



PELAKSANAAN *PATIENT CENTERED CARE* DI RUMAH SAKIT UMUM KOTA BANDA ACEH

The Implementation of Patient Centered Care in Banda Aceh Hospital

Anggie Havistia Rachma¹, Hajjul Kamil²

¹Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh

²Bagian Keilmuan Keperawatan Dasar dan Dasar Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh
Email: hajjul.kamil@unsyiah.ac.id

ABSTRAK

Patient Centered Care (PCC) merupakan suatu pendekatan dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi pelayanan kesehatan berbasis pada kemitraan yang saling memberikan manfaat antara penyedia pelayanan, pasien, dan keluarga. Tujuan penelitian untuk mengetahui pelaksanaan PCC di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh. Jenis penelitian kuantitatif dengan *desain cross sectional study*. Populasi penelitian pasien yang dirawat di ruang rawat inap berjumlah 368 orang, penentuan besar sampel menggunakan rumus Lameshow dengan jumlah sampel 114 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *simple random sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang diadopsi dari *Picker Adult in-Patient Questionnaire*, dan data dianalisa menggunakan statistik deskriptif. Hasil penelitian pelaksanaan PCC di Rumah Sakit umum Kota Banda Aceh 88,6% telah terlaksana, sedangkan dimensi menghormati nilai, preferensi dan kebutuhan pasien 75,4% terlaksana, koordinasi dan perawatan 78,9% terlaksana, informasi, komunikasi dan pendidikan 85,1% terlaksana, kenyamanan fisik 87,7% terlaksana, dukungan emosional-menghilangkan rasa takut dan kecemasan 88,6% terlaksana, keterlibatan keluarga dan teman 83,3% terlaksana dan kontinuitas dan transisi 67,5% tidak terlaksana. PCC di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh sebahagian besar telah terlaksana pada semua dimensi, namun masih perlu peningkatan kemampuan koordinasi dan komunikasi antar PPA dalam persiapan *discharge planning* pada dimensi kontinuitas dan transisi pelayanan guna meningkatkan keberlangsungan pelaksanaan asuhan kesehatan, pemberian obat dan tindaklanjut di rumah maupun pada institusi pelayanan kesehatan rujukan serta peran serta keluarga.

Kata kunci: Pelaksanaan, *Patient Centered Care*, Rumah Sakit.

ABSTRACT

Patient Centered Care (PCC) is an approach in the planning, delivery and evaluation of health services based on partnerships that provide mutual benefits between healthcare service providers, patients and families. The purpose of this study was to determine the implementation of PCC in Banda Aceh Hospital. The Correlational study was conducted with a quantitative method and a cross-sectional study design. The population were 368 patients treated in the inpatient ward, sample size using Lameshow and a number of 114 respondents were chosen as a the sample by using a simple random sampling technique. The data collected through questionnaire that adopted from the *Adult in-Patient Questionnaire*, and then analyzed computerized using descriptive statistics. The results of the study showed that the implementation of PCC in Banda Aceh Hospital have been implemented (88.6%), which consist of the dimensions of respecting the values, preferences and needs of patients (75.4%), coordination and care (78.9%), information, communication and education (85.1%), physical comfort (87.7%), emotional support-eliminating fear and anxiety (88.6%), involvement of family and friends (83.3%) have been implemented, beside continuity and transition (67.5%) did not implemented. PCC in Banda Aceh Hospital has largely been implemented in all dimensions, but there is still a need improvement, coordination and communication skills between healthcare providers in the preparation of discharge planning in the dimensions of continuity and service transition to improve the continuity of health care, drug delivery and follow-up at home and at referral health care institutions and family participation.

Keywords: Implementation, *Patient Centered Care*, Hospital.

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang memiliki staf medis dan staf professional lainnya yang berpengalaman dalam

pelayanan kesehatan selama 24 jam per hari. Selain itu, rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat

inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2009; WHO, 2017). Pada tahun 2001 *Institute of Medicine* (IOM) menetapkan enam dimensi pelayanan bermutu pada abad 21, yaitu *safe, effective, patient centered, timely, efficient, dan equitable*. *Patient centered* merupakan salah satu dari enam dimensi pelayanan yang ditetapkan oleh IOM (*Institute of Medicine & Committee on Quality of Health Care in America*, 2001).

PCC merupakan model pelayanan kesehatan yang menempatkan pasien sebagai pusat perawatan. *Pickter Institute* menetapkan delapan dimensi dari PCC, yaitu *respect for patients' values, preferences and expressed needs, coordination and integration of care, information, communication and education, physical comfort, emotional support and alleviation of fear and anxiety, involvement of family and friends, transition and continuity dan access to care* (Pickter Institute, 2013).

Perawatan yang berpusat pada pasien adalah model terdepan yang saat ini sering diterapkan untuk mengatasi masalah-masalah dalam perawatan primer. Rumah sakit menyediakan perawatan yang holistik untuk mengobati kebutuhan akut serta berfokus pada tujuan yang lebih luas seperti manajemen kesehatan masyarakat, koordinasi perawatan, meningkatkan keterlibatan pasien, implementasi perawatan berbasis bukti, menggunakan teknologi informasi kesehatan, serta jam praktik yang lebih berkualitas agar komunikasi pemberi pelayanan-pasien dapat berjalan lebih baik (David, Saynisch & Smith-McLallen, 2018).

Sejak diperkenalkan, PCC telah banyak menjadi fokus penelitian tentang bagaimana pelaksanaannya. Hasil yang didapatkan meskipun melibatkan pasien maupun keluarga dalam pengambilan keputusan, peran pasien tetap harus mematuhi sistem perawatan yang ada di rumah sakit. Keterlibatan pasien secara optimal terjadi ketika penyedia dan pasien menjadi mitra selama proses perawatan (Richards & Goldin, 2015). Penelitian Luxford, Piper, Dunbar, dan Poole (2010) menunjukkan manfaat dari pelaksanaan PCC yaitu; tingkat kepuasan pasien meningkat dari 10% sampai dengan 95%, hari rawatan berkurang hingga

50%, kesalahan medis menurun hingga 62%, dan tingkat kekosongan staf menurun dari 7,5% menjadi 0%. Sehingga PCC bukan hanya menguntungkan dari sisi pasien, tetapi juga dapat menguntungkan dari sisi rumah sakit.

Berdasarkan data yang didapatkan pada salah satu rumah sakit umum di kota Banda Aceh, melalui hasil wawancara dengan *case manager* dan kepala ruangan pada Maret 2018 mengenai pelaksanaan PCC, diketahui bahwa pelaksanaan PCC sudah dimulai sejak persiapan akreditasi rumah sakit pada tahun 2015 sampai dengan sekarang, dimana PCC merupakan salah satu bagian dari manajemen pelayanan asuhan yang dikenal dengan istilah Manajemen Pelayanan Pasien (MPP). Demikian juga halnya dengan hasil wawancara pada lima orang pasien yang dirawat di ruang rawat inap rumah sakit yang sama, didapatkan hasil bahwa pasien merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan, walaupun sering masih ada kekurangan dari beberapa hal, seperti kurangnya informasi terkait penyakit dan terapi yang diberikan, serta sedikitnya waktu untuk berdiskusi dengan tenaga kesehatan baik itu dokter maupun perawat dikarenakan keterbatasan waktu yang dimiliki.

METODE

Jenis penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional study*. Populasi penelitian adalah pasien yang dirawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum di Kota Banda Aceh berjumlah 368 orang, penentuan besar sampel menggunakan rumus Lameshow dengan jumlah sampel 114 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *simple random sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang diadopsi dari *Picker Adult in-Patient Questionnaire* (Pickter Institute, 2013) terdiri dari tujuh dimensi yaitu: menghormati nilai, preferensi, dan kebutuhan pasien; koordinasi dan perawatan terintegrasi; informasi, komunikasi dan pendidikan; kenyamanan fisik; dukungan emosional-menghilangkan rasa takut dan kecemasan; keterlibatan keluarga dan teman serta kontinuitas dan transisi. Kuesioner terdiri dari 31 pertanyaan dalam bentuk dikotomi dan telah

dilakukan *back translation*, uji *content validity* meliputi *logical validity* dan *face validity* oleh *judgment expert* serta uji *construct validity* memiliki nilai validitas internal 0,80. Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah: *editing, coding, data entry, tabulating* dan analisis data menggunakan statistik deskriptif. Penelitian ini telah lulus uji etik oleh Komite Etik Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh dengan Nomor Dokumen 111005300418.

HASIL

Karakteristik Responden

Karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan lama hari rawatan tersaji pada tabel 1 berikut:

Tabel 1. Karakteristik Responden yang Menjalani Perawatan di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh.

No	Karakteristik	f	%
1	Usia		
	Mean	42	
	Median	41	
	Mode	45	
	Minimum	18	
	Maximum	80	
2	Jenis Kelamin		
	Perempuan	70	61,4
	Laki-laki	44	38,9
3	Pendidikan		
	SD Sederajat	25	21,9
	SMP Sederajat	15	13,2
	SMA Sederajat	52	45,6
	Diploma	11	9,6
	S1	8	7,0
	S2	3	2,6
4	Pekerjaan		
	Tidak Bekerja	44	38,6
	PNS	7	6,1
	Petani	14	12,3
	Wiraswasta	28	24,6
	Mahasiswa	12	10,5
	Polisi	2	1,8
	Guru Ngaji	2	1,8
	Tukang	2	1,8
	Pegawai Kontrak	3	2,6

No	Karakteristik	f	%
5	Lama Hari Rawatan		
	Mean	9	
	Median	8	
	Mode	6	
	Minimum	3	
	Maximum	30	

Berdasarkan tabel 1, rata-rata usia responden adalah 42 tahun dengan usia tertinggi 80 tahun, usia terendah 18 tahun dan jumlah terbanyak adalah 45 tahun, mayoritas jenis kelamin perempuan 70 orang (61,4%), tingkat pendidikan terakhir SMA sederajat sebanyak 52 orang (45,6%) dan mayoritas tidak bekerja sebanyak 44 orang (38,6%). Rata-rata hari rawatan 9 hari dengan hari rawatan paling lama 30 hari dan paling singkat 3 hari dengan jumlah hari rawatan paling banyak adalah 6 hari.

Pelaksanaan *Patient Centered Care*

Pelaksanaan PCC di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh tersaji pada tabel 2 berikut ini:

Tabel 2. Pelaksanaan *Patient Centered Care* di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh

No	Pelaksanaan PCC	f	%
1	Terlaksana	101	88,6
	Tidak Terlaksana	13	11,4

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 2, pelaksanaan PCC di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh, sebanyak 101 responden (88,6%) berada pada kategori terlaksana. Sedangkan hasil penelitian untuk pelaksanaan dimensi PCC yang tersaji pada tabel 3 secara berurutan menunjukkan bahwa menghormati nilai, preferensi dan kebutuhan pasien sebanyak 86 responden (75,4%) terlaksana, koordinasi dan perawatan terintegrasi sebanyak 90 responden (78,9%) terlaksana, informasi, komunikasi dan pendidikan sebanyak 97 responden (85,1%) terlaksana, kenyamanan fisik sebanyak 100 responden (87,7%) terlaksana, dukungan emosional-menghilangkan rasa takut dan kecemasan sebanyak 101 responden (88,6%) terlaksana, keterlibatan keluarga dan teman

Tabel 3. Gambaran Pelaksanaan Dimensi *Patient Centered Care* di Rumah sakit Umum Kota Banda Aceh.

No	Dimensi PCC	Terlaksana		Tidak Terlaksana	
		f	%	f	%
1	Menghormati nilai, preferensi dan kebutuhan pasien	86	75,4	28	24,6
2	Koordinasi dan perawatan terintegrasi	90	78,9	24	21,1
3	Informasi, komunikasi dan pendidikan	97	85,1	17	14,9
4	Kenyamanan fisik	100	87,7	14	12,3
5	Dukungan emosional-menghilangkan rasa takut dan kecemasan	101	88,6	13	11,4
6	Keterlibatan keluarga dan teman	95	83,3	19	16,7
7	Kontinuitas dan transisi	37	32,5	77	67,5

sebanyak 95 responden (83,3%) terlaksana, sedangkan kontinuitas dan transisi sebanyak 77 responden (67,5%) tidak terlaksana.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian yang tersaji pada tabel 2 secara umum pelaksanaan PCC di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh berada pada kategori terlaksana sebanyak 101 responden (88,6%). Hasil penelitian ini berbanding lurus dan sesuai dengan upaya-upaya perbaikan yang telah dilaksanakan secara terus menerus oleh rumah sakit, sebagai upaya dalam persiapan dan mempertahankan akreditasi rumah sakit yang dimulai sejak tahun 2015. PCC merupakan salah satu komponen yang dinilai oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yang lebih dikenal dengan sebutan Manajemen Pelayanan Pasien (MPP). Rumah sakit telah melaksanakan suatu pendekatan dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi pelayanan kesehatan yang berbasis pada kemitraan yang saling memberikan manfaat antara penyedia pelayanan, pasien, dan keluarga dalam bentuk PCC (*Institute for Patient- and Family-Centered Care*, 2017).

Menurut Frampton et al (2008) perawatan yang berpusat pada pasien adalah perawatan yang diatur di sekitar pasien yang mengharuskan penyedia layanan bermitra dengan pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi serta memenuhi berbagai kebutuhan dan preferensi pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Luxford, Piper, Dunbar dan Poole (2010) didapatkan beberapa manfaat dari PCC yaitu tingkat kepuasan pasien meningkat dari 10% sampai

dengan 95%, hari rawatan berkurang hingga 50%, kesalahan medis menurun hingga 62%, dan tingkat kekosongan staf menurun dari 7,5% menjadi 0%. Penelitian Riskiyah, Hariyanti, dan Juhariah, (2017), didapatkan hasil bahwa pasien merasa pengalaman yang menyenangkan tentang penerapan PCC yaitu mendapatkan pelayanan yang ramah dan sopan dari petugas, merasa dipedulikan oleh petugas selama dirawat, petugas berupaya berkomunikasi dengan baik, petugas memberikan pelayanan yang sama, petugas mengecek nama pasien ketika akan memberikan obat, serta makanan yang disediakan disesuaikan dengan kebutuhan dan gizi pasien.

Hasil penelitian ini menjelaskan respon pasien maupun keluarga yang dominan secara keseluruhan selalu mendapatkan pelayanan yang baik, petugas bersikap ramah dan sopan, hasil tes selalu terjadwal dan dijelaskan hasil dari tes tersebut, membantu pasien dan keluarga ketika membutuhkan pertolongan, koordinasi dan komunikasi petugas serta melibatkan pasien maupun keluarga dalam setiap pengambilan keputusan dan sesuai dengan konsep *Patient Centered Care* (PCC) yang dikembangkan oleh *Pickter Institute* (2013), kecuali untuk dimensi *kontinuitas dan transisi*.

Dimensi menghormati nilai, preferensi dan kebutuhan pasien di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh berada pada kategori terlaksana sebanyak 86 responden (75,4%). Menurut *Pickter Institute* (2013), Pasien cenderung ingin mendapat informasi mengenai kondisi kesehatan mereka dan terlibat dalam setiap pengambilan keputusan. Penyakit dan

perawatan medis mungkin berdampak pada kualitas hidup pasien maupun keluarga. Sehingga, setiap perawatan yang diberikan harus selalu menghormati nilai pasien maupun keluarga. Penelitian ini didukung oleh Marti, Andarini, dan Lestari (2015) dalam penelitiannya didapatkan hasil bahwa penerapan PCC dilakukan dalam bentuk sikap menghargai harkat dan martabat pasien dan keluarga, sikap menjaga keselamatan dan kenyamanan, partisipasi aktif keluarga, komunikasi informasi dan edukasi, melakukan pelayanan terbaik dan kolaborasi tim. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya, Marti, Andarini, dan Lestari (2015) menyatakan bahwa sebagian besar perawat belum mendapatkan pembelajaran terkait nilai dan hak-hak pasien. Oleh sebab itu program-program terkait nilai, preferensi dan hak pasien tidak mencapai tingkat kualitas yang memadai. Memenuhi harapan pasien sesuai dengan nilai, preferensi dan kebutuhannya merupakan salah satu tujuan utama dari sistem perawatan kesehatan dalam memberikan kepuasan terhadap pelayanan. Pasien akan mempertimbangkan sikap dan perilaku perawat sebagai salah satu kriteria yang paling penting untuk menilai kualitas layanan perawatan kesehatan. Dalam memberikan layanan kesehatan, perilaku yang tepat dan sesuai dengan hak dan harapan pasien merupakan faktor penting dan sangat mempengaruhi kepuasan pasien (Akca, Akpinar & Habbani, 2015).

Dimensi koordinasi dan perawatan terintegrasi di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh berada pada katagori telah terlaksana sebanyak 90 responden (78,9%). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi-1 (2017) menjelaskan bahwa pelayanan yang berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal kontribusi tiap-tiap Profesional Pemberi Asuhan (PPA) meliputi dokter, perawat, apoteker, dietisien dan phisioterapis adalah sama pentingnya atau sederajat dalam bentuk Manajemen Pelayanan Pasein (MPP) yang berpusat pada pasien dan keluarga.

Sedangkan pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh atau melalui berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda menjadi sangat penting.

Demikian juga halnya dengan pemindahan pasien dari satu professional ke professional lain antar *shift* maupun pemindahan dari satu unit ke unit pelayanan lain sangat tergantung pada koordinasi yang berlangsung selama proses serah terima saat pemindahan pasien. dari semua anggota tim. Proses koordinasi dan perawatan terintegrasi yang baik memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi masalah pasien dan melaksanakan asuhan secara aman serta berkelanjutan sebagai upaya mencapai mutu pelayanan kesehatan yang optimal. Koordinasi dan perawatan terintegrasi juga dapat memenuhi asuhan pelayanan berdasarkan kebutuhan pasien dan akan mempengaruhi kepuasan serta kepatuhan pasien. Koordinasi yang buruk antara pasien dan penyedia layanan kesehatan dapat terjadi ketika pasien tidak diberikan kesempatan atau waktu untuk menceritakan keluhannya dan ketika merasa tidak didengarkan. Selain itu, ketika pasien merasa bahwa proses perawatan terlalu sulit untuk diikuti atau mereka tidak mengerti apa yang seharusnya mereka lakukan, hal ini dapat mempengaruhi kepatuhan terhadap asuhan pelayanan (Chard & Makary, 2015).

Koordinasi yang tidak tepat dan pelayanan asuhan yang tidak terintegrasi sering sebagai akar permasalahan dalam pelayanan kesehatan yang tidak kompeten, salah satunya adalah ketepatan waktu. Penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2015) didapatkan hasil bahwa waktu tunggu rata-rata untuk penerimaan pasien rawat inap (*inpatient admission*) adalah 7,7 menit dan waktu wawancara rata-rata 10,57 menit. Jadi, jumlah total waktu sekitar 18 menit 4 detik. Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kristiani, Sutriningsih, dan Ardiyani (2017) didapatkan bahwa sebagian besar responden 27 orang (90%) menunjukkan *waiting time* yang tepat, sedangkan untuk kepuasan pasien sebagian besar 18 orang (53%) menyatakan sangat puas.

Dimensi informasi, komunikasi dan pendidikan di Rumah Sakit Umum Kota Banda

Aceh berada pada katagori terlaksana sebanyak 97 responden (85,1%). Menurut *Picker Institute* (2013) pasien sering merasa ketakutan jika informasi yang mereka dapat tidak sepenuhnya diberitahukan dan tidak dijelaskan terkait prognosis penyakit yang mereka alami. Rumah sakit dapat fokus pada tiga jenis komunikasi untuk mengurangi ketakutan tersebut, meliputi; informasi tentang status klinis, kemajuan dan prognosis penyakit, informasi tentang proses perawatan, serta informasi dan pendidikan untuk memfasilitasi otonomi, perawatan diri dan promosi kesehatan bagi pasien. Komunikasi yang efektif dianggap sebagai keterampilan penting yang perlu dikuasai oleh penyedia layanan kesehatan dalam praktik klinis untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi perawatan. Komunikasi yang efektif tidak hanya bergantung pada apa yang dikatakan tetapi juga pada cara dalam melakukan komunikasi baik verbal maupun non verbal, selain itu informasi yang akurat dan komunikasi yang efektif akan sangat berpengaruh dalam pendidikan pasien tentang penyakitnya. Oleh karena itu, keterampilan dalam berkomunikasi yang baik sangat diperlukan. Hal ini bisa didapatkan dengan pelatihan untuk meningkatkan kualitas komunikasi sehingga memungkinkan pasien untuk lebih mudah dalam memahami informasi yang diberikan (Pinto *et al.*, 2012). Penelitian lain dikatakan bahwa keberagaman merupakan salah satu faktor penting yang sangat berpengaruh dalam berkomunikasi baik dari petugas kesehatan, pasien maupun keluarga. Selain itu, banyaknya pelatihan yang diikuti oleh petugas kesehatan juga dapat mempengaruhi cara dalam berkomunikasi. Secara menyeluruh dalam penelitian ini tidak menjelaskan secara detail tentang perbedaan latar belakang atau kinerja petugas kesehatan setelah pelatihan, tetapi dalam tingkat fungsi kognitif pasti berbeda (Levy-Storms, 2008).

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tumbuan *et al.*, (2017) disebutkan bahwa dari 44 responden, ditemukan komunikasi terapeutik perawat yang paling banyak dengan komunikasi baik sejumlah 25 orang (56.8%) dan yang paling

sedikit dengan komunikasi kurang baik sejumlah 19 orang (43.2%). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Bolla (2013) dapat disimpulkan bahwa hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepuasan pasien menunjukkan sebagian besar (56,3%) pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat baik dan sebagian besar (62,5%) pasien merasa puas. Informasi, komunikasi dan pendidikan yang baik dapat terlaksana jika pasien atau keluarga sudah percaya kepada perawat, maka pasien atau keluarga akan lebih mudah terbuka terhadap perawat. Hal ini akan membuka jalan komunikasi, memperjelas pengiriman dan penerimaan informasi, serta memperluas komunikasi untuk mencapai maksudnya. Hilangnya kepercayaan kepada orang lain, akan menghambat perkembangan hubungan interpersonal secara profesional.

Dimensi kenyamanan fisik di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh berada pada katagori terlaksana sebanyak 100 responden (87,7%). Menurut *Picker Institute* (2013) kenyamanan fisik memiliki dampak yang sangat besar bagi pengalaman pasien. Menurut pasien, perawatan yang mampu mengurangi rasa sakit adalah salah satu perawatan paling mendasar yang dapat disediakan oleh perawat. Pada umumnya kebutuhan konteks fisik lebih mudah diidentifikasi oleh petugas kesehatan dari pada konteks lainnya. Intervensi keperawatan dalam konteks fisik dimaksudkan untuk mengurangi rasa sakit, mencegah hipotermia, mengoptimalkan pasien sebelum dilakukan anastesi dan memposisikan pasien untuk mengurangi resiko cedera sehingga dapat meningkatkan kenyamanan pasien. Selain itu, lingkungan sekitar juga sangat mempengaruhi kenyamanan pasien. Kebisingan, keadaan tempat tidur, serta pencahayaan yang terlalu terang atau terlalu redup juga dapat mempengaruhi kenyamanan sehingga, perawat harus peka terhadap reaksi verbal maupun nonverbal pasien (Bergstrom *et al.*, 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Dedi (2013) didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan intensitas nyeri punggung pada pasien post kateterisasi jantung sebelum dan setelah

dilakukan perubahan posisi miring kanan dan miring kiri pada kelompok intervensi, hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan perubahan posisi miring kanan dan miring kiri pada pasien post kateterisasi jantung. Kenyaman fisik sangat mempengaruhi keadaan pasien. Ketika perawat mampu membuat pasien merasa nyaman maka akan sangat membantu dalam proses penyembuhan. Kenyamanan fisik dapat dilihat dari kemampuan perawat dalam memberikan bantuan ketika pasien membutuhkan pertolongan dan melakukan tindakan yang dapat meningkatkan kenyamanan pasien seperti melakukan manajemen nyeri serta membantu dalam melakukan aktivitas.

Dimensi dukungan emosional-menghilangkan rasa takut dan kecemasan di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh berada pada katagori terlaksana sebanyak 101 responden (88,6%). Menurut *Picker Institute* (2013) Ketakutan dan kecemasan yang terkait dengan penyakit sama berpengaruhnya dengan efek fisik. Penelitian yang dilakukan oleh Arifah dan Trise (2012) menunjukkan bahwa sebelum pelaksanaan pemberian informasi tentang persiapan operasi dengan pendekatan komunikasi terapeutik sebanyak 46,7% responden mengalami kecemasan ringan, 51,1% mengalami kecemasan sedang, dan kecemasan berat 2,2%. Setelah pelaksanaan pasien pre operasi tingkat kecemasaannya menjadi ringan 82,2%, tingkat kecemasan sedang 4,4%, dan yang menjadi tidak cemas sebesar 13,3%. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Abadi *et al.*, (2018) sebagian orang akan mengalami kecemasan sebelum dilakukan suatu tindakan keperawatan seperti operasi. Perasaan cemas tersebut dapat meperlama proses penyembuhan. Oleh karena itu mengontrol rasa cemas ketika sebelum dilakukan operasi sangatlah penting. Selain menggunakan metode farmakologi, mengurangi kecemasan dapat dilakukan dengan metode nonfarmakologi. Dalam penelitian ini efek akupresur terbukti menurunkan tingkat kecemasan pra operasi dengan nilai sebelum dilakukan akupresur adalah 65,66 menjadi 52,93 setelah dilakukan akupresur. Perawat harus mampu mengetahui

kecemasan yang terjadi pada pasien seperti kecemasan karena status klinis, pengobatan, dan prognosis, kecemasan atas dampak penyakit pada diri pasien dan keluarga serta kecemasan atas dampak finansial yang disebabkan oleh penyakit yang diderita. Karena pada dasarnya perawatan berpusat pada pasien bertujuan untuk mengurangi kecemasan yang dialami pasien maupun keluarga dan memberikan kesempatan baik kepada pasien maupun keluarga untuk berdiskusi atau menceritakan keluhan yang dialami sehingga kecemasan yang dirasakan akan berkurang.

Dimensi keterlibatan keluarga dan teman di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh berada pada katagori terlaksana sebanyak 95 responden (83,3%). Menurut *Picker Institute* (2013) pasien akan selalu membahas peran keluarga dan orang-orang terdekat mereka. Dalam PCC jika pasien benar-benar terlibat, maka keluarga maupun teman terdekat pasien tersebut harus dilibatkan juga karena mereka dianggap dapat memberikan dukungan dan informasi penting selama proses perawatan. Keterlibatan keluarga dalam perawatan menjadi sangat penting dan kompleks. Hingga saat ini, pendidikan dan pelatihan komunikasi biasanya berfokus pada komunikasi antara petugas kesehatan, pasien dan keluarga. Komunikasi tersebut dapat membantu tenaga kesehatan untuk membina hubungan kerja yang efektif dengan melibatkan keluarga sebagai mitra selama masa perawatan. Selain itu, lingkungan klinis juga dapat mempengaruhi hubungan tenaga kesehatan, pasien dan keluarga (Laidsaar-Powell *et al.*, 2018). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Merisdawati *et al.*, (2015) didapatkan hasil bahwa keterlibatan *extended family* memberi makna bahwa adanya keikutsertaan keluarga besar dalam memberikan sikap dan pengambilan keputusan saat proses penanganan dan perawatan. Melibatkan keluarga artinya menghadirkan keluarga di sekitar pasien, serta memberikan kontak visual dan fisik pada pasien selama dilakukannya tindakan. Keluarga tidak hanya sebatas hadir tetapi juga dilibatkan sebagai mitra perawat. Melibatkan orang terdekat maka dapat mengurangi kecemasan pasien serta dapat

membantu mempertahankan keutuhan keluarga selama pasien menjalani perawatan.

Dimensi kontinuitas dan transisi di Rumah Sakit Umum di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh mayoritas berada pada katagori tidak terlaksana sebanyak 77 responden (67,5%). Menurut *Picker Institute* (2013) pasien sering merasakan kecemasan tentang kemampuan mereka untuk merawat diri sendiri setelah keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu perawat harus memberikan informasi rinci dan dapat dimengerti oleh pasien maupun keluarga mengenai manfaat obat-obatan yang diterima dan juga efek samping dari obat-obatan tersebut. Selain itu juga terkait hal-hal yang perlu diperhatikan ketika sudah berada di rumah agar tidak terjadi kekambuhan bahkan kembali ke rumah sakit dalam keadaan telah terjadi komplikasi. Dokter, perawat, apoteker, dietisien dan fisioterapis harus bekerja bersama dalam mengoordinasikan perencanaan pulang (*discharge planning*) dan mengambil bagian dalam pengaturan tim lintas-profesional. Hal ini penting bagi semua PPA dan juga tenaga kesehatan lain, untuk melakukan kolaborasi interprofesional dan interorganisasi, bagaimana fungsinya, dan konsekuensinya untuk pasien. Berdasarkan analisa didapatkan bahwa kesadaran di kalangan profesional tentang pentingnya partisipasi pasien dalam perencanaan pulang menunjukkan bahwa pasien yang lemah dapat didukung untuk berpartisipasi dalam perencanaan pulang ketika para profesional memiliki pendekatan yang baik, dapat memberi dukungan, dan mendorong pasien untuk aktif dalam perencanaan pulang (Bangsbo *et al.*, 2017). Hal ini sesuai dengan *literature review* yang dilakukan oleh Darliana (2012), yang menyatakan bahwa pelaksanaan *discharge planning* yang tidak efektif akan menyebabkan tidak terjadi kontinuitas perawatan ketika pasien di rumah. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya perburukan kondisi pasien sehingga pasien kembali ke rumah sakit dengan penyakit yang sama ataupun munculnya komplikasi penyakit yang lebih berat. Dalam penelitian lain dikatakan bahwa bahwa semua aspek dari perencanaan pulang dengan praktik terbaik jarang diberikan

di rumah sakit Australia pada transisi dari rumah sakit ke rumah, khususnya pada domain pengobatan. Kurangnya informasi terkait efek samping obat dapat dikaitkan dengan ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat-obatan yang dapat menghambat proses penyembuhan pasien. Pemberian informasi umum saja tentu tidak dapat membantu pasien mempersiapkan diri untuk transisi ke rumah. Oleh karena itu perencanaan pulang yang menyeluruh dianggap dapat memenuhi kebutuhan pasien selama akan dipulangkan (Andrew *et al.*, 2018).

KESIMPULAN

PCC di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh telah terlaksana pada dimensi menghormati nilai, preferensi, dan kebutuhan pasien; koordinasi dan perawatan terintegrasi; informasi, komunikasi dan pendidikan; kenyamanan fisik; dukungan emosional-menghilangkan rasa takut dan kecemasan; keterlibatan keluarga dan teman, namun untuk dimensi kontinuitas dan transisi belum terlaksana seperti yang diharapkan. Kepada pihak rumah sakit agar dapat meningkatkan kemampuan koordinasi dan komunikasi antar PPA dalam persiapan *discharge planning* pada dimensi kontinuitas dan transisi pelayanan guna meningkatkan keberlangsungan pelaksanaan asuhan kesehatan, pemberian obat dan tindaklanjut di rumah maupun pada institusi pelayanan kesehatan rujukan serta peran serta keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Abadi, F. *et al.* (2018) Effect of Acupressure on Preoperative Cesarean Section Anxiety, *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*. Elsevier Ltd, (July), pp. 1–6. doi: 10.1016/j.jams.2018.07.001.
- Akca, S. O., Akpınar, Y. Y. & Habbani, T. (2015) Knowledge and attitudes of nurses regarding patient rights: a Corum/ Turkey sample', *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(5), pp. 452–457. doi: 10.1590/1806-9282.61.05.452.
- Andrew, N. E. *et al.* (2018) The Quality of Discharge Care Planning in Acute Stroke Care: Influencing Factors and Association with Postdischarge Outcomes, *Journal of*

- Stroke and Cerebrovascular Diseases*. Elsevier Inc., 27(3), pp. 583–590. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.09.043.
- Arifah, S. & Trise, I. N. (2012) Pengaruh pemberian informasi tentang persiapan operasi dengan pendekatan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi di Ruang Bougenville RSUD Sleman, *Jurnal Kebidanan*, IV(01 Juni), pp. 40–49. Available at: <http://journal.stikeseub.ac.id/index.php/jkeb/article/view/54>.
- Bångsbo, A. *et al.* (2017) Collaboration in discharge planning in relation to an implicit framework, *Applied Nursing Research*. Elsevier Inc., 36, pp. 57–62. doi: 10.1016/j.apnr.2017.05.010.
- Bergström, A. *et al.* (2018) Comfort Theory in Practice—Nurse Anesthetists’ Comfort Measures and Interventions in a Preoperative Context, *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(2), pp. 162–171. doi: 10.1016/j.jopan.2016.07.004.
- Bolla, I. (2013) Hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepuasan pasien di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Subang, *kesehatan kartika*, 8(1), pp. 64–70.
- Chard, R. & Makary, M. A. (2015) Transfer-of-Care Communication: Nursing Best Practices, *AORN Journal*. Elsevier Ltd, 102(4), pp. 329–342. doi: 10.1016/j.aorn.2015.07.009.
- Darlina, D. (2012) Discharge planning dalam keperawatan Discharge Planning in Nursing ; A Literature Review, *Idea Nursing Journal*, III No. 2, pp. 32–41.
- David, G., Saynisch, P. A. & Smith-McLallen, A. (2018) The economics of patient-centered care, *Journal of Health Economics*. Elsevier B.V., 59, pp. 60–77. doi: 10.1016/j.jhealeco.2018.02.012.
- Dedi (2013) *Pengaruh pengaturan posisi miring kanan dan miring kiri terhadap nyeri punggung pada pasien post kateterisasi jantung*. Universitas Sumatera Utara. doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2.
- Dewi, P. K. (2015) Analisis Alur Proses Penerimaan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit “ X ” Tahun 2015 dengan Pendekatan Lean Hospital, *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 2, pp. 1–16.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care (2017) Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospitals: how to get started, 20814 (January), pp. 1–22.
- Institute of Medicine & Committee on Quality of Health Care in America (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, *BMJ: British Medical Journal*. doi: 10.1136/bmj.323.7322.1192.
- Kemendes, RI (2009) *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit*. Available at: [http://www.depkes.go.id/resources/download/peneraturan/UU No. 44 Th 2009 ttg Rumah Sakit.PDF](http://www.depkes.go.id/resources/download/peneraturan/UU%20No.%2044%20Th%202009%20ttg%20Rumah%20Sakit.PDF) (Accessed: 29 March 2018).
- Kristiani, Y., Sutriningsih, A. & Ardiyani, V. M. (2017) Hubungan waiting time dengan kepuasan pasien prioritas 3 di Instalasi Gawat Darurat RS Panti Waluya Sawahan Malang’, 2, pp. 223–233.
- Laidsaar-Powell, R. *et al.* (2018) Facilitating collaborative and effective family involvement in the cancer setting: Guidelines for clinicians (TRIO Guidelines-1), *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd, 101(6), pp. 970–982. doi: 10.1016/j.pec.2018.01.019.
- Levy-Storms, L. (2008) Therapeutic communication training in long-term care institutions: Recommendations for future research, *Patient Education and Counseling*, 73(1), pp. 8–21. doi: 10.1016/j.pec.2008.05.026.
- Luxford, K. *et al.* (2010) *Patient-centred care: improving quality and safety by focusing care on patients and consumers*. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Available at: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/PCCC-DiscussPaper.pdf> (Accessed: 13 March 2018).
- Marti, E., Andarini, S. & Lestari, R. (2015) Studi Fenomenologi Penerapan Prinsip Patient Centered Care Pada Saat Proses Resusitasi Di Igd RSUD Saiful Anwar Malang, *the Indonesian Journal of Health Science*, 6(1), pp. 1–17.
- Merisdawati, M., Winarni, I. & Rachmawati, S. D. (2015) Studi fenomenologi : hambatan dan kebutuhan perawat dalam melibatkan keluarga pada perawatan kegawatdaruratan anak di Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Banda Aceh, *Medika Respati*, 10(4). Available at: <http://medika.respati.ac.id/index.php/Medika/article/view/101/97> (Accessed: 12 March 2018).
- Pickter Institute (2013) *Improving healthcare through the patient’s eyes*. Available at: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/> (Accessed: 4 April 2018).

- Pinto, R. Z. *et al.* (2012) Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: A systematic review, *Journal of Physiotherapy*. Elsevier, 58(2), pp. 77–87. doi: 10.1016/S1836-9553(12)70087-5.
- Richards, M. K. & Goldin, A. B. (2015) Patient-centered care and quality: Activating the system and the patient, *Seminars in Pediatric Surgery*. Elsevier, 24(6), pp. 319–322. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2015.08.012.
- Riskiyah, Hariyanti, T. & Juhariah, S. (2017) Pengalaman Pasien Rawat Inap terhadap Penerapan Patient Centered Care di RS UMM Inpatient Experience in the Application of Patient Centered Care in UMM Hospital, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(04), pp. 358–363.
- Sharon, L. G. & Santoso, S. B. (2017) Analisis pengaruh kualitas layanan, fasilitas, citra rumah sakit, kepuasan pasien dalam rangka meningkatkan loyalitas pasien (Studi Pada Pasien Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang), *Diponegoro Journal of Management*, 6(3), pp. 355–366. Available at: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/djom/article/view/17418/16673> (Accessed: 9 June 2018).
- Tumbuan, F. C., Mulyadi, N. & Kallo, V. (2017) Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepercayaan keluarga pasien di Intensive Care Unit (Icu) Rsu Gmim Kalooran Amurang, *Jurnal Keperawatan*, 5(1). Available at: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/14888/14452> (Accessed: 12 March 2018).
- WHO (2017) *Hospitals*, WHO. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/hospitals/en/> (Accessed: 25 July 2018).