

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep *Patient Centered Care (PCC)***

##### **1. Definisi**

*Patient centered care (PCC)* merupakan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan. Konsep *PCC* memposisikan pasien sebagai pusat pelayanan. Konsep *PCC* disebut juga pelayanan yang berpusat pada seseorang, klien, masyarakat, pasien dan keluarga serta perawatan individual (Riskiyah et al., 2017).

*Patient centered care* merupakan konsep pelayanan yang mengandung nilai-nilai menghormati, ditujukan untuk kebutuhan, keinginan, pilihan, privasi, kenyamanan dan harapan dari pasien dan keluarga serta terkoordinasi dan berkelanjutan. Selain itu, pelayanan ini memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk dapat menerima edukasi, berkomunikasi dengan petugas kesehatan, dan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dalam

hubungannya dengan pasien. Adanya pendekatan *patient centered care*, petugas kesehatan dapat menjaga nilai pasien, mengambil tindakan dan keputusan dengan melibatkan persepsi dan sudut pandang pasien dan keluarga (Marti et al., 2015)(Constand et al., 2014).

Implementasi *PCC* tidak hanya mengutamakan teknologi, tetapi lebih memperhatikan pentingnya interaksi individu. Konsep *PCC* juga disebut sebagai salah satu dimensi kunci dari kualitas pelayanan kesehatan karena mengarah kepada peningkatan kepuasan pasien, pendapatan pelayanan kesehatan, dan status kesehatan serta menghasilkan kepuasan kerja yang lebih besar bagi tenaga kesehatan, dan mengurangi kesalahan medis (Riskiyah et al., 2017).

*Patient centered care* melihat pasien sebagai seseorang atau individu yang butuh perhatian terkait sakit yang dialaminya sebagai suatu pengalaman sakit yang unik dan terbentuk dari konteks psikososial (Nundy and

Oswald, 2014). Dalam hal ini keluarga juga dilibatkan dan terdorong untuk berpendapat serta aktif berpartisipasi dengan tenaga kesehatan. Tujuan utama dari pelaksanaan *PCC* ini adalah memberntuk kolaborasi dengan mengedepankan kerjasama, tanggungjawab, dan akuntabilitas (Page et al., 2017).

*Patient centered care* seperti yang telah ditekankan sebelumnya, komponen terpenting dari transformasi ini adalah hubungan antara penyedia layanan kesehatan dan semua aspek perawatan yang berpusat pada pasien. Oleh karena itu, pendekatan pengembangan yang menjadi prioritas perawatan haruslah berbasis hubungan komprehensif, dimulai dengan menerapkan perawatan yang berpusat pada pasien (Nundy and Oswald, 2014).

*Patient centered care* pada pasien mempertimbangkan sudut pandang dan keadaan pasien selama proses pengambilan keputusan dan cakupannya luas untuk memenuhi tujuan atau kebutuhan pasien (Ponte et al.,

2003). Perawatan ini juga bisa disebut sebagai gaya pertemuan antara dokter pasien yang ditandai dengan responsifitas terhadap kebutuhan dan preferensi pasien dengan menggunakan keinginan pasien untuk memimpin suatu aktivitas, interaksi, pemberian informasi dan berbagi pengambilan keputusan dalam perawatan pasien (Rogers et al., 2005).

*Institute Of Medicine* (IOM) dalam laporannya tahun 2001, *Crossing the Quality Chasm*, menunjuk *patient centered care* sebagai salah satu dari enam tujuan mendasar sistem perawatan kesehatan AS (Carroll, 2002). Selain itu, IOM telah menetapkan definisi yang relatif bulat tentang perawatan yang berpusat pada pasien atau *patient centered care* ini pada pasien sebagai perawatan kesehatan yang membentuk kemitraan antara praktisi, pasien, dan keluarga pasien untuk memastikan bahwa keputusan tersebut menghormati keinginan, kebutuhan, dan preferensi pasien. Selain itu, pasien memiliki pengetahuan dan dukungan yang mereka butuhkan untuk

membuat keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan mereka sendiri (Delivery, 2001).

Definisi *PCC* ini menekankan keterlibatan pasien dalam proses pengambilan keputusan medis. Namun, beberapa definisi tampak ambigu pada preferensi pasien, yaitu preferensi pasien hanyalah satu pertimbangan atau faktor penentu utama dan yang terkuat dalam penyediaan layanan kesehatan. Definisi terakhir yang diusulkan oleh IOM tampaknya lebih banyak menginformasikan hubungan terapeutik yang dibahas dalam definisi person centered care. IOM ingin menjalin hubungan kemitraan antara penyedia layanan kesehatan dan pasien. Definisi ini jauh lebih dapat diterima dan dapat membantu memfasilitasi agar saling percaya dan memahami, mencegah, atau meredakan konflik antara kedua belah pihak dan akhirnya membuat keputusan medis yang memuaskan semua pihak. Dengan demikian, hubungan kemitraan terapeutik, yang menggabungkan *patient health care* dengan hubungan yang harmonis, ternyata lebih

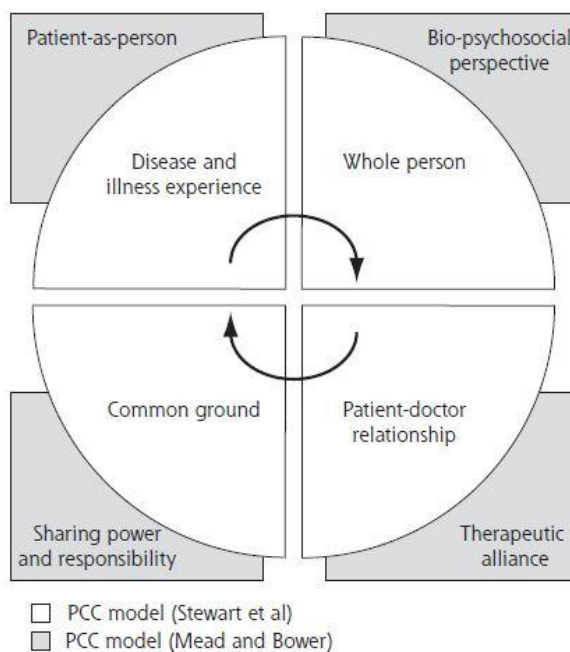
komprehensif jika terintegrasi dalam definisi dari *patient centered care* (Zhao et al., 2016).

Metode *patient centered care* mengidentifikasi bahwa keterpusatan pasien dapat dicapai dengan memahami pengalaman *disease* dan *illness* pasien serta memahami pasien secara holistic. *Patient centered care* dianggap memiliki banyak manfaat dan telah diusulkan sebagai alat untuk mencapai outcome kesehatan yang lebih baik, kepuasan pasien yang lebih besar dan meminimalisir biaya untuk kesehatan (Wang, 2005).

*Patient centered care* dalam suatu perawatan kesehatan didefinisikan sebagai ketentuan perawatan yang sesuai dengan nilai, kebutuhan, dan keinginan pasien dan dicapai oleh dokter dengan melibatkan pasien dalam diskusi dan keputusan kesehatan. Kerangka konseptual yang jelas merupakan langkah awal yang penting untuk pengukuran. Salah satu model konseptual yang jelas dan umum digunakan adalah dari Stewart et al and Mead and Bower's review dimana memuat *disease and illness*

*experience, whole person (biopsychosocial prespective), common ground (Sharing power and responsibility), dan patient doctor relationship (Therapeutic alliance).*

Kerangka konsep kedua model Stewart et al dan Mead and Bower dapat dilihat dari gambar 2.1 berikut (Stewart, 2003) (Mead and Bower, 2000).



Sumber: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1395529/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11005395>

Gambar 2.1. Kerangka Konsep Kedua Model

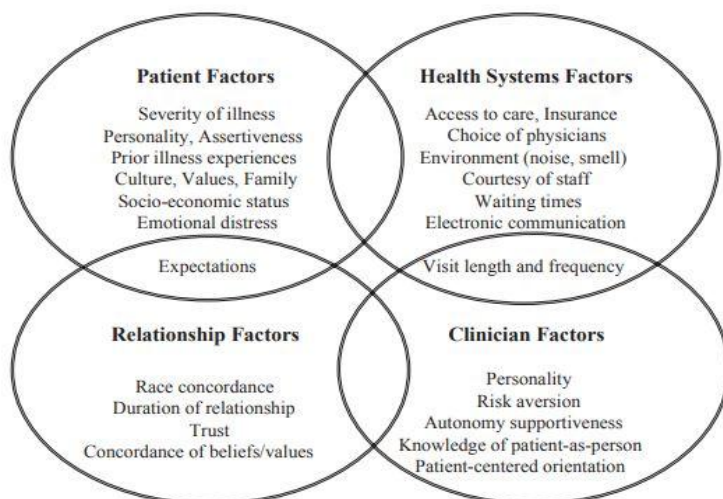
Stewart et al dan Mead and Bower.

Praktisi kesehatan benar-benar menganggap pasien sebagai manusia, mereka menghabiskan banyak waktu untuk mendengarkan dan membangun hubungan baik yang berkelanjutan dengan pasien, serta tentu saja memperhatikan mereka secara menyeluruh dengan semua unsur biopsikososial pasien. Mereka para praktisi kesehatan dan pasien beserta keluarganya saling sharing informasi dan membangun langkah bersama untuk menentukan rencana management yang terbaik (Mead and Bower, 2000). Model yang intinya hampir sama juga dipaparkan oleh Stewart 2003, dimana mereka (praktisi kesehatan) tidak hanya memahami pasien dari sakitnya, namun juga memahami perasaan si pasien saat menjalani masa sakitnya. Konsep *whole person* yang hampir sama dengan biopsikososial mendefinisikan bahwa kondisi sehat merupakan kondisi yang utuh antara badan, pikiran dan jiwa, serta bagaimana pasien dapat beradaptasi dengan lingkungan baik internal maupun eksternalnya.



Untuk itu dibutuhkan relasi atau hubungan yang baik antara dokter beserta tim kesehatan lainnya dengan pasien beserta keluarganya (Stewart, 2003).

Faktor yang mempengaruhi komunikasi pada *patient centered care* bukan hanya berfokus pada kualitas seorang praktisi individual, namun juga sistem kesehatan secara keseluruhan, ada beberapa antara lain *patient centered physicians, patient centered patients, patient centered relationships and patient centered health systems* (Raja et al., 2015). Hal tersebut sesuai dengan gambar 2.2 di bawah ini.



Sumber: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25993110>

Gambar 2.2 Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi  
pada *Patient Centered Care*

Pada penelitian Raja et al dilaporkan bahwa *compassion* (kasih sayang), empati dan hubungan baik merupakan suatu pilar atau fondasi yang merupakan pengalaman klinis yang positif. Kemudian juga dibahas mengenai strategi perilaku yang spesifik dimana dokter sebenarnya harus bisa menciptakan hubungan yang positif dengan pasien. Hal ini termasuk memberikan penjelasan *step by step* mengenai penyakit dan terapi suatu penyakit, serta frekuensi dan kesempatan untuk bertanya. Selain itu juga memperhatikan bahasa tubuh dan menciptakan atmosfer klinis yang positif serta manage atau mengatur waktu dengan baik serta tepat waktu (Raja et al., 2015).

Kegiatan belajar interprofessional atau *Interprofessional Education* (IPE), seperti sebuah workshop yang memungkinkan siswa untuk belajar dari,

dengan dan tentang satu sama lainnya (Ernawati et al., 2015). Adanya *Interprofesional Education* berpotensi untuk meningkatkan kompetensi kolaborasi interprofesi dimana terbukti meningkatkan pengetahuan, *skill*, *behavior* dan *quality of care* yang dapat dibuktikan secara objektif. Namun ada beberapa faktor yang harus dipertimbangkan dalam merencanakan dan mendesain IPE agar lebih efektif. Faktor tersebut antara lain desain, topik pembelajaran, dan panduan untuk menentukan outcome dari pembelajaran. Implementasi IPE diasumsikan lebih efektif jika mengacu pada kompetensi kolaboratif interprofessional tertentu yang spesifik sebagai tujuan akhir dari program. Dengan kompetensi yang jelas dan spesifik sebagai tujuan utama, maka program IPE dapat dirancang dengan lebih tepat. Sebelum menetapkan desain IPE yang sesuai, kompleksitas materi pembelajaran harus diakomodasi dengan baik. Mengakomodasi kompleksitas materi pembelajaran membutuhkan inovasi pendidikan terutama

dalam menetapkan instruksi pembelajaran dan menentukan media pembelajaran (Riskiyana et al., 2018).

## **2. Tujuan PCC (Rusmawati, 2016)**

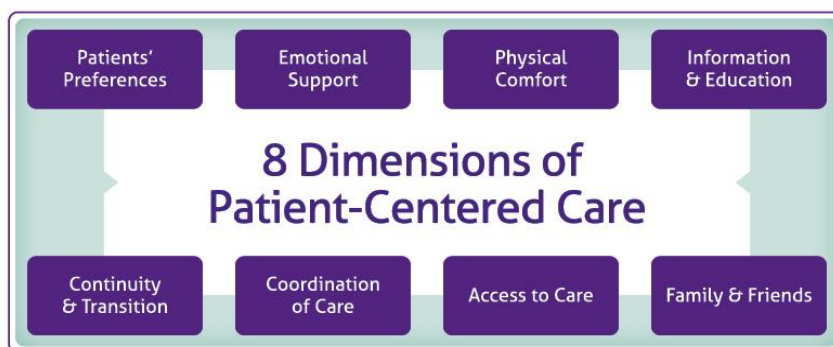
- a. Perawatan yang diberikan kepada pasien aman, tepat waktu, tepat sesuai dengan standar profesi, serta hukum dan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Keterampilan staf yang tercermin selama transisi perawatan.
- c. Perawatan terkoordinasi agar dapat memastikan output yang terbaik untuk pasien.
- d. Tidak adanya duplikasi dalam perawatan pasien.
- e. Suatu distribusi penyebaran yang adil dari suatu pekerjaan.
- f. Merupakan sebuah pendekatan multidisiplin untuk pemberian perawatan kesehatan.
- g. Untuk memastikan dan memantapkan pendekatan yang holistik didalam pelayanan keperawatan yang mencerminkan praktek yang profesional saat ini.

- h. Mengembangkan dan mengaplikasikan “*Model of Care*”
- 1) Komunikasi tepat waktu dan dalam dokumentasi
  - 2) Keterampilan, Profesional, pendidikan, pemberi asuhan,
  - 3) Komitmen, loyalitas, dan keunggulan
  - 4) Respek diri, budaya pada pasien dan organisasi
  - 5) Sikap positif
  - 6) Privasi
  - 7) Sumber daya, Transisi pasien, dan staf

### **3. Komponen *PCC***

Berbagai fokus grup diskusi dari berbagai kelompok pasien yang baru saja keluar dari rumah sakit, anggota keluarga, dokter, staf rumah sakit non dokter dikombinasikan dengan ulasan dari berbagai literature terkait serta peneliti dari *Harvard Medical School* atas nama *Picker Institute* dan *The Commonwealth Fund* mendefinisikan tujuh dimensi primer perawatan yang berpusat pada pasien. Prinsip-prinsip ini kemudian

diperluas untuk mencakup akses ke perawatan yang lebih luas. Para peneliti menemukan bahwa ada praktik tertentu yang kondusif untuk pengalaman pasien yang lebih positif dan temuan mereka membentuk *Picker's Eight Principles of Patient Care* (Picker Institute, 1987)(Berghout et al., 2015).



Sumber: <https://nexusipe.org/informing/resource-center/picker-institute%E2%80%99s-eight-principles-patient-centered-care>

Gambar 2.3 Dimensi *Patient Centered Care*

*The Picker Institute* mengatakan bahwa ada delapan dimensi dari *PCC* antara lain:

1. Menghormati Nilai nilai yang ada pada pasien, Preferensi, dan Kebutuhan pasien
  - 1) Memperlakukan individu dengan hormat, dengan cara mempertahankan martabat mereka dan

menunjukkan kepekaan terhadap nilai budaya pasien karena setiap pasien mempunyai keunikan tersendiri.

- 2) Menjaga pasien untuk selalu menjaga kondisinya dan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan serta tetap menghormati hak otonomi pasien.
- 3) Berfokus pada kualitas hidup seseorang, yang mungkin akan mempengaruhi penyakit dan pengobatannya.

## 2. Dukungan Emosional dan Pengendalian Ketakutan dan Kecemasan

Ketakutan dan kecemasan yang dialami pasien dapat bersatu dengan penyakit yang dialami dan tentunya dapat saling melemahkan. Oleh karena itu pada dimensi ini *PCC* dapat membantu antara lain:

- 1) Membantu meringankan rasa takut dan kecemasan yang mungkin dialami seorang pasien sehubungan dengan status kesehatan pasien

2) Status fisik, pengobatan, dan prognosis, dampak penyakit mereka terhadap diri mereka sendiri dan orang lain (keluarga, perawat, dll.), serta dampak finansial dari penyakit dari pasien harus dimanage dengan sebaik mungkin sehingga outcome lebih baik.

### 3. Kenyamanan Fisik

Meningkatkan kenyamanan fisik individu selama perawatan, terutama yang berkaitan dengan manajemen nyeri, mendukung aktivitas dan kebutuhan sehari-hari pasien, dan fokus untuk menjaga lingkungan rumah sakit dan lingkungan disekitar rumah sakit (misalnya hal yang berkaitan dengan privasi, kebersihan, kenyamanan, aksesibilitas untuk kunjungan).

### 4. Informasi dan Pendidikan

Dalam wawancara dari beberapa penelitian disebutkan bahwa pasien sering menyatakan kekhawatirannya, selain itu mereka juga mengatakan



bahwa tidak sepenuhnya mendapatkan informasi tentang kondisi atau prognosis mereka. Untuk itu dalam dimensi ini diharapkan dapat memberikan informasi lengkap yang kepada individu mengenai status klinis, kemajuan, prognosis pasien, proses perawatan dan informasi untuk membantu memastikan hak atau otonomi pasien dan kemampuan mereka dalam mengelola diri sendiri.

#### 5. Kontinuitas dan transisi

Pasien sering menyatakan keprihatinan dan ketidaktahuan mereka tentang kemampuan mereka untuk merawat diri mereka setelah pulang dari rumah sakit. Memenuhi kebutuhan pasien pada bagian ini membutuhkan informasi antara lain mengenai obat-obatan, keterbatasan fisik yang dialami, kebutuhan makanan dan minuman secara terperinci dan tentunya mudah dimengerti oleh pasien. Selain itu juga harus mengkoordinasikan dan merencanakan perawatan dan layanan yang berkelanjutan setelah pasien pulang.

Tidak lupa juga untuk memberikan informasi dukungan terhadap akses klinis, sosial, fisik dan keuangan secara berkelanjutan.

#### 6. Koordinasi dan Integrasi Perawatan

Selama ini pasien sering menyatakan perasaan rentan dan tidak berdaya dalam menghadapi penyakit. Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan perawatan serta layanan klinis untuk mengurangi perasaan takut dan kerentanan pada pasien menjadi solusi atas kondisi tersebut. Ada tiga area dimana koordinasi perawatan dapat mengurangi perasaan rentan antara lain koordinasi perawatan klinis, koordinasi layanan tambahan, koordinasi perawatan pasien lini depan.

#### 7. Akses ke Perawatan

Perlu dipastikan, terutama sehubungan dengan perawatan rawat jalan:

- 1) Akses ke beberapa tempat layanan kesehatan seperti klinik, rumah sakit dan dokter praktik pribadi dll

- 2) Ketersediaan transportasi
- 3) Kemudahan penjadwalan
- 4) Ketersediaan layanan kesehatan saat dibutuhkan
- 5) Akses ke spesialis dan layanan khusus bila diperlukan suatu rujukan.

#### 8. Keterlibatan Keluarga dan Sahabat

Peran keluarga dan sahabat dalam pengalaman berobat pasien dengan cara:

- 1) Memastikan dan membawa pasien mendapat dukungan dan semangat selama perawatan.
- 2) Menghormati peran keluarga atau teman pasien dalam pengambilan keputusan.
- 3) Mendukung anggota keluarga dan teman sebagai pengasuh, dan juga mengenali kebutuhan mereka.
- 4) Menyediakan akomodasi untuk keluarga dan teman. (Picker Institute, 1987)(Berghout et al., 2015).

Implementasi *PCC* memerlukan kompetensi petugas dalam hal komunikasi dan penilaian, konseling dan strategi dalam perubahan perilaku, dukungan manajemen diri terhadap penyakit dan kesehatan, serta koordinasi perawatan dengan interprofesi kesehatan lain. Terdapat tujuh dimensi *PCC* menurut Gerteis et al dalam Riskiyah et al yang menunjukkan bahwa sistem perawatan harus :

- 1) Menghormati nilai-nilai, pilihan, dan kebutuhan pasien.
- 2) Menekankan koordinasi perawatan dan integrasi perawatan.
- 3) Menginformasikan, komunikasi dan mendidik pasien serta keluarganya.
- 4) Memastikan kenyamanan fisik.
- 5) Memberikan dukungan emosional, mengurangi rasa takut, dan kecemasan.
- 6) Melibatkan keluarga dan teman-teman.
- 7) Mempromosikan perawatan yang berkesinambungan diantara penyedia dan institusi (Riskiyah et al., 2017).

#### **4. Penerapan PCC melalui Standar Akreditasi Rumah Sakit 2017**

Asuhan pasien dirumah sakit diberikan dan dilaksanakan dengan pola pelayanan berfokus pada pasien (*Patient Centered Care*). Pola ini dipayungi oleh konsep WHO: *Conceptual framework integrated people-centred health services*. Pelayanan berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal kontribusi profesi tiap-tiap profesional pemberi asuhan (PPA) adalah sama pentingnya atau sederajat. Pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda maka peranan manajer pelayanan pasien (MPP) penting untuk integrasi tersebut dengan komunikasi yang memadai terhadap profesional pemberi asuhan (PPA). Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berpusat pada pasien akan mencakup elemen sebagai berikut:

- 1) Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.

- 2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai Ketua tim asuhan pasien oleh profesional pemberi asuhan (PPA).
- 3) Profesional Pemberi Asuhan (PPA) bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional dibantu antara lain oleh Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya, Alur Klinis/*Clinical Pathway* terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur, *Standing Order* dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi).
- 4) Perencanaan Pemulangan Pasien (P3)/*Discharge Planning* terintegrasi; asuhan gizi terintegrasi; manajer pelayanan pasien/*case manager*.

Output yang diharapkan dari kegiatan manajemen pelayanan berpusat pada pasien antara lain:

- 1) Pasien mendapat asuhan sesuai dengan kebutuhannya.
- 2) Terpelihara kesinambungan pelayanan.

- 3) Pasien memahami dan mematuhi asuhan dan peningkatan kemandirian pasien.
- 4) Kemampuan pasien mengambil keputusan.
- 5) Keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga.
- 6) Optimalisasi sistem pendukung pasien.
- 7) Pemulangan yang aman.
- 8) Kualitas hidup dan kepuasan pasien (Sutoto et al., 2017).

#### **5. Strategi organisasi dalam penerapan PCC (Rusmawati, 2016)**

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

- a. Mempersiapkan lingkungan yaitu dengan mempersiapkan lingkungan fisik dan interaksi secara personal dan familiar, tidak mengintimidasi.

Bentuk pelayanan berupa:

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



- c. Memberdayakan pasien atau “aktivasi” yaitu dengan mendidik dan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan, kebiasaan hidup yang sehat dan mengatur diri. Bentuk pelayanan yaitu pusat belajar yang mudah dilihat, mudah diakses dan staf yang ramah dengan menyediakan materi pendidikan dalam berbagai bahasa, misalnya berupa *booklet* tentang kesehatan.
- d. Kompetensi sosial kultural
- Memahami dan mempertimbangkan budaya, status ekonomi dan pendidikan, status kesehatan, pola keluarga / situasi, dan tradisi (termasuk pengobatan tradisional/alternatif), berkomunikasi dalam bahasa dan level sesuai pemahaman pasien.
- e. Koordinasi dan integrasi dalam perawatan
- Penilaian memerlukan pelayanan formal dan informal yang mungkin memiliki dampak pada kesehatan atau treatment, menyediakan perawatan berbasis tim, arahan atau manajemen perawatan,

advokat untuk pasien dan keluarga serta memastikan transisi yang halus antara penyedia layanan dan fase perawatan yang berbeda.

f. Kenyamanan dan dukungan

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

g. Akses dan keterjangkauan

Menyediakan apa yang mungkin dibutuhkan pasien saat pengobatan dirumah, waktu tunggu yang minimum, menyediakan pelayanan yang mudah, meningkatkan akses dan arus pasien, membantu pasien untuk mencapai sistem kesehatan yang lebih baik. Menurut penelitian (Wolf et al., 2008) dimana penelitian tersebut menggunakan suatu tools untuk mengukur kepuasan dan kualitas dari pelayanan kesehatan. Pada penelitian tersebut pada kelompok intervensi didapatkan komunikasi yang lebih baik dan memperoleh perawatan yang lebih baik, dimana terbukti *hospital stay* menjadi lebih singkat yaitu 2

hari. Selama 2 sampai 3 hari perawatan tersebut para petugas menerapkan *PCC* dengan baik. Sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan tersebut maka penerapan *PCC* akan dilakukan selama kurang lebih 2 sampai 3 hari. Bahkan pada penelitian Kinmonth et al., 1998 hanya diperlukan waktu 1,5 hari pada kelompok perlakuan, dimana dokter dan perawat diberikan training untuk *PCC* untuk menghasilkan outcome yang lebih baik.

## **B. Manajemen nyeri**

### **1. Definisi Nyeri**

Nyeri adalah suatu persepsi sadar seseorang tentang *impuls nociceptive* termodulasi yang menghasilkan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial (Boggero et al., 2015). Secara umum nyeri pada ibu setelah melahirkan bisa terjadi akibat berbagai macam penyebab antara lain kontraksi rahim selama periode pengembalian rahim ke ukuran yang

semula atau biasa disebut dengan proses *involutio uteri*, adanya pembengkakan *mammae* akibat dari proses laktasi yang belum maksimal, adanya luka pada jalan lahir, dan adanya bekas luka karena insisi bedah pada ibu yang menjalani section cesarean. Nyeri sendiri bisa dirasakan dengan bermacam macam derajat atau tingkatan nyeri, yaitu dari ringan, sedang dan berat dimana hal ini dipengaruhi oleh berbagai macam faktor (Rohmah, 2017). Pada section cesarean ini bisa terjadi nyeri *visceral*. Pada pembedahan secara section cesarean biasanya secara umum digunakan teknik *neuraxial anestesi* atau *regional anestesi* (Chestnut et al., 2014). Teknik *general anestesi* tidak dipilih karena dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas sehingga banyak ditinggalkan (L et al., 2012). Pada regional anestesi untuk section cesarean biasanya dipilih obat *bupivacaine*, namun pada beberapa studi terbaru menunjukkan bahwa dengan penambahan *fentanyl* sebanyak 50µg pada 0.5% *bupivacaine* secara signifikan akan menurunkan skor VAS. Onset analgesik pada

pemberian *bupivacaine* sebagai *epidural blok* ini selama 21 menit, durasi blok motorik selama 192 menit dan durasi post operatif analgesic selama 191 menit. Sedangkan efek samping penggunaan obat-obatan blok regional ini antara lain mual, *pruritis*, hipotensi, sedasi dan depresi nafas walaupun dilaporkan sangat jarang terjadi (Parate et al., 2015).

Nyeri yang dirasakan oleh ibu post partus atau post section terutama pada hari pertama dan kedua akan berdampak sangat bermacam macam. Contoh dampak tersebut antara lain akan tertundanya mobilisasi, terhambatnya proses laktasi dan *attachment* antara ibu-bayi, memunculkan perasaan lelah, kecemasan, ketidaknyamanan, gangguan pola istirahat, bahkan yang paling parah bisa terjadi *post partum blues*, sehingga disini diperlukan suatu manajemen nyeri yang adekuat (Lowdermilk et al., 2013). Manajemen nyeri post operasi secara umum meliputi pendekatan farmakologi dan non farmakologi. Manajemen nyeri secara farmakologi yaitu

analgesic non narkotik, Obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), Analgesik narkotik atau opioid serta bila perlu dapat ditambahkan obat tambahan (*adjuvant*). Pada pasien post operasi walaupun obat obatan analgesic yang diberikan sudah adekuat dan sesuai namun terkadang pasien masih saja merasakan nyeri hebat, hal ini dialami pada 50% pasien post operasi. Untuk itu disini dibutuhkan peran dari tenaga medis untuk melakukan terapi non farmakologis yaitu intervensi dengan memberikan edukasi kepada pasien sehingga dapat memberikan keamanan dan kenyamanan (Smeltzer et al., 2010).

Diseluruh dunia teknik anestesi *subarachnoid* adalah prosedur anestesi yang paling banyak digunakan untuk persalinan secara section sesarea. Kelemahan utamanya dibandingkan dengan anestesi umum dan epidural anestesi adalah durasi yang pendek dan kurangnya efek analgesic paska operasi. Namun kedua faktor ini dapat diantisipasi dengan penambahan obat yang meningkatkan kualitas dan ketahanan terhadap nyeri. Adanya penambahan obat

analgesic paska operasi ini cukup memberi konsekuensi yang penting untuk menurunkan morbiditas maternal, meningkatkan outcome dari parturient, mempercepat proses ambulasi, menurunkan biaya, dan yang paling penting adalah dapat meningkatkan kualitas hubungan ibu dan bayi sejak saat kelahiran (Goma et al., 2014).

## **2. Metode pengukuran Nyeri**

Sensasi nyeri yang dirasakan menurut pasien dinilai dengan menggunakan *visual analogue pain scale*. Intensitas dari nyeri didiperoleh secara rutin setiap hari pada pasien, dimana skor 0 menunjukkan tidak adanya nyeri dan 9 adalah nyeri yang paling buruk yang mungkin terjadi. Intensitas nyeri juga didapatkan dengan sebuah skor dimana 0 tidak adanyeri sama sekali, 1-3 nyeri yang ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 sangat nyeri (Vejnović et al., 2012). Namun karena metode VAS dalam menilai derajat nyeri dirasakan sangat subjektif mengingat nyeri dapat dipengaruhi oleh berbagai macam factor misalnya, usia, jenis kelamin, penyebab nyeri dll, maka terdapat suatu

metode yang hasilnya tidak terlalu berbeda dengan metode VAS yaitu dibantu dengan *minimal clinically significant difference* (MCSD). Dengan MCSD ini pasien diamati dengan interval waktu 20 menit, pasien memberikan kategori nyeri secara verbal yaitu “jauh lebih baik”, “sedikit lebih baik”, “hampir sama”, “sedikit memburuk”, dan “sangat buruk” (Kelly, 2001). Akan tetapi metode VAS ini sudah tervalidasi dengan baik, terutama yang berkaitan dengan intensitas sensorik dan perasaan, serta tidak hanya untuk nyeri kronis, namun juga nyeri yang bersifat *experimental* atau akut (Price et al., 1983). Tidak hanya itu, VAS juga instrumen dengan validitas yang baik, keandalannya juga tidak diragukan lagi, distribusi yang moderat atau menyeluruh dan responsive bila dibandingkan dengan kuesioner multi item lainnya. Penggunaannya direkomendasikan dalam uji klinis untuk menilai *quality of life* (Boer et al., 2004).



## **C. Pelayanan Obstetri dan Ginekologi**

### **1 Definisi**

Obstetri merupakan suatu bidang kedokteran yang memiliki spesialisasi pembedahan yang menangani pelayanan kesehatan wanita selama kehamilan, persalinan serta nifas. Sedangkan Kebidanan yang sering disamakan dengan obstetri sebenarnya merupakan pelayanan yang sama dengan obstetri namun bukan menyangkut tindakan yang berakitan dengan tindakan pembedahan. Tujuan dari pelayanan obstetri ini yaitu meningkatkan upaya agar semua wanita terjamin dan dapat melahirkan, melalui masa nifas, menyusui, dan memelihara bayi dengan kesehatan yang optimal. Sedangkan Ginekologi merupakan ilmu yang mempelajari tentang kewanitaan namun lebih spesifik menangani kesehatan alat reproduksi wanita seperti organ rahim, vagina, indung telur dll. Beberapa sumber dulunya memisahkan kedua cabang ilmu kedokteran ini, namun sebagian besar di Indonesia menggabungkan kedua ilmu tersebut (Manuaba, 2001).

## 2 Sectio Cesarea

*Sectio caesarea* dewasa ini banyak mengalami peningkatan dimana kemajuan ilmiah, perubahan sosial dan budaya, dan pertimbangan medicolegal menjadi alasan utama untuk peningkatan *sectio caesarea*. Namun, sebenarnya *sectio sesarea* berkaitan dengan peningkatan risiko pada ibu dan anak. Sectio sesarea seharusnya hanya dilakukan bila memang menguntungkan dan terdapat indikasi (Vejnović et al., 2012).

Sectio cesarean sendiri adalah suatu kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (*laparotomy*) dan dinding uterus (*hysterectomy*). Indikasi dilakukannya section cesarean ini bermacam macam antara lain kehamilan *posterm* atau biasa disebut kehamilan *serotoni*, kehamilan lewat waktu, kehamilan lewat bulan, atau *prolonged pregnancy*. Kehamilan *post date* ini merupakan kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294) hari atau lebih dihitung dari hari pertama haid terakhir. Selain itu indikasi lain untuk dilakukannya

section cesarean ini antara lain *Cepalo pelvic disproportion*, *plasenta previa*, tumor pelvis, kelainan tenaga atau his pada ibu, *rupture uteri imminen*, persalinan tidak maju, penyakit ibu seperti eklamsia, janin besar, kelainan presentasi, gawat janin, hidrosefalus dan lain lain (Corton et al., 2014).

Ada dua metode teknik operasi pada section caesarea, yaitu metode klasik dan metode baru. Namun metode yang sering digunakan adalah metode klasik *C-section*. Pada metode klasik *C-Section*, teknik irisan dikulit dikerjakan secara irisan *horizontal Pfannenstiel* 2 cm dibawah simpisis pubis, jaringan *subcutaneous adipose* dan *fascia abdomen* juga dipotong secara tajam menggunakan scalpel dan aponeurosis dari *muskulus transversus abdominalis* dipisahkan dari *muskulus longus abdominalis*. Pada metode *C-Section* klasik dinding rahim dipotong secara komplit dengan scalpel, dan irisan diperlebar secara manual dengan sedikit membentuk kurva horizontal. Kemudian anak dilahirkan secara

manual setelah membuka kantung amnion. Setelah menentukan nilai pH neonatal, plasenta diangkat dengan tangan. Kuretase rahim dilakukan jika ada kecurigaan bahwa sisa-sisa plasenta. Rahim kemudian ditutup dengan jahitan terus menerus atau terganggu. *Peritoneum* dan otot-ototnya dijahit dengan jahitan terus menerus atau terganggu. Fasia ditutup seperti biasa dengan jahitan terus menerus. Akhirnya sayatan kulit ditutup dengan jahitan terus menerus *intracutaneous* (Vejnović et al., 2012).

Paska tindakan pembedahan dengan section pasien harus dilakukan perawatan secara baik. Tujuan utama perawatan ini sangat penting untuk mencegah timbulnya komplikasi pada pasien post section cesarean. Penatalaksanaan untuk pasien post sectio caesarea meliputi :

1) Analgesik

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat suntik 75 mg *meperidin* IM setiap 3 jam sekali bila perlu untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan

cara serupa 10-15 mg *morfina sulfat*. Obat-obatan antiemetik, misalnya *prometasin* 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik

2) Tanda-tanda vital

Setelah dipindahkan ke ruang rawat, maka tanda-tanda vital pasien harus dievaluasi setiap 4 jam sekali. Jumlah urin dan jumlah darah yang hilang serta keadaan fundus uteri harus diperiksa, adanya abnormalitas harus dilaporkan. Selain itu suhu juga perlu diukur.

3) Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan, termasuk *Ringer Laktat*, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya. Meskipun demikian, jika output urin di bawah 30 ml perjam, pasien harus dievaluasi kembali. Bila tidak ada manipulasi intra abdomen yang ekstensif atau sepsis, pasien seharusnya sudah dapat menerima

cairan per oral satu hari setelah pembedahan. Jika tidak, pemberian infus boleh diteruskan. Paling lambat pada hari kedua setelah operasi, sebagian besar pasien sudah dapat menerima makanan biasa.

2) Vesika urinaria dan usus

Kateter sudah dapat dilepas dari vesika urinaria setelah 12 sampai 24 jam post operasi. Kemampuan mengosongkan urinaria harus dipantau sebelum terjadi distensi. Gejala kembung dan nyeri akibat inkoordinasi gerak usus dapat menjadi gangguan pada hari ke-2 dan ke-3 post operasi. Pemberian *supositoria rectal* akan diikuti dengan defekasi atau jika gagal, pemberian enema dapat meringankan keluhan pasien.

3) Ambulasi

Pada hari pertama post operasi, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar sekurang-kurangnya sebanyak dua kali. Ambulasi dapat ditentukan waktunya sedemikian

rupa sehingga preparat analgesik yang baru saja diberikan akan mengurangi rasa nyeri. Pada hari kedua, pasien dapat berjalan ke kamar mandi dengan pertolongan. Dengan ambulasi dini, trombotik vena dan emboli pulmoner jarang terjadi.

4) Perawatan luka

Luka insisi diinspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka relatif dapat dimonitor dengan baik. Secara normal jahitan kulit diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan. Paling lambat pada hari ke tiga post partum, pasien sudah dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

5) Laboratorium

Secara rutin Ht diukur pada pagi hari setelah operasi, Ht harus segera dicek kembali bila terdapat kehilangan darah atau bila terdapat oliguri atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia. Jika Ht stabil, pasien dapat melakukan ambulasi tanpa

kesulitan apapun dan kemungkinan kecil jika terjadi kehilangan darah lebih lanjut (Fraser, 2009)

#### **D. Penelitian Pendahuluan**

Schwenkglens et al., 2014. *Correlates of satisfaction with pain treatment in the acute postoperative period: Results from the international PAIN OUT registry*. Metode studi deskriptif kualitatif. Hasil dari studi tersebut menjelaskan bahwa tingkat kepuasan pasien yang berhubungan dengan manajemen nyeri pasca operasi dipengaruhi oleh pengalaman nyeri, keterlibatan pasien dalam pemilihan terapi, dan karakteristik hubungan perawat dengan pasien.

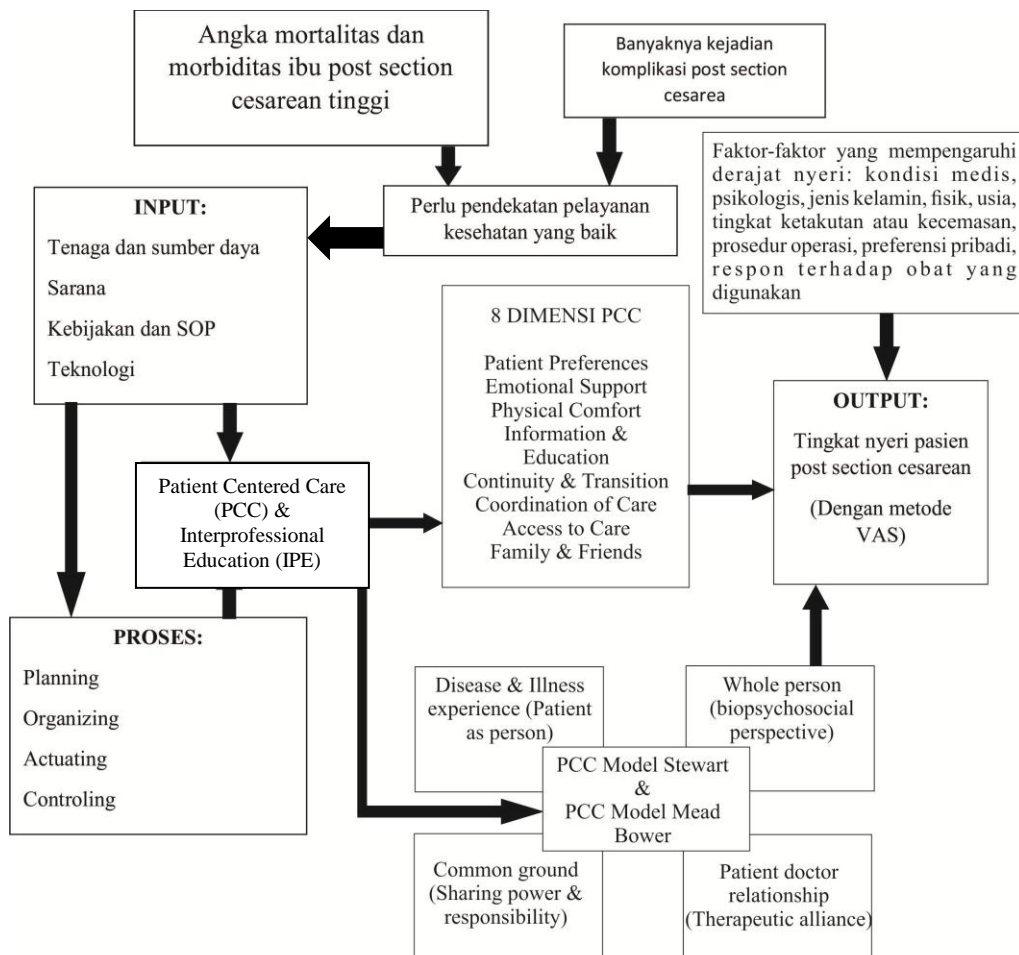
Riskiyah et al 2017. *Inpatient Experience in the Application of Patient Centered Care in UMM Hospital*. Metode studi penelitian kualitatif fenomenologi. Hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat pengalaman yang menyenangkan tentang penerapan *Patient Centered Care (PCC)* dimana pasien senang mendapatkan pelayanan yang sopan dan ramah dari petugas, pasien merasa dipedulikan oleh



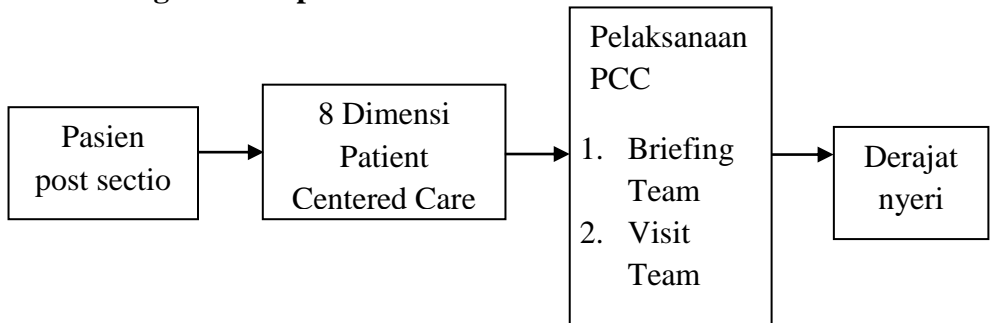
perawat selama dirawat, petugas berupaya berkomunikasi dengan baik, petugas memberikan pelayanan yang sama, petugas mengecek nama pasien ketika akan memberikan obat, makanan yang disediakan disesuaikan dengan kebutuhan dan gizi pasien.

Rathert et al., 2013. *Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature*. Metode studi *systematic review*. Pada penelitian ini didapatkan bermacam macam hasil hubungan antara *PCC* dan outcome klinis pasien, yaitu beberapa penelitian menemukan hubungan yang signifikan antara elemen spesifik *PCC* dan outcome, namun sebagian lainnya tidak menemukan hubungan tersebut. Namun disini ada bukti yang kuat dimana terdapat pengaruh positif *PCC* terhadap kepuasan dan pengelolaan diri dari pasien.

## E. Kerangka teori



## F. Kerangka Konsep



## G. Hipotesis

Berdasarkan penjelasan tersebut diatas maka dapat dirumuskan hipotesis: Ada penurunan derajat nyeri pada pasien post section cesarea pada kelompok *PCC* dibandingkan dengan kelompok tanpa *PCC*.