

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Patient Centered Care

1. Definisi

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

2. Konsep

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

- a. Menghormati pilihan dan penilaian pasien
- b. Dukungan emosional
- c. Kenyamanan fisik
- d. Informasi dan edukasi
- e. Berkelanjutan dan transisi
- f. Koordinasi pelayanan
- g. Akses pelayanan
- h. Melibatkan keluarga dan teman

Beberapan penelitian lain seperti penelitian yang dilakukan oleh Moreau dan Hudon menjelaskan bahwa *PCC* memiliki enam *komponen* utama, yakni mengeksplorasi penyakit dan riwayat penyakit, memahami pasien secara utuh dari perspektif biopsikososial, menemukan penyebab, meningkatkan hubungan dokter-pasien untuk menciptakan hubungan terapeutik, bersikap

realistis, dan menggabungkan pencegahan dan promosi kesehatan (Moreau et al. 2012; Hudon et al. 2011). Konsensus tingkat tinggi menyebutkan *bahwa* terdapat 9 model dan kerangka kerja untuk mengidentifikasi *PCC*, 6 elemen inti berikut paling sering dikenali (Shaller 2007):

- a. Saling berbagi pengetahuan
- b. Melibatkan keluarga dan teman
- c. Kolaborasi dan manajemen tim
- d. Peka terhadap segi perawatan nonmedis dan spiritual
- e. Menghormati kebutuhan dan keinginan pasien
- f. Memberi kebebasan dan kemudahan memperoleh informasi

3. Manfaat

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

- a. Meningkatkan kepuasan pasien
- b. Meningkatkan hasil klinis
- c. Mengurangi pelayanan medis yang berlebihan dan tidak bermanfaat
- d. Mengurangi kemungkinan malpraktek dan keluhan

- e. Meningkatkan kepuasan dokter
- f. Meningkatkan waktu konsultasi
- g. Meningkatkan keadaan emosional pasien
- h. Meningkatkan kepatuhan obat
- i. Meningkatkan pemberdayaan pasien
- j. Mengurangi tingkat keparahan gejala
- k. Mengurangi biaya perawatan kesehatan

4. PCC sebagai sebuah dimensi kualitas pelayanan

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

- a. Level pengalaman mengacu pada pengalaman individu pasien terhadap perawatan mereka. Dalam hal ini tingkat, perawatan harus diberikan dengan penuh hormat, memberi informasi yang jujur dan mendorong partisipasi pasien dan keluarga.
- b. Level mikro-sistem klinis mengacu pada tingkat layanan, departemen atau program pelayanan. Pada tingkat ini, pasien dan penasihat keluarga harus berpartisipasi dalam keseluruhan desain layanan, departemen atau program; misalnya perancangan ulang tim dan berpartisipasi dalam perencanaan, pelaksanaan, serta mengevaluasi perubahan.

- c. Level organisasi mengacu pada organisasi secara keseluruhan. Tingkat organisasi tumpang tindih dengan tingkat mikro-sistem klinis, dalam hal organisasi terbentuk berbagai layanan, departemen dan program. Pada tingkat ini, pasien dan keluarga harus berpartisipasi sebagai anggota penuh dari komite organisasi kunci untuk subyek seperti keamanan pasien, desain fasilitas, peningkatan kualitas, pendidikan pasien dan keluarga, etika dan penelitian.
- d. Level lingkungan mengacu pada kebijakan sistem kesehatan.

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

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

B. Cesarean Section

1. Definisi

Cesarean Section adalah melahirkan fetus, plasenta, dan membran melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus setelah 28 minggu kehamilan (Moges, Ademe, and Akessa 2015).

Caesarean section merupakan sebuah intervensi besar dalam obstetri untuk menyelamatkan nyawa dari seorang wanita dan anak yang dilahirkan dari komplikasi kehamilan dan persalinan (Begum et al. 2017).

2. Indikasi menurut *Association of Scientific Medical Societies in Germany (AWMF)* :

a. Indikasi Absolut

- 1) Disproporsi kepala panggul
- 2) Korioamnionitis (infeksi pada plasenta)
- 3) Kelainan panggul ibu
- 4) Eklampsia dan *HELLP syndrom*
- 5) Fetal asfiksia atau asidosis
- 6) Prolap tali pusar
- 7) Plasenta previa
- 8) Letak dan presentasi abnormal
- 9) Ruptur uterus

b. Indikasi Relatif

- 1) *Cardiotopografi (CTG)* patologis
- 2) Kegagalan dalam proses persalinan
- 3) Riwayat *Cesarean Section*

3. Komplikasi (Aubrey-Bassler et al. 2007)

a. Hasil primer :

- 1) Kematian maternal (penyebab apapun, dalam 42 hari setelah persalinan)

- 2) Perdarahan postpartum (wanita dengan kehilangan darah total 500 mL atau lebih dalam 24 jam setelah kelahiran, dan *PPH* berat didefinisikan sebagai kehilangan darah 1000 mL atau lebih dalam jangka waktu yang sama) (berdasarkan *WHO* 2012)
- 3) Kematian bayi (dalam satu tahun lahir)

b. Hasil sekunder (berdasarkan *WHO* 2011) :

- 1) Morbiditas maternal berat, seperti; operasi besar, kegagalan organ vital dan perawatan intensif (*ICU*)
- 2) Morbiditas maternal lainnya, seperti; infeksi luka, hematoma luka, hematoma saluran genital bawah
- 3) Kelahiran menggunakan instrumen
- 4) Morbiditas janin, seperti; pendarahan kepala (misalnya cephalhaematoma, pendarahan intrakranial)
- 5) Komplikasi anastesi lainnya, seperti; spinal hematoma dan epidural hematoma
- 6) Lama rawat inap memanjang

C. Kecemasan Pasien

1. Definisi

Pengertian cemas menurut bahasa adalah hati tidak tenang (karena khawatir, takut); gelisah (*KBBI online*). Dalam buku

Encyclopedia of Psychology: 8 volume set mendefinisikan kecemasan sebagai emosi yang ditandai dengan perasaan tegang, khawatir dan dapat disertai perubahan fisik seperti tekanan darah yang meningkat. Orang yang mengalami kecemasan akan cenderung selalu merasa khawatir dan menghindari situasi tertentu yang membuatnya khawatir.

Menurut Spielberger (1966), kecemasan adalah tanda datangnya bahaya dan berhubungan dengan proses *somatic*, yang membuat individu berusaha menyesuaikan diri terhadap kondisi di luar lingkungan bila bahaya datang (Apriliyani, 2015).

2. Manifestasi

Menurut *American Psychiatric Association (APA)*, menyatakan bahwa orang dengan gangguan kecemasan biasanya memiliki gejala fisik, seperti berkeringat, gemetar, pusing atau detak jantung yang cepat. *Diagnostic dan Statistical Manual IV (DSM IV)* juga menyebutkan beberapa gejala cemas seperti gelisah, mudah lelah, sulit konsentrasi, mudah marah, otot tegang, dan gangguan tidur.

Selain gejala yang telah disebutkan diatas, menurut *ICD-10*, gejala yang dapat muncul adalah :

- a. Gejala Otonom, seperti jantung berdebar atau cepat, berkeringat, gemetar dan mulut kering (bukan yang disebabkan oleh obat atau dehidrasi).

- b. Gejala pada dada dan perut, seperti kesulitan bernafas, perasaan tersedak, nyeri dada atau ketidaknyamanan, mual.
- c. Gejala mengenai otak dan pikiran, seperti merasa pusing, goyah, pingsan atau pusing, perasaan bahwa obyek tidak nyata (derealisasi) atau merasa dirinya tidak benar-benar berada di tempat atau situasi tersebut (depersonalisasi), takut kehilangan kontrol, menjadi gila atau pingsan bahkan takut mati.
- d. Gejala umum, berupa muka memerah dan sensasi kebas atau kesemutan.
- e. Gejala ketegangan, dapat berupa ketegangan otot bahkan nyeri, gelisah, tegang dan kesulitan menelan.
- f. Gejala non-spesifik lainnya, seperti mudah terkejut, sulit konsentrasi, melamun, mudah marah, dan sulit tidur.

3. Proses

Terdapat 5 komponen dalam kecemasan proses terjadinya kecemasan menurut Spielberger (1972) :

- a. *Evaluative situation*, terpapar sesuatu situasi yang dianggap mengancam sebagai suatu indikasi bahaya (stressor).
- b. *Perception of situation*, situasi tersebut mempengaruhi persepsi, dinilai berdasarkan oleh sikap, kemampuan, dan pengalaman.
- c. *Anxiety state reaction*, persepsi tersebut akan menimbulkan reaksi kecemasan sesaat dan memicu reaksi fisiologis, berupa tekanan darah, dan denyut jantung meningkat.

- d. *Cognitive reappraisal*, selanjutnya akan dilakukan penilaian kembali dan mulai mencari solusi dengan meningkatkan sistem pertahanan diri sehingga meningkatkan aktivitas motorik.
- e. *Coping*, mencoba mengatasi masalah.

4. Jenis gangguan kecemasan

Terdapat beberapa jenis gangguan kecemasan yang dapat diidentifikasi menurut *Diagnostic and Statistical Manual–IV (DSM-IV)* (Barton et al. 2014) :

- a. *General Anxiety Disorder (GAD)*, kecemasan yang timbul terhadap suatu masalah dalam kehidupan, seperti ekonomi atau kesehatan yang disertai keyakinan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Gejala yang muncul umumnya berupa gelisah, sulit konsentrasi, dan gangguan tidur dan dialami dalam jangka waktu lama (lebih dari 6 bulan).
- b. *Obsesif-Compulsive Disorder (OCD)*, ditandai perasaan dan pikiran yang terus-menerus, tak terkendali (obsesi) terhadap rutinitas atau ritual (kompulsi). Contohnya mencuci tangan berulang kali karena khawatir berlebihan terhadap kuman dan memeriksa pekerjaan berulang kali karena khawatir telah salah dalam mengerjakan.
- c. *Panic Disorder*, kecemasan yang ditandai dengan gejala seperti berkeringat, gemetar, sesak napas atau perasaan tercekik, jantung

berdebar, dan perasaan takut. Serangan dapat terjadi secara tiba-tiba sehingga membatasi diri dalam beraktivitas.

- d. *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*, kecemasan yang dipicu oleh adanya pengalaman kejadian yang luar biasa baik secara fisik maupun mental, seperti bencana alam atau kejahatan, yang menyebabkan kilas balik dari kejadian tersebut, biasanya disertai dengan kilas balik kejadian trauma.
- e. *Social Phobia*, kecemasan terhadap lingkungan sosial karena merasa malu atau takut diadili.
- f. *Specific phobia*, kecemasan pada sesuatu hal yang spesifik yang pada hakikatnya tidak mengancam, seperti takut pada balon, buah-buahan atau serangga.
- g. *Adjustment disorder with anxious features*, masalah adaptasi yang disertai kecemasan.
- h. *Acute stress disorder*, kecemasan yang timbul akibat tekanan dari suatu situasi, biasanya kecemasan akan berkurang bila situasi tersebut telah dilalui.
- i. *Substance-induced anxiety disorder*, kecemasan yang timbul akibat efek samping suatu zat yang masuk dalam tubuh.
- j. *Anxiety due to a general medical condition*, kecemasan yang disebabkan akibat gangguan medis suatu penyakit.

5. Etiologi

Belum diketahui penyebab pasti dari kecemasan. Beberapa faktor dapat berkontribusi dalam perkembangan suatu gangguan kecemasan, misalnya seperti faktor genetik, lingkungan dan psikologis (Barton et al. 2014).

6. Patofisiologi

Saat merasakan adanya ancaman, otak akan merespon dengan mengirimkan perintah pada kelenjar adrenal untuk melepaskan hormon katekolamin adrenalin (epinefrin) dan peningkatan kortisol. Adrenalin memicu respons fisik terhadap stres, termasuk peningkatan denyut jantung dan laju pernapasan, sedangkan peningkatan kortisol yang tinggi dan tidak terkendali dapat menyebabkan pemecahan protein yang pada akhirnya menurunkan kemampuan dalam penyembuhan luka, meningkatkan resiko infeksi, perubahan respon imun, dan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit (Barton et al. 2014).

7. Faktor resiko

- a. Perempuan
- b. Pengalaman traumatis di masa kecil atau dewasa
- c. Penyakit fisik (masalah tiroid dan kondisi medis kronis)

- d. Stres dalam periode waktu yang lama (memiliki masalah keuangan)
- e. Faktor genetik
- f. Penyalahgunaan obat dan alkohol

8. Instrumen menilai kecemasan

Bila ditemui gejala yang mengarah kepada gangguan cemas, maka dapat dilakukan tes awal menggunakan kuesioner yang telah divalidasi, seperti *Beck Anxiety Inventory*, *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*, *Generalised Anxiety Disorder 7 (GAD-7) assesment* dan *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Barton et al. 2014).

C. Kepuasan Pasien

1. Definisi

Tidak ada kesepakatan dari beberapa literatur mengenai konsep kepuasan pasien dalam layanan kesehatan (Al-Abri and Al-Balushi 2014). Menurut Jenkinson C dkk. (2002) dan Ahmed et Al. (2011) kepuasan pasien sebagian besar muncul mewakili sikap terhadap perawatan atau aspek perawatan (Ahmad et al. 2012). Sedangkan peneliti lainnya mendefinisikan kepuasan pasien sebagai selisih antara harapan pasien terhadap layanan ideal dengan kenyataan yang dialami (Ahmad et al. 2012).

2. Atribut

Beberapa atribut yang terdapat dalam kepuasan pasien (Ahmad et al. 2012) :

- a. Atribut dalam proses pengobatan ; privasi, waktu tunggu, waktu konsultasi, layanan rujukan, obat dan diagnosis.
- b. Atribut dalam lingkungan ; nyaman, bersih, fasilitas dan layanan, bangunan, lokasi terjangkau.
- c. Atribut dalam manajemen ; disiplin, biaya pengobatan, ketersediaan dokter, durasi layanan, dan jarak lokasi.
- d. Atribut dalam riwayat rawat inap; informasi penyakit dan kesadaran tentang hak pasien.

3. Penelitian Terkait Kepuasan Pasien

Penelitian menunjukkan bahwa memfokuskan perawatan pada pilihan dan kebutuhan pasien berpotensi meningkatkan kepuasan pasien dan hasil klinis. Perawatan berpusat pada pasien juga telah terbukti mengurangi kekurangan dan kekurangan terlalu sering menggunakan layanan medis (Shaller 2007).

D. Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai *Patient Centered Care* terhadap pasien pasca operasi *Cesarean Section* masih sangat terbatas terutama di Indonesia. Dibawah ini adalah beberapa penelitian yang dilakukan sebelumnya namun dengan metode yang berbeda :

1. Wolf Debra M.,dkk (2008) dengan judul “*Effect of Patient-Centered Care on Patient Satisfaction and Quality of Care*”. Penelitian ini merupakan penelitian *randomized study* dengan *posttest design*. Penelitian ini dilakukan dengan menilai pengaruh *Patient Centered Care (PCC)* terhadap kepuasan pasien, persepsi asuhan keperawatan dan kualitas asuhan keperawatan. Ketiga variabel tersebut dinilai masing-masing menggunakan *The Baker and Taylor Measurement Scale (BTMS)* untuk menilai kepuasan pasien, adanya infeksi yang dibuktikan dengan laboratorium, kejadian jatuh selama perawatan dan lama perawatan lebih dari tiga hari yang diperoleh dari data sekunder rekam medis sebagai alat ukur penilaian kualitas asuhan keperawatan, terakhir *The Schmidt Perception of Nursing Care Survey (SPNCS)* sebagai alat ukur penilaian persepsi akan asuhan perawatan. Dari ketiga hal yang dinilai tersebut diperoleh hasil bahwa *PCC* berpengaruh terhadap dua dari tiga hal yang dinilai yakni kepuasan pasien ($P = 0,04$) dan kualitas asuhan keperawatan ($P = 0,03$).
2. Aprin Rusmawati (2016) melakukan penelitian dengan judul “Upaya Meningkatkan Kemampuan Perawat Dalam Menerapkan *Patient Centered Care (PCC)* di Rumah Sakit”. Metode penelitian ini menggunakan *Quasy – experimental design* dengan bentuk *two group pretest – posttest design*. Sampel penelitian yang digunakan

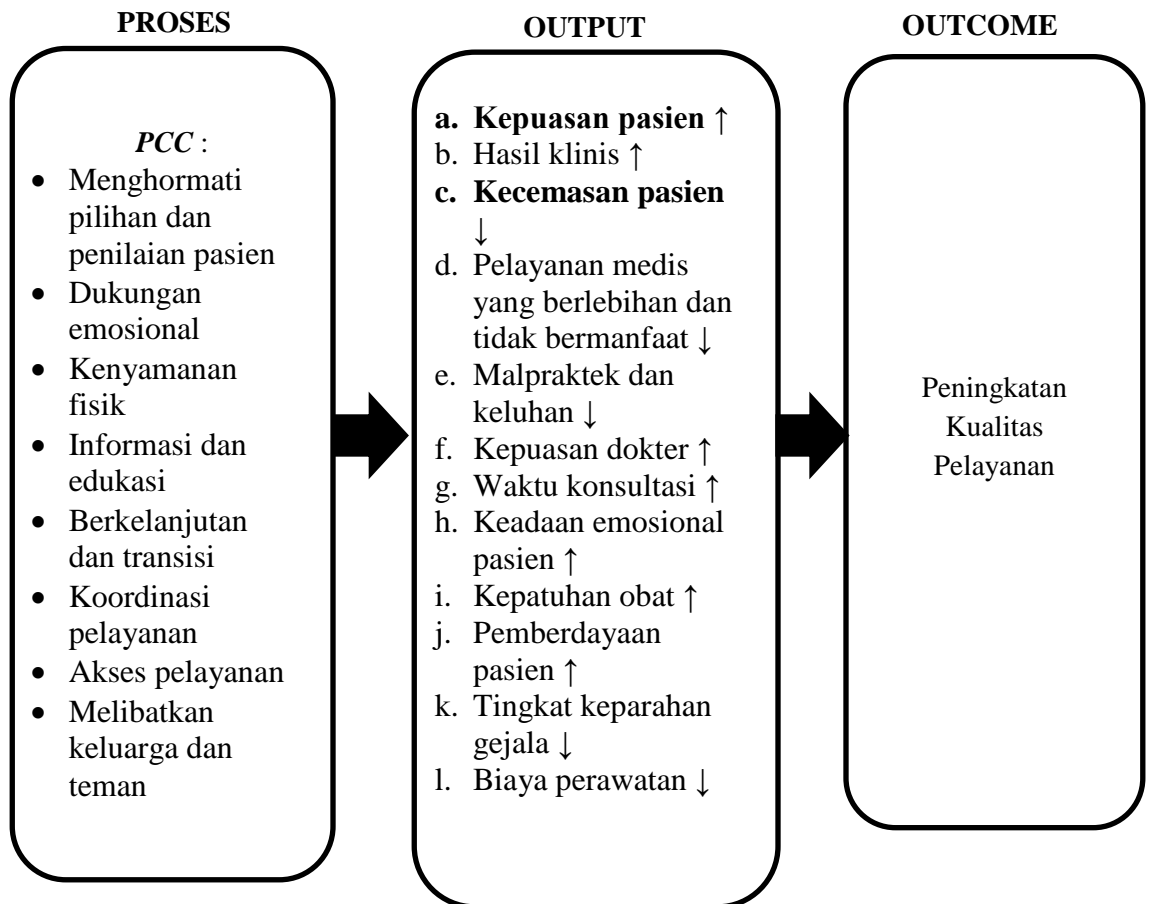
sebagai kelompok intervensi adalah pasien rawat inap RSUD dr Harjono Ponorogo dan kelompok kontrol adalah pasien rawat inap RSUD dr. Iskak Tulungagung. Pelatihan penerapan *PCC* diberikan kepada seluruh perawat rawat inap RSUD dr. Harjono Ponorogo. Hasil penelitian yang diperoleh dalam penelitian ini adalah terjadi peningkatan bermakna secara statistik pada persepsi pasien terhadap penerapan *PCC* sesudah mendapatkan pelatihan *PCC* walaupun ditinjau dari penerapan secara klinis yang dinilai dari persepsi pasien, pelatihan ini tidak menunjukkan hasil yang memuaskan.

3. Pagela Pascarella Renta dan Elsy Maria Rosa (2016) dengan judul “Evaluasi Pelaksanaan *Patient Centered Care* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I”. Pada penelitian ini menggunakan jenis penelitian *mix method*. Subjek penelitian yang digunakan adalah rekam medis, dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapis, apoteker dan pasien. Data diambil dengan cara analisa dokumen dan wawancara. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian tersebut adalah kelengkapan dokumen rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sesuai dengan standar akreditasi RS tahun 2012 yaitu sebesar 79,16% (lengkap). Catatan perkembangan pasien terintegrasi merupakan implementasi dari *PCC* sudah berjalan namun terkendala oleh keterbatasan waktu, kurangnya tenaga medis

di bagian tertentu, kurang maksimalnya pengorganisasian rekam medis dan pembinaan serta pengawasan dari pihak manajemen Rumah Sakit Muhammadiyah Yogyakarta.

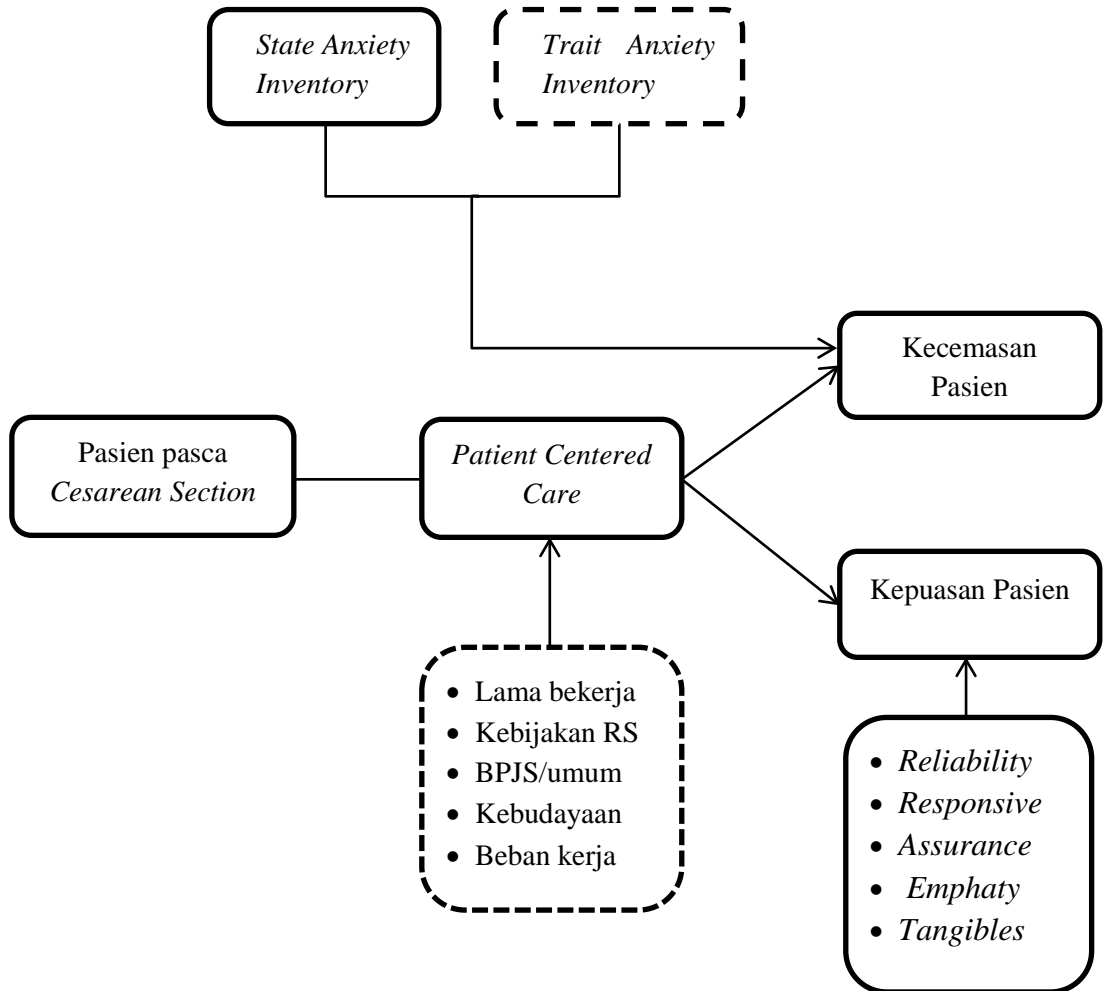
4. Philip Hepp et al., (2016) dengan judul “Measuring The Course of anxiety in women giving birth by cesarean section: a prospective study”. Metode dalam penelitian ini adalah studi monosentris prospektif yakni 47 wanita dengan indikasi operasi *caesar* akan dinilai tingkat kecemasannya. Evaluasi menggunakan *State-Trait Anxiety Inventory (STAI-trait and STAI-state)*, *Visual Analog Scale Anxiety (VASA)*, serta kortisol air liur pada tiga titik waktu pada hari operasi *caesar* (saat masuk, pada penutupan kulit dan 2 jam pasca operasi). Diperoleh tingkat kecemasan puncak untuk *State-STAI* dan *VASA* tertinggi pada saat masuk dan menunjukkan penurunan signifikan saat penutupan kulit ($p < 0,001$). Ukuran subjektif berkorelasi secara signifikan pada semua titik waktu ($p\text{-values} < .001$). Untuk tingkat kortisol tingkat puncak kecemasan ditunjukkan pada penutupan kulit dan penurunan yang signifikan dari penutupan kulit ke 2 jam pasca operasi ($p\text{-values} < .001$).

E. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

F. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

Keterangan :



Variabel yang diteliti



Variabel tidak diteliti

G. Hipotesis

H1 : Terdapat perbedaan tingkat kecemasan pada pasien pasca operasi *Cesarean Section* antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi (PCC).

H2 : Terdapat perbedaan tingkat kepuasan pada pasien pasca operasi *Cesarean Section* antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi (PCC).