

---

# Pengalaman Pasien Rawat Inap Tentang Implementasi *Patient Centered Care* (PCC) di RS X

Farida Rozany<sup>1</sup>, Indah Winarni<sup>2</sup>, Viera Wardhani<sup>1</sup>

\* Penulis Koinformansi : [farida.rozany@gmail.com](mailto:farida.rozany@gmail.com)

<sup>1</sup>Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang

<sup>2</sup>Fakultas Ilmu Budaya Universitas Brawijaya Malang

---

## INDEXING

### Keywords:

patient experience,  
*patient centered care*,  
qualitative

### Kata kunci:

pengalaman pasien,  
*patient centered care*,  
kualitatif

## ABSTRACT

Patient experience is important to be assessed for improving hospital service quality. This study aims to determine the meaning of treatment received by patients in the treatment period. In the treatment of cancer patients required personalized service or patient centered care. This research uses qualitative approach with phenomenology approach. Informants in this study were breast cancer patients, heart patients, and patients who underwent SC surgery. Data obtained through in-depth interviews. Analysis using thematic analysis techniques. The results show that from 8 PCC dimensions positive themes show that there are 3 patient centered care, respecting patient-centered values, preferences, and needs, emotional support and avoidance of fear and anxiety, family and friends involvement, While 5 dimensions of physical comfort, service coordination, service continuity, accessibility of service, and information, communication, & education show negative result.

Pengalaman pasien merupakan hal yang penting untuk dinilai untuk meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui makna perawatan yang diterima oleh pasien dalam masa perawatan. Dalam perawatan pasien kanker dibutuhkan pelayanan secara personal atau *patient centered care*. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan pada penelitian ini adalah pasien kanker payudara, pasien jantung, dan pasien yang menjalani operasi SC. Data diperoleh melalui wawancara mendalam. Analisis menggunakan teknik analisis tematik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 8 dimensi PCC, yang positif tema yang positif menunjukkan *patient centered care* ada 3, yaitu menghormati nilai-nilai, preferensi, dan kebutuhan yang berpusat pada pasien, dukungan emosional serta terhindarnya dari rasa takut dan cemas, keterlibatan keluarga dan teman, sedangkan 5 dimensi kenyamanan fisik, koordinasi pelayanan, kontinuitas pelayanan, kemudahan akses pelayanan, dan informasi, komunikasi, & edukasi menunjukkan hasil yang negatif.

---

## PENDAHULUAN

*Patient centered care* (PCC) adalah suatu konsep pelayanan kesehatan yang konsisten dengan nilai-nilai, kebutuhan, dan keinginan pasien. Hal ini dapat dicapai jika dokter melibatkan pasien pada diskusi dan pengambilan keputusan terkait penyakitnya (Nicola, 2000). Tiga unsur inti pada pendekatan tersebut adalah komunikasi, kemitraan, dan promosi kesehatan. Hasil yang didapatkan dengan *patient centered care* (PCC) adalah peningkatan kepuasan pasien, komunikasi yang baik antara petugas dan pasien maupun keluarga, dan peningkatan status kesehatan pasien yang lebih

baik (Constand, 2014). Penerapan PCC diharapkan dapat mengurangi hari perawatan, mengurangi biaya operasional, angka kejadian tidak diinginkan, angka kejadian malpraktik, meningkatkan kinerja karyawan dan pangsa pasar (Charmel, 2008).

Penerapan PCC merupakan adanya pergeseran dari *disease centered* menjadi *patient centered*. Sebagai perubahan paradigma diperlukan proses perubahan perilaku budaya dan sistem pelayanan. Fakta menunjukkan bahwa tidak mudah menerapkan hal ini.

Data di RS X menunjukkan PCC belum diterapkan sepenuhnya. Komunikasi yang merupakan salah

satu unsur penting PCC masih dikeluhkan pasien. Data komplain pada triwulan I dan II tahun 2016, 90% komplain adalah terkait komunikasi yang belum efektif dengan pasien (Humas, 2016). Hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa dimensi PCC informasi, edukasi, dan komunikasi belum berjalan dengan maksimal. Informan pertama mengungkapkan masih belum mendapatkan informasi yang jelas tentang pengobatan kemoterapi yang akan dijalannya. Dimensi kemudahan akses pelayanan juga masih dirasakan informan kedua belum maksimal. Informan kedua merasakan kedatangan untuk kontrol ke poli spesialis memerlukan waktu selama beberapa jam pasca rawat inap di rumah sakit. Dimensi PCC tentang kenyamanan juga belum terpenuhi secara maksimal, salah satunya di mana informan ketiga masih merasakan sakit setelah menjalani operasi *sectio caesarea* (SC).

Komunikasi merupakan salah satu permasalahan dalam penerapan PCC di rumah sakit (Simpson, 1993). Berdasarkan konsep PCC bahwa pasien ingin diperlakukan dengan hormat dalam perawatan selama di rumah sakit, artinya pasien ingin dilibatkan dalam perawatan, didengarkan segala yang dirasakan, dan diberikan informasi dan edukasi terkait penyakit mereka (Epstein, 2011).

Rogers dalam Nicola mengungkapkan bahwa penjelasan tentang informasi dan edukasi terkait pengobatan yang dijalani pasien adalah tanggung jawab dokter. Rasa empati tersebut akan menimbulkan kepercayaan dalam diri pasien dan terjalin hubungan komunikasi dokter pasien yang baik. Pasien juga harus mengetahui target yang akan dicapai dari pengobatan yang dijalani Dokter di dalam memberikan penjelasan terkait

pengobatan pasien harus menggunakan empati.(Nicola, 2000).

Penelitian Wong mengungkapkan bahwa kemudahan akses pelayanan adalah hal pertama yang menjadi perhatian pasien. Beberapa hal yang diungkapkan dalam penelitian tersebut yang menjadi cakupan dalam kemudahan akses pelayanan adalah ketersediaan staf, *response time* petugas, dan waktu tunggu memenuhi prosedur di bagian admisi (Wong, 2013). Ketidaknyamanan dalam pelayanan yang diterima oleh pasien akan menurunkan tingkat kepuasannya. Wolf mengungkapkan bahwa untuk mendapatkan kepuasan pasien ada beberapa hal yaitu pengalaman fisik tentang penyakit yang diderita, pengalaman menjalani sakit yang diderita, *customer service*, dan kecepatan respon petugas dalam melakukan pelayanan (Wolf, 2014).

Penelitian ini berfokus pada pengalaman pasien rawat inap selama menjalani perawatan di rumah sakit dalam konteks penerapan *patient centered care*. Pengalaman yang digali meliputi makna sakit dan pengalaman sakit bagi pasien dan bagaimana pasien memaknai proses perawatan dan pelayanan yang diterima di rumah sakit oleh seluruh sistem pelayanan di rumah sakit, tidak terbatas pada provider kesehatan.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Dengan pengambilan data melalui wawancara mendalam (*indepth interview*). Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan April – Juni 2017. Informan pada penelitian ini adalah pasien kanker payudara (SF), pasien jantung (MG), dan pasien yang melahirkan dengan operasi *sectio caesarea* (SC) (YN). Dilakukan

wawancara mendalam terhadap informan dengan menggunakan alat perekam dan daftar panduan wawancara.

Analisis data dilakukan dengan mengumpulkan kata-kata kunci yang didapatkan dari hasil wawancara, kemudian dikelompokkan berdasarkan kesamaan dan kemiripan kata-kata yang muncul. Dan selanjutnya direduksi menjadi tema dan dilakukan verifikasi dengan kedua peneliti lain.

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menghasilkan sembilan tema berdasarkan analisis tematik. Dari sembilan tema dalam penelitian ini, tema yang sesuai dengan implementasi *patient centered care* ada 3, yaitu (1) menghormati nilai-nilai, preferensi, dan kebutuhan yang berpusat pada pasien, (2) dukungan emosional serta terhindarnya dari rasa takut dan cemas, (3) keterlibatan keluarga dan teman. Sedangkan yang belum memenuhi dimensi PCC adalah (1) dimensi kenyamanan fisik, (2) koordinasi pelayanan, (3) kontinuitas pelayanan, (4) kemudahan akses pelayanan, dan (5) informasi, komunikasi, & edukasi.

Terdapat 3 dimensi yang menunjukkan telah terpenuhinya kebutuhan pasien yaitu :

- a. Dimensi menghormati nilai-nilai, preferensi, dan kebutuhan yang berpusat pada pasien

Pada dimensi ini penerapan PCC sudah baik. Hal ini dokter telah memenuhi hal yang menjadi kekhawatiran informan. Informan pertama mengungkapkan adanya rasa khawatir terhadap benda asing di tubuhnya.

*"Terus saya ngerasain kok sampe dua minggu kok masih kemeng. Terus ada benjolan pas mandi diraba, kok kroso keras terus mblayu-*

*blayu. Terus saya takut langsung periksa"* (SF2.6.40)

Dokter merespon keluhan informan tersebut dengan cara melakukan pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui benjolan yang terdapat pada tubuh informan jinak atau ganas.

*"Pas di RS X dokter U bilang ibu ini saya periksa laborat ya benjolannya, untuk memastikan ini ganas atau jinak.."*(SF2.6.52)

Informan kedua mengungkapkan merasa seperti dicekik dan sulit bernafas saat pertama kali datang ke rumah sakit. Dokter melakukan penanganan terhadap hal tersebut dan menyarankan informan untuk dilakukan perawatan di ruang perawatan intensif.

*"...dada saya terasa ampeg susah nafas kayak dicekik..."* (MG 1.4.11)

*"Setelah sampai UGD saya diperiksa dokter katanya ada sumbatan harus rawat inap, saya masuk intensif dua hari.."*(MG 3.6.26)

Dokter UGD melakukan pemeriksaan sesuai keluhan pasien, serta memberikan saran untuk dilakukan perawatan di ruang intensif.

Hal ini sesuai dengan penelitian Street dan Fried yang mengungkapkan bahwa dengan mendengarkan terhadap preferensi pasien, maka dapat dilakukan rencana pengobatan yang tepat untuk pasien, meningkatkan kepuasan dan kesembuhan pasien (Street, 2012) (Fried, 2002).

- b. Dimensi dukungan emosional serta terhindarnya dari rasa takut dan cemas

Dimensi ini adalah yang paling banyak dibutuhkan oleh informan. Pada dimensi ini dukungan emosional serta terhindarnya dari rasa takut dan cemas sangat dibutuhkan oleh informan terutama saat merasa takut terhadap

akibat dari penyakit yang diderita seperti kematian, kekhawatiran akan terhadap hal yang buruk, serta saat mengalami penderitaan dari sakit yang diderita.

Tema tentang perasaan saat mengetahui penyakit yang diderita menempati urutan keempat dari tema yang diungkapkan dan terbanyak diungkapkan oleh informan pertama. Informan pertama merasakan kesedihan yang mendalam saat mengetahui penyakit kanker yang diderita.

"Aduh mbak saya iya sedih yo kaget....."(SF2.6.48)

"saya langsung nangis mbak" (SF2.6.54)

Dokter memberikan dukungan emosional sesuai dengan ungkapan informan pertama berikut ini :

"dokter dibilangi jangan ngikutin omongan orang ya bu. walaupun ibu payudarae ilang satu di omongi gini-gini sama orang biarin ibu, pikiran tenang aja. Nanti sembuh ibu bisa kerja lagi. saya semangat jadi hatinya tenang."(SF1.2.22)

Kondisi kesedihan mendalam yang dirasakan informan merupakan sesuatu hal yang wajar dirasakan oleh seseorang yang baru terdiagnosa kanker payudara. Hal ini serupa dengan penelitian Burgess mengungkapkan bahwa hampir 50% wanita dengan kanker payudara pertama kalinya akan mengalami depresi, kecemasan, atau keduanya di tahun pertama setelah diagnosis (Burgess, 2005).

Kondisi kesedihan yang dirasakan oleh informan pertama membutuhkan adanya dukungan emosional. Baile mengungkapkan pada penelitiannya bahwa di dalam menyampaikan berita buruk terhadap pasien, harus disertai juga dengan memberi dukungan emosional (Baile, 2000). Kornblith

mengungkapkan hal yang serupa bahwa dukungan emosional diperlukan pada pasien pengidap kanker payudara untuk mengurangi tingkat stress pada diri mereka (Kornblith, 2001).

Informan kedua mengungkapkan rasa takut dan deg-degan saat akan dilakukan tindakan pasang ring.

"sebelum pasang ring saya sempet takut mbak, kan katanya kayak operasi gitu" (MG 1.4.23)

"mau operasi saya iya deg-degan mbak pas pertama kali.....tapi dokter "S" pas datang bilang tenang iya pak...banyak berdoa...saya doa mbak...."(MG3.6.32)

Informan kedua membutuhkan dukungan emosional untuk meminimalkan rasa takut yang dirasakannya melalui diberikan informasi tentang prosedur pasang ring. Hal ini sejalan dengan penelitian Scalise bahwa dokter dan perawat dapat meminimalkan perasaan tersebut dengan memberikan informasi dan edukasi yang jelas tentang penyakit yang diderita oleh informan (Scalise, 2003). Hal ini serupa dengan penelitian Baile bahwa dokter sebaiknya memberikan penjelasan salah satunya juga tentang prosedur medis yang akan dijalani oleh pasien (Baile, 2000).

Salah satu cara membangun hubungan dokter pasien yang baik dengan memberikan dukungan emosional kepada pasien (Roter, 2004).

c. Dimensi keterlibatan keluarga dan teman,

Pada dimensi ini keterlibatan keluarga dan teman ditunjukkan pada informan kedua dan ketiga. Tema ini adalah tema yang paling sedikit yang diungkapkan oleh pasien.

Informan kedua berani untuk dilakukan tindakan pasang ring setelah ada teman yang memberikan informasi tentang prosedur pasang ring jantung.

*ada temen saya pastur pasang ring di sini juga katanya sekarang sehat, jadi saya terus berani mbak.*"(MG1.4.23)

Informan ketiga merasakan adanya sikap takut saat akan dilakukan operasi SC namun adanya dukungan suami, membuatnya berani untuk dilakukan tindakan operasi SC.

*"suami saya bilang wis gak apa-apa sing penting sehat kabeh... Akhirnya saya milih melahirkan operasi saja...asal selamat duaduanya.."*(YN2.6.20)

Penelitian Andayani juga mengungkapkan bahwa dukungan suami dapat mengurangi kecemasan pada pasien yang akan menjalani operasi SC (Andayani, 2016).

Keterlibatan keluarga dalam PCC adalah bertujuan untuk menjalin hubungan partner untuk membuat keputusan tentang rencana pengobatan atau tindakan untuk peningkatan kualitas kesehatan pasien (Kuo, 2012).

Shaller mengungkapkan bahwa keterlibatan keluarga dalam PCC dapat digunakan sebagai cara untuk meningkatkan kualitas pelayanan (Shaller, 2007).

Penelitian Berghout mengungkapkan bahwa dimensi keluarga dan teman yang paling sedikit diperhatikan oleh petugas kesehatan (Berghout, 2015).

Studi di Eropa menyebutkan bahwa beberapa hambatan dalam implementasi keterlibatan pasien dan keluarga adalah kurangnya waktu dalam melakukan komunikasi secara efektif, sumber daya, kepercayaan dari petugas

kesehatan kepada untuk terlibat dalam penyakitnya, pengetahuan dari pasien dan keluarganya, dan adanya dominasi dari petugas kesehatan (EQS, 2012).

Terdapat 5 dimensi yang belum sesuai dengan PCC :

a. Dimensi kenyamanan fisik

Kenyamanan fisik merupakan tema yang menempati urutan keenam dan terbanyak diungkapkan oleh informan pertama dan ketiga. Informan pertama mengungkapkan tentang kebutuhan terhadap rasa nyaman saat menjalani pengobatan kemoterapi. Pada informan pertama kebutuhan kenyamanan fisik tidak selalu terpenuhi. Namun pernah terjadi pada sesi kemoterapi, perawat mengajak pasien ngobrol selama sesi kemoterapi tersebut dan informan tidak merasakan sakit.

*"...pernah saya ditemani mas perawat yang laki-laki itu...saya diajak ngobrol pas kemo gak terasa obatnya satu setengah jam habis, saya gak ngerasa sakit mbak"* (SF2.6.100)

Penelitian Ogasawara mengungkapkan hal serupa bahwa untuk mengatasi rasa sakit pada pasien kemoterapi dengan menggunakan teknik intervensi salah satunya dengan mengajak bercakap-cakap dan aktif mendengarkan setiap keluhan pasien (Ogasawara, 2005). Kolcaba mengungkapkan intervensi untuk membuat pasien merasa nyaman dengan teknik *coaching*, yaitu salah satunya di mana hanya dengan mendengarkan apa yang dirasakan oleh pasien (Kolcaba, 2005).

Salah satu hal yang membuat informan ketiga tidak nyaman adalah adanya rasa sakit setelah operasi SC. Informan ketiga tidak mendapatkan

*"...ternyata melahirkan caesar itu sakit...gak seperti normal dulu mbak..." (YN2.6.48)*

Janis dalam Borges mengungkapkan bahwa rasa sakit yang dirasakan oleh pasien setelah operasi SC karena dipengaruhi oleh kecemasan yang tinggi sebelum operasi dan kurangnya persiapan mental menjelang operasi. Hal ini dapat diminimalkan dengan mensimulasikan pada pasien sebelumnya (Borges, 2016). Penelitian Adjie mengungkapkan bahwa adanya pendampingan pada persalinan oleh perawat dapat menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien (Adjie, 2016).

b. Dimensi informasi, komunikasi, dan edukasi

Dimensi ini menempati urutan keenam dari tema yang diungkapkan oleh pasien. Tema pada dimensi ini diungkapkan oleh seluruh informan. Informan ketiga mengungkapkan tentang kebutuhannya akan informasi dan edukasi tentang menyusui dan memberikan air susu ibu (ASI) eksklusif.

*"saya bilang minta tolong di ajari, karena saya kan melahirkan sudah lama, jadi iya kayaknya lupa gitu mbak cara nyusoni" (YN 1.4.60)*

*"nyari informasi di internet tentang memerah asi..." (YN 2.6.70)*

Penelitian Youash mengungkapkan hal yang serupa bahwa setelah perempuan mengalami persalinan baik primipara atau multipara membutuhkan informasi tentang menyusui dan cara memberikan ASI (Youash, 2012).

Informan pertama mengungkapkan tentang informasi saat akan menjalani pengobatan kemoterapi.

*"....gak dijelaskan mbak, cuma dikasih jadwal untuk rawat inap pas kemo gitu, saya dapat*

*urutan nomor 60 mbak, jadi orangnya dah ngantuk mbak, saya mau tanya ya sungkan..saya diperiksa jam 2 pagi mbak, makanya sungkan mau tanya, dokternya kayaknya udah ngantuk gitu" (SF2.6.82)*

Pasien kemoterapi selain membutuhkan dukungan emosional, juga membutuhkan informasi tentang penyakit dan pengobatan yang akan dijalani (Perocchia, 2011).

c. Dimensi kontinuitas pelayanan

Tema tentang kontinuitas pelayanan diungkapkan oleh informan ketiga.

Informan ketiga mengungkapkan kebutuhan akan kunjungan rumah setelah pulang dari rumah sakit.

*"Iya mbak dulu pas melahirkan di MH ada yang ngunjungi bidannya" (YN 1.4.74)*

Penelitian Holland juga mengungkapkan hal serupa bahwa pasien yang telah dilakukan tindakan operasi menginginkan adanya kontinuitas pelayanan setelah perawatan di rumah sakit, namun terkadang tidak memiliki akses terhadap pelayanan tersebut (Holland, 2011).

Penelitian Brodrribb juga mengungkapkan hal serupa bahwa hanya 14% pasien yang mendapatkan kunjungan ke rumah setelah dua minggu setelah melahirkan (Brodrribb, 2016).

Informan kedua mengungkapkan tidak mendapatkan penjelasan tentang penjepitan saraf di kakinya, saat dilakukan pemeriksaan di dokter saraf.

*"Gak dijelaskan mbak, cuma dokter "S" pernah bilang kalau ini kemungkinan ada saraf yang terjepit mbak, dari hasil pemeriksaan yang terakhir di pembuluh darah saya tidak ada*

*sumbatan mbak, terus akhirnya dirujuk ke poli saraf"* (MG 2.5.10)

Haggerty menyebutkan dalam penelitiannya bahwa kontinuitas pelayanan menjadi lemah pada komunikasi yang terjadi antara dokter yang satu dengan yang lain (Haggerty, 2013).

Price menyebutkan dalam penelitiannya bahwa terjadi diskontinuitas dalam pemberian informasi tentang kondisi penyakit dan rencana pengobatan yang akan dilakukan terhadap pasien (Price, 2013).

d. Dimensi kemudahan akses pelayanan

Tema ini menempati urutan kedelapan berdasarkan tema yang diungkapkan oleh informan.

Informan kedua mengungkapkan bahwa merasakan kontrol ke poli sebagai beban karena membutuhkan waktu yang lama.

*"waktu kontrol itu mbak antri..."*(MG 1.4.33)

Penelitian Wong mengungkapkan bahwa kemudahan akses pelayanan adalah hal pertama yang menjadi perhatian pasien. Salah satu yang menjadi perhatian adalah waktu tunggu untuk memenuhi prosedur di bagian admisi (Wong, 2013).

Wolf mengungkapkan bahwa kecepatan respon petugas dalam melakukan pelayanan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien (Wolf, 2014).

Wijono dalam Asmita mengungkapkan bahwa faktor *timeless* yang berarti pelayanan yang diberikan tepat waktu turut mempengaruhi kualitas pelayanan. Sedangkan kualitas pelayanan sendiri merupakan penentu dari kepuasan pelanggan (Asmita, 2008).

Penelitian Kunto juga mengungkapkan bahwa kemudahan dalam memperoleh pelayanan di rumah sakit menjadi satu faktor penting untuk meningkatkan kepuasan pasien (Kunto, 2004).

e. Dimensi koordinasi pelayanan.

Tema ini diungkapkan oleh informan pertama dan ketiga. Pada tema ini proses koordinasi pelayanan masih tampak belum maksimal, terutama untuk pelayanan pasien kanker.

Informan pertama mengungkapkan bahwa merasakan adanya sedih saat mengetahui sakit yang diderita.

*"Aduh mbak saya iya sedih yo kaget....."*(SF2.6.48)

*"dokter dibilangi jangan ngikutin omongan orang ya bu. walaupun ibu payudarae ilang satu di omongi gini-gini sama orang biarin ibu, pikiran tenang aja. Nanti sembuh ibu bisa kerja lagi. saya semangat jadi hatinya tenang."*(SF1.2.22)

Balogh mengungkapkan dalam penelitiannya bahwa pada perencanaan pasien kanker dibutuhkan salah satunya dukungan psikologis, hal ini untuk menumbuhkan semangat untuk sembuh dalam diri pasien (Balogh, 2011).

Penelitian Visse mengungkapkan bahwa kemampuan spiritual yang bagus berhubungan dengan kondisi emosional yang baik. Pelayanan spiritual menjadi salah satu kebutuhan dari pasien, khususnya pada pasien kanker. Hal ini karena dengan adanya dasar spiritual yang kuat dalam diri pasien akan berdampak pada kondisi emosionalnya (Visse, 2010).

Dalam mengimplementasikan PCC tidak mudah, Shaller mengungkapkan beberapa hal yang berkontribusi terhadap keberhasilan dari PCC dibedakan menjadi dua hal :

- Level organisasi, dibutuhkan kepemimpinan yang kuat, mengkomunikasikan visi yang jelas dalam organisasi, penghargaan dan insentif, peningkatan kualitas pendidikan, menggunakan praktik klinis berdasarkan *evidence based*.
- Level sistem, menjalin hubungan yang kuat dengan pasien, serta melaksanakan akreditasi dan sertifikasi (Shaller, 2007).

Luxford menyebutkan bahwa implementasi PCC di rumah sakit membutuhkan beberapa hal diantaranya kekuatan kepemimpinan yang kokoh, komunikasi yang jelas tentang visi dan misi organisasi, ikatan yang kuat antara pasien dan keluarga dengan institusi pelayanan kesehatan, menjaga tingkat kepuasan staf, secara aktif melakukan penilaian dan memberikan umpan balik terhadap pengalaman yang disampaikan pasien, melakukan redesain terhadap pelayanan yang diberikan, memberdayakan staf, menjaga akuntabilitas dan insentif, serta mendukung adanya budaya pembelajaran dalam organisasi (Luxford, 2011).

Pasien membutuhkan informasi dan edukasi yang jelas tentang penyakit serta pengobatannya. Hal ini dapat difasilitasi melalui meningkatkan peran *case manager* (CM) dalam memberikan informasi dan edukasi. Maliski mengungkapkan bahwa salah satu tugas CM adalah memfasilitasi dan memberikan edukasi kepada pasien (.Maliski, 2004).

Koordinasi dalam pelayanan merupakan salah satu dimensi penting dalam PCC. Bickell menyebutkan dalam studinya bahwa koordinasi dalam pelayanan pasien kanker payudara meliputi rujukan pemeriksaan yang tepat, dukungan emosional dan spiritual, jadwal bertemu dengan para profesional terkait, pemberian informasi

tentang pemeriksaan penunjang dan tindak lanjutnya, serta pemeriksaan fisik secara berkala. Dalam koordinasi pelayanan tersebut diperlukan peran dari masing-masing profesional kesehatan untuk melayani pasien secara holistik (Bickell, 2001).

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan bahwa pengalaman pasien rawat inap di dalam implementasi *patient centered care* penerapan dimensi PCC di RS X belum sepenuhnya maksimal. Hal ini dikarenakan pemahaman tentang peran dari petugas kesehatan yang belum sama. Petugas belum memberikan respon terhadap keseluruhan kebutuhan yang disampaikan oleh pasien. Dari 8 dimensi, dimensi yang terpenting adalah (1) menghormati nilai-nilai, preferensi, dan kebutuhan yang berpusat pada pasien, (2) dukungan emosional serta terhindarnya dari rasa takut dan cemas, (3) keterlibatan keluarga dan teman. Sementara 5 dimensi yang lain belum dapat dipenuhi sepenuhnya oleh petugas kesehatan.

Pihak rumah sakit diharapkan dapat melakukan diklat terhadap dokter tentang *patient centered care* (PCC) untuk meningkatkan pemahaman dokter. Diklat ini diberikan oleh profesional dokter yang telah melakukan hal tersebut. Komite profesi keperawatan dan profesi kesehatan lain perlu meningkatkan perannya di dalam memberikan pelayanan terhadap pasien.

Rumah sakit diharapkan dapat melakukan pelayanan kepada pasien secara terintegrasi dengan memahami posisi dan peran masing-masing profesi



dalam proses pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Rumah sakit diharapkan dapat melakukan komunikasi informasi dan edukasi kepada secara jelas, *case manager* atau profesi yang memiliki kompetensi informasi dan edukasi memfasilitasi proses informasi dan edukasi antara dokter dan pasien yang berjalan belum maksimal. Petugas yang melakukan informasi dan edukasi adalah petugas yang terlebih dahulu diberikan diklat atau pengetahuan tentang hal tersebut dan cara edukasi yang baik kepada pasien.

Pihak top manajemen selalu mengkomunikasikan tentang visi misi organisasi kepada staf, agar staf memahami pentingnya pelayanan PCC bagi pasien dan pihak rumah sakit.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Maliski, SL, 'Describing a Nurse Case Manager Intervention to Empower Low-Income Men With Prostate Cancer', *Oncology Nursing Forum*, 2004, vol. 31, no. 1, pp. 57-64.
2. Adjie, JS, 'Assistance Influence on Labor Pain Level', *Indonesian Journal Obstetri and Gynecology*, 2016, vol. 4, no. 1.
3. Andayani, SRD, 'Husband Involvement to Accompanying His Wife in Cesarean Section Delivery In Reducing Anxiety for Successful Implementation Early Initiation of Breastfeeding ', *International Journal of Innovation and Research in Educational Sciences*, 2016vol. 3, no. 5, pp. 267-272.
4. Asmita, PW ,2008, *Analisis Pengaruh Persepsi pasien tentang Mutu Pelayanan Dokter Terhadap Loyalitas pasien di Poliklinik Umum Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang*, Universitas Diponegoro.
5. Baile, WA, 'SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer', *The Oncologist*. 2000, vol. 5, pp. 302-311.
6. Balogh, EP, 'Patient-Centered Cancer Treatment Planning: Improving the Quality of Oncology Care. Summary of an Institute of Medicine Workshop', *The Oncologist*, 2011, vol. 16, pp. 1800 -1805.
7. Berghout, M, 'Healthcare professionals' views on patient centered care in hospitals', *BMC Health Services Research*, 2015, vol. 15, p. 385
8. Bickell, NA, 'Coordination of care in Early Stage of Breast Cancer Patients', *Journal General Internal Medicine*, 2001, vol. 16.
9. Borges, NdC, 'Predictors for Moderate to Severe Acute Postoperative Pain after Cesarean Section ', *Pain Research and Management* 2016 vol. 6.
10. Brodribb, WE, 'Continuity of care in the post partum period: general practitioner experiences with communication', *Australian Health Review*, 2016, vol. 40, no. 5, pp. 484-489.
11. Burgess, C, 'Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study', *British Medical Journal*, 2005, p. 330.

12. Charmel, PA 'Building the business case for patient-centered care', *Healthcare Financial Management*, 2008,.
13. Constand, MK, 'Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare', *BMC Health Services Research*, 2014, vol. 14, p. 271.
14. Epstein, RM, 'The Values and Value of Patient-Centered Care', *Ann Fam Med*, 2011, vol. 9, no. 2, pp. 100-103.
15. EQS, EQS 2012, *Patient Involvement*, Brussel.
16. Fried, TR, 'Undertanding The Treatment Preferences of Seriously Ill Patients ', *New England Journal Medical*, 2002, vol. 346, no. 14, pp. 1061-1066.
17. Haggerty, JL, 'Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary', *Annals Of Family Medicine*, 2013, vol. 11, no. 3, p. 271.
18. Holland, D, 'Problems and Unmet Needs of Patients Discharged "Home to Self-Care"', *Professional Case Management*, 2011, vol. 16, no. 5, pp. 240-250.
19. Humas 2016, *Laporan Komplain Pasien RS X*
20. Kolcaba, C, 'Comfort Theory and It's Application in Pediatric Nursing', *Pediatric Nursing*, 2005, vol. 31, no. 1, p. 187.
21. Kornblith, AB, 'Social Support as a Buffer to the Psychological Impact of Stressful Life Events in Women with Breast Cancer', *CANCER*. 2001, vol. 91, no. 2.
22. Kunto, W 2004, *Analisis Hubungan Persepsi Pasien Terhadap Pasien Rawat Inap Dengan Minat Pemanfaatan Ulang di RSUD Jepara*, Diponegoro.
23. Kuo, DZ, 'Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care', *Maternal Child Health Journal*, 2012, vol. 16, pp. 297-305.
24. Luxford, K, 'Promoting Patient Centered Care : a Qualitative Study of Facilitators and Barriers in Healthcare Organizations with a Reputation for Improving the Patient Experience', *International Journal for Quality in Healthcare*, 2011, pp. 1-6.
25. Nicola, M, 'Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature.', *Soc Sci Med*, 2000, vol. 51, pp. 1087-1110.
26. Ogasawara, C, 'Nursing Diagnosis and Interventions of Japanese With End Breast Cancer Admitted With Different Purpose', *International Journal of Nursing and Terminology*, 2005, vol. 16, no. 3, p. 54.
27. Perocchia, RS, 'Patient-Centered Communication in Cancer Care: The Role of the NCI's Cancer Information Service', *Journal Cancer Education*, 2011, vol. 26, pp. 36-43.
28. Price, M, 'Provider connectedness and communication patterns: extending continuity of care in the context of the circle of care', *BMC Health Services Research*, 2013, vol. 309, no. 13, pp. 1-10.
29. Roter, DL, 'Physician Gender and Patient Centered Communication : A Critical Review of Empirical Research ', *Annual Review Public Health*, 2004, vol. 25, pp. 497-519.

30. Scalise, D, 'The Patient Experience', *Hospitals & Health Networks*, 2003, vol. 77, no. 12, p. 41.
31. Shaller, D, 'Patient Centered Care : What Does It Take ', *The Commonwealth Fund*, 2007, pp. 1-34.
32. Simpson, M, 'Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement', *British Medical Journal*, 1993, vol. 303.
33. Street, RL, 'Patient preferences and healthcare outcomes: an ecological perspective', *Pharmacoeconomics and Outcome Research*, 2012, vol. 12, no. 2, pp. 167-180.
34. Visse, A, 'Spirituality and well-being in cancer patients: a review', *Psycho-Oncology*, 2010, vol. 19, no. 6.
35. Wolf, JA, 'Defining Patient Experience', *Patient Experience Journal*, 2014, vol. 1, no. Inaugural Issue.
36. Wong, LL, 'Item generation in the development of an inpatient experience questionnaire: a qualitative study', *BMC Health Services Research*, 2013, vol. 13, p. 265.
37. Youash, S, 'Examining the Pathways of Pre- and Postnatal Health Information', *Canadian Journal Public Health*, 2012, vol. 103, no. 4, pp. 314-319.