskan bahwa mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati dan juga merupakan kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan, sedangkan Tappen (1995) menjelaskan bahwa mutu adalah penyesuaian terhadap keinginan pelanggan dan sesuai dengan standar yang berlaku serta tercapainya tujuan yang diharapkan.

1. Dimensi Mutu Irawan (2006) merumuskan lima dimensi mutu yang menjadi dasar untuk mengukur kepuasan, yaitu :

* Tangible (bukti langsung), yang meliputi fasilitas fisik, peralatan, personil, dan media komunikasi yang dapat dirasakan langsung oleh pelanggan. Dan untuk mengukur dimensi mutu ini perlu menggunakan indera penglihatan.
* Reliability (keandalan), yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang tepat dan terpercaya. Pelayanan yang terpercaya artinya adalah konsisten. Sehingga reliability mempunyai dua aspek penting yaitu kemampuan memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan seberapa jauh mampu memberikan pelayanan yang tepat atau akurat.
* Responsiveness (ketanggapan), yaitu kesediaan/kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat. Dengan kata lain bahwa

pemberi pelayanan harus responsif terhadap kebutuhan pelanggan. Responsiveness juga didasarkan pada persepsi pelanggan sehingga factor komunikasi dan situasi fisik disekitar pelanggan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Assurance (jaminan kepastian), yaitu pengetahuan dan kesopanan karyawan dan kemampuannya untuk memberikan rasa percaya dan keyakinan atas pelayanan yang diberikan kepada pelanggan. Dan komponen dari dimensi ini yaitu keramahan, kompetensi, dan keamanan.

* Emphaty (empati), yaitu membina hubungan dan memberikan pelayanan serta perhatian secara individual pada pelanggannya.

1. Penilaian Mutu Penilaian terhadap mutu dilakukan dengan menggunakan pendekatan-pendekatan yang dikelompokkan dalam tiga komponen, yaitu :
   * Struktur (Input) Donabedian (1987, dalam Wijono 2000) mengatakan bahwa struktur merupakan masukan (input) yang meliputi sarana fisik perlengkapan/peralatan, organisasi, manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya dalam fasilitas keperawatan. Baik tidaknya struktur sebagai input dapat diukur dari jumlah besarnya mutu, mutu struktur, besarnya anggaran atau biaya, dan kewajaran. Penilaian juga dilakukan terhadap perlengkapan-perlengkapan dan instrumen yang tersedia dan dipergunakan untuk pelayanan. Selain itu pada aspek fisik, penilaian juga mencakup pada karakteristik dari administrasi organisasi dan kualifikasi dari profesi kesehatan.

Pendapat yang hampir sama dikemukakan oleh Tappen (1995), yaitu bahwa struktur berhubungan dengan pengaturan pelayanan keperawatan yang diberikan dan sumber daya yang memadai. Aspek dalam komponen struktur dapat dilihat melalui : 1) fasilitas, yaitu kenyamanan, kemudahan mencapai pelayanan dan keamanan; 2) peralatan, yaitu suplai yang adekuat, seni menempatkan peralatan; 3) staf, meliputi pengalaman, tingkat absensi, ratarata turnover, dan rasio pasien-perawat; dan 4) Keuangan, yaitu meliputi gaji, kecukupan dan sumber keuangan. Berdasarkan kedua pendapat di atas, maka pendekatan struktur lebih difokuskan pada hal-hal yang menjadi masukan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan, diantaranya yaitu : 1) fasilitas fisik, yang meliputi ruang perawatan yang bersih, nyaman dan aman, serta penataan ruang perawatan yang indah; 2) peralatan, peralatan keperawatan yang lengkap,

bersih, rapih dan ditata dengan baik; 3) staf keperawatan sebagai sumber daya manusia, baik dari segi kualitas maupun kuantitas; 4) dan keuangan, yang meliputi bagaimana mendapatkan sumber dan alokasi dana. Faktor-faktor yang menjadi masukan ini memerlukan manajemen yang baik, baik manajemen sumber daya manusia, keuangan maupun logistic.

* + Proses (Process) Donabedian (1987, dalam Wijono 2000) menjelaskan bahwa pendekatan inimerupakan proses yang mentransformasi struktur (input) ke dalam hasil (outcome). Proses adalah kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (perawat) dan interaksinya dengan pasien. Dalam kegiatan ini mencakup diagnosa, rencana perawatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus. Dengan kata lain penilaian dilakukan terhadap perawat dalam merawat pasien. Dan baik tidaknya proses dapat diukur dari relevan tidaknya proses bagi pasien, fleksibelitas/efektifitas, mutu proses itu sendiri sesuai dengan standar pelayanan yang semestinya, dankewajaran (tidak kurang dan tidak berlebihan). Tappen (1995) juga menjelaskan bahwa pendekatan pada proses dihubungkan dengan aktivitas nyata yang ditampilkan oleh pemberi pelayanan keperawatan. Hal ini termasuk perawatan fisik, intervensi psikologis seperti pendidikan dan konseling, dan aktivitas kepemimpinan. Penilaian dapat melalui observasi atau audit dari dokumentasi. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pendekatan ini difokuskan pada pelaksanaan pemberian pelayanan keperawatan oleh perawat terhadap pasien dengan menjalankan tahap-tahap asuhan keperawatan. Dan dalam penilaiannya dapat menggunakan teknik observasi maupun audit dari dokumentasi keperawatan. Indikator baik tidaknya proses dapat dilihat dari kesesuaian pelaksanaan dengan standar operasional prosedur, relevansi tidaknya dengan pasien dan efektifitas pelaksanaannya.
  + Hasil (Outcome ) Pendekatan ini adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan perawat terhadap pasien. Dapat berarti adanya perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negatif. Sehingga baik tidaknya hasil dapat diukur dari derajat kesehatan pasien dan kepuasan pasien terhadap pelayanan perawatan yang telah diberikan (Donabedian, 1987 dalam Wijono 2000). Sedangkan Tappen (1995) menjelaskan bahwa outcome berkaitan dengan hasil dari aktivitas yang diberikan oleh petugas kesehatan. Hasil ini dapat dinilai dari

efektifitas dari aktivitas pelayanan keperawatan yang ditentukan dengan tingkat kesembuhan dan kemandirian. Sehingga dapat dikatakan bahwa fokus pendekatan ini yaitu pada hasil dari pelayanan keperawatan, dimana hasilnya adalah peningkatan derajat kesehatan pasien dan kepuasan pasien. Sehingga kedua hal tersebut dapat dijadikan indikator dalam menilai mutu pelayanan keperawatan. Pendekatan-pendekatan di atas dapat digunakan sebagai indikator dalam melakukan penilaian terhadap mutu. Namun sebagai suatu sistem penilaian mutu sebaiknya dilakukan pada ketiga unsur dari sistem tersebut yang meliputi struktur, proses dan hasil. Dan setelah didapatkan hasil penilaiannya, maka dapat dilakukan strategi yang tepat untuk mengatasi kekurangan atau penilaian negatif dari mutupelayanan tersebut. Namun seiring berjalannya waktu, strategi peningkatan mutu mengalami perkembangan yang dapat menjadi wacana kita mengenai strategi mana yang tepat dalam melakukan upaya yang berkaitan dengan mutu pelayanan keperawatan. Oleh karena itu pada sub bab berikutnya akan dibahas mengenai strategi dalam mutu pelayanan keperawatan.

4. Siklus Pengembangan Mutu Pelayanan Keperawatan

* + Tahap pengembangan strategi : dimulai dengan membangkitkan kesadaran akan perlunya pengembangan jaminan mutu pelayanan yang diikuti dengan berbagai upaya pelaksanaan, peningkatan komitmen.
  + Tahap transformasi : membuat model-model percontohan di dalam institusi untuk peningkatan mutu secara berkesinambungan yang mencakup perbaikan proses perbaikan standar prosedur, dan pengukuran tingkat kepatuhan terhadap standar tersebut.
  + Tahap integrasi : pengembangan pelaksanaan jaminan mutu diterapkan diseluruh jaringan unit institusi, tetapi tetap mempertahankan komitmen yang sudah tumbuh, optimalisasi proses pengembangan jaminan mutu secara berkesinambungan.

## RANGKUMAN

Pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga adalah suatu pendekatan dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi pelayanan kesehatan yang berbasis pada kemitraan yang saling memberikan manfaat antara penyedia pelayanan, pasien, dan

keluarga.