

TESIS

**HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN *PATIENT-CENTERED CARE*
DENGAN LAMA RAWAT, KEPUASAN PASIEN DAN LUARAN
KLINIS PADA PASIEN KANKER PAYUDARA PASCA OPERASI
DI INSTALASI RAWAT INAP RS UNIVERSITAS HASANUDDIN**

*THE CORRELATION BETWEEN PATIENT CENTERED CARE
APPLICATION TO LENGTH OF STAY, PATIENT SATISFACTION
AND CLINICAL OUTCOME IN POST SURGICAL BREAST
CANCER PATIENT IN INPATIENT UNIT HASANUDDIN
UNIVERSITY HOSPITAL*

ANDI SHAFI NADIA ALYANI SYAHRIR

K022202016



PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

TESIS

**HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN *PATIENT-CENTERED CARE*
DENGAN LAMA RAWAT, KEPUASAN PASIEN DAN LUARAN
KLINIS PADA PASIEN KANKER PAYUDARA PASCA OPERASI
DI INSTALASI RAWAT INAP RS UNIVERSITAS HASANUDDIN**

*THE CORRELATION BETWEEN PATIENT CENTERED CARE
APPLICATION TO LENGTH OF STAY, PATIENT SATISFACTION
AND CLINICAL OUTCOME IN POST SURGICAL BREAST
CANCER PATIENT IN INPATIENT UNIT HASANUDDIN
UNIVERSITY HOSPITAL*

ANDI SHAFI NADIA ALYANI SYAHRIR

K022202016



PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

**HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN *PATIENT-CENTERED CARE*
DENGAN LAMA RAWAT, KEPUASAN PASIEN DAN LUARAN KLINIS
PADA PASIEN KANKER PAYUDARA PASCA OPERASI DI INSTALASI
RAWAT INAP RS UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Tesis

sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar magister

Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit

Disusun dan diajukan oleh

ANDI SHAFI NADIA ALYANI SYAHRIR

K022202016

kepada

PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

LEMBAR PENGESAHAN**HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN PATIENT CENTERED CARE
TERHADAP LAMA RAWAT, KEPUASAN PASIEN DAN LUARAN KLINIS
PADA PASIEN KANKER PAYUDARA PASCA OPERASI DI INSTALASI
RAWAT INAP RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Disusun dan diajukan oleh

**Andi Shafa Nadia Alyani Syahrir
NOMOR POKOK K022202016**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 16 Januari 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.



Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Dr. Fridawaty Rivai, SKM, M.Kes
NIP. 19731016 199702 2 001

Pembimbing Pendamping,

Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM
NIP. 19730104 200012 2 001

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat

Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001

Ketua Program Studi S2
Administrasi Rumah Sakit

Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS.
NIP. 19650210 199103 1 00 6

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andi Shafa Nadia Alyani Syahrir

NIM : K022201009

Program Studi : Magister Administrasi Rumah Sakit

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis dengan judul "**HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN *PATIENT-CENTERED CARE* DENGAN LAMA RAWAT, KEPUASAN PASIEN DAN LUARAN KLINIS PADA PASIEN KANKER PAYUDARA PASCA OPERASI DI INSTALASI RAWAT INAP RS UNIVERSITAS HASANUDDIN**" yang saya tulis ini benar - benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Makassar, Januari 2023

Yang menyatakan :



Andi Shafa Nadia Alyani Syahrir

UCAPAN TERIMA KASIH

Assalamualaikum wr wb.

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “**Hubungan Antara Penerapan *Patient-Centered Care* Dengan Lama Rawat, Kepuasan Pasien Dan Luaran Klinis Pada Pasien Kanker Payudara Pasca Operasi Di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Hasanuddin**”. Pembuatan tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister pada Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala tetapi dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan penuh rasa hormat dan ketulusan hati menghaturkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Dr. Fridawaty Rivai, SKM, MARS selaku pembimbing I dan Ibu Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM selaku pembimbing II yang penuh kesabaran meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk yang sangat berguna dalam penyusunan tesis ini.

Selain itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin dan Seluruh Wakil Rektor dalam lingkungan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. Sukri, SKM.,M.Kes.,M.Sc.,Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS., selaku ketua Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Dr. Irwandy SKM.,M.Sc.PH.,M.Kes, Bapak Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes, Bapak Dr. dr. Khalid Saleh, Sp.PD (K)., FINASIM.,M.Kes selaku tim penguji yang telah memberikan saran, arahan dan kritikan yang sangat bermanfaat.

5. Ibu Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM selaku penasehat akademik selama menempuh pendidikan di Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
6. Seluruh dosen dan staf Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan informasi dan urusan administratif selama masa perkuliahan.
7. Direktur beserta seluruh staf RS Universitas Hasanuddin, atas bantuan dan kerjasamanya selama proses penelitian.
8. Teman-teman seperjuangan Keluarga MARS Angkatan 03, yang tanpa hentinya memberikan semangat yang luar biasa.
9. Segenap Direksi Klinik Sehat atas dukungannya yang telah mengizinkan dan memberikan kelonggaran kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan S2 sambil tetap dapat bekerja di Klinik Sehat.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.

Tidak lupa penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih sedalam-dalamnya kepada segenap keluarga besar atas segala bentuk dukungan dan doa yang tidak henti-hentinya terkhusus kepada kedua orangtua tercinta, Ayahanda Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS dan Ibunda Dr. Indriati Amirullah, serta ketiga saudara tersayang dr. Sarah Amirah Syahrir, Syadzwina Shaumi, dan Salwaa Aqiyla yang telah memberikan semangat dan doa selama ini.

Semoga semua bantuan yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, semua saran dan kritik akan diterima dengan segala kerendahan hati. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak.

Wassalamualaikum wr wb.

Makassar, Januari 2023

Penulis

ABSTRAK

ANDI SHAFI NADIA ALYANI SYAHRIR. *Hubungan Antara Penerapan Patient-Centered Care Dengan Lama Rawat, Kepuasan Pasien Dan Luaran Klinis Pada Pasien Kanker Payudara Pasca Operasi Di Instalasi Rawat Inap Rs Universitas Hasanuddin.* (dibimbing oleh **Fridawaty Rivai** dan **A. Indahwati Sidin**).

Selama dua dekade terakhir, sebuah konsep perawatan yang berpusat pada pasien (*Patient-Centered Care*) atau PCC telah diakui secara internasional sebagai bagian dari konsep perawatan kesehatan berkualitas tinggi. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa ada banyak manfaat perawatan yang berpusat pada pasien, yang secara luas dikategorikan menjadi manfaat dalam pengalaman pasien, manfaat dalam hal klinis serta operasional rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara penerapan PCC dengan lama rawat inap, kepuasan pasien dan luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi.

Desain penelitian adalah *cross-sectional*. Survei dilakukan diantara 100 pasien yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan alat ukur yang terdiri dari kuesioner *Patient-Centered Care*, kuesioner kepuasan pasien, dan rekam medis pasien untuk mengevaluasi lama rawat inap dan luaran klinis. Analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan antara *patient centered-care* dan LOS, kepuasan pasien, dan luaran klinis pada pasien rawat inap.

Terdapat hubungan penerapan PCC dengan kepuasan pasien ($p=0,005$), tetapi tidak ada hubungan antara penerapan PCC dengan LOS ($p=0,176$) serta luaran klinis ($p=0,128$). Penerapan perawatan yang berpusat pada pasien dikaitkan dengan kepuasan pasien tetapi tidak berhubungan dengan lama tinggal dan luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi. Untuk mengimplementasikan PCC, rumah sakit harus membuat definisi dan dimensi yang disepakati bersama yang digunakan sebagai konsep untuk melakukan operasionalisasi dan pengukuran PCC untuk meningkatkan kepuasan pasien secara keseluruhan dan luaran klinis serta mengurangi lama rawat inap seperti yang diharapkan.

Kata kunci: Perawatan Yang Berpusat Pada Pasien, Kepuasan Pasien, Lama Rawat Inap, Luaran Klinis, Operasi Kanker Payudara



ABSTRACT

ANDI SHAFI NADIA ALYANI SYAHRIR. *The Correlation Between Patient Centered Care Application To Length Of Stay, Patient Satisfaction And Clinical Outcome In Post-Surgical Breast Cancer Patient In Inpatient Unit Hasanuddin University Hospital* (supervised by **Fridawaty Rivai dan A. Indahwaty Sidin**).

Over the past two decades, patient-centred care has become internationally recognized as a dimension of the broader concept of high-quality health care. Recent research has shown that there are many benefits to patient-centred care, broadly categorized as patient experience, clinical and operational benefits. The study aim was analysing the correlation between the application of PCC and length of stay, patient satisfaction and clinical outcome of post-surgical breast cancer patients.

The study design was cross-sectional. A survey was conducted among 100 patients selected with inclusion criteria. Data was collected using measuring tools consisting of patient-centred care questionnaires, patient satisfaction questionnaires, and patients' medical records to evaluate the length of stay and clinical outcomes. Bivariate analysis was carried out to analyse the correlation between patient centred-care and LOS, patient satisfaction, and the clinical outcomes of inpatients.

There was a correlation between PCC application and patient satisfaction ($p=0,005$), but no correlation between PCC application and LOS ($p=0,176$) as well as clinical outcome ($p=0,128$). The application of patient-centred care attributed to patient satisfaction but did not correlate to length of stay and clinical outcome of post-surgical breast cancer patients. To implement PCC, the hospital should make an accepted definition and commonly agreed set of dimensions used for the concept of operationalization and its measurement to improve overall patient satisfaction, clinical outcome and reduce the length of stay as expected.

Keywords: Patient-Centred Care, Patient Satisfaction, Length Of Stay, Clinical Outcome, Breast Cancer Surgery



DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGAJUAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	v
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vii
ABSTRAK	viii
<i>ABSTRACT</i>	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	8
1.3 Rumusan Masalah	11
1.4 Tujuan Penelitian	12
1.4.1 Tujuan Umum.....	12
1.4.2 Tujuan Khusus	12
1.5 Manfaat Penelitian	13
1.5.1 Manfaat Keilmuan	13
1.5.2 Manfaat Praktis	13
1.5.3 Manfaat Bagi Peneliti	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	14

2.1	Tinjauan Umum <i>Patient-Centered Care</i> (PCC).....	14
2.1.1	Definisi <i>Patient-Centered Care</i> (PCC)	14
2.1.2	Tujuan <i>Patient Centered Care</i> (PCC)	15
2.1.3	Dimensi <i>Patient Centered Care</i> (PCC)	16
2.1.4	Faktor Yang Mempengaruhi PCC	23
2.2	Tinjauan Umum <i>Length Of Stay</i> (LOS)	25
2.2.1	Definisi <i>Length Of Stay</i> (LOS).....	25
2.2.2	Faktor Yang Berpengaruh Terhadap LOS	25
2.2.3	<i>Length Of Stay</i> (LOS) Pasien Kanker Payudara.....	30
2.3	Tinjauan Umum Kepuasan Pasien	32
2.3.1	Definisi Kepuasan Pasien	32
2.3.2	Dimensi Kepuasan Pasien.....	32
2.4	Tinjauan Umum Luaran Klinis.....	36
2.4.1	Definisi Luaran Klinis	36
2.4.2	Luaran Klinis Pada Pasien Kanker Payudara	36
2.5	Tinjauan Umum Kanker Payudara.....	37
2.5.1	Definisi Kanker Payudara.....	37
2.5.2	Jenis Kanker Payudara	38
2.5.3	Epidemiologi Kanker Payudara.....	38
2.5.4	Faktor Risiko Kanker Payudara	39
2.5.5	Diagnosis Kanker Payudara.....	39
2.5.6	Tatalaksana Kanker Payudara.....	40
2.6	Matriks Penelitian Terdahulu	42
2.7	Mapping Teori	67
2.8	Kerangka Teori	69
2.9	Kerangka Konsep	71
2.10	Hipotesis Penelitian	74
2.11	Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif.....	75
BAB III METODE PENELITIAN		80
3.1	Jenis Dan Rancangan.....	80
3.2	Lokasi Dan Waktu Penelitian	80

3.3 Populasi Dan Sampel	80
3.3.1 Populasi	80
3.2.1 Sampel	81
3.4 Pengumpulan Data	82
3.4.1 Data Primer	82
3.4.2 Data Sekunder	83
3.5 Instrumen Penelitian	83
3.6 Uji Validitas Dan Reliabilitas Instrumen	83
3.7 Pengolahan Dan Analisis Data	86
3.7.1 Pengelolaan Data	86
3.7.2 Analisis Data	86
BAB IV HASIL PENELITIAN	88
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	88
4.2 Hasil Penelitian	90
4.2.1 Analisis Univariat	90
4.2.2 Analisis Bivariat	109
BAB V PEMBAHASAN	112
5.1 Penerapan PCC di RS Unhas	112
5.2 <i>Length Of Stay</i> (LOS) Pasien Rawat Inap di RS Unhas	116
5.3 Kepuasan Pasien Rawat Inap di RS Unhas	119
5.4 Luaran Klinis Pasien Kanker Payudara Pasca Operasi di RS Unhas	122
5.5 Hubungan Antara Penerapan PCC Dengan LOS di RS Unhas	124
5.6 Hubungan Antara Penerapan PCC Dengan Kepuasan Pasien di RS Unhas	127
5.7 Hubungan Antara Penerapan PCC Dengan Luaran Klinis di RS Unhas	130
5.8 Implikasi Manajerial	133
5.9 Keterbatasan Penelitian	134
BAB VI PENUTUP	135
6.1. Kesimpulan	135
6.2 Saran	136

DAFTAR PUSTAKA.....	138
LAMPIRAN.....	154

DAFTAR TABEL

Nomor urut	Halaman
Tabel 1. Diagnosis terbanyak kasus dengan LOS memanjang di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Hasanuddin tahun 2019-2021	5
Tabel 2. Matriks penelitian terdahulu	42
Tabel 3. Mapping teori penelitian.....	67
Tabel 4. Definisi operasional dan kriteria objektif penelitian	75
Tabel 5. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian	84
Tabel 6. Distribusi frekuensi karakteristik responden di RS Unhas tahun 2022 ..90	90
Tabel 7. Distribusi jawaban responden terhadap penerapan PCC di RS Unhas tahun 2022	92
Tabel 8. Distribusi frekuensi dimensi PCC di RS Unhas tahun 2022	96
Tabel 9. Penerapan PCC di RS Unhas tahun 2022.....	96
Tabel 10. Tabulasi silang karakteristik responden dengan penerapan PCC di RS Unhas tahun 2022.....	97
Tabel 11. Hasil <i>length of stay</i> (LOS) pasien di RS Unhas tahun 2022	99
Tabel 12. Tabulasi silang karakteristik responden dengan LOS pasien di RS Unhas tahun 2022.....	99
Tabel 13. Distribusi jawaban responden kepuasan pasien di RS Unhas tahun 2022	101
Tabel 14. Distribusi frekuensi dimensi kepuasan pasien di RS Unhas tahun 2022	104
Tabel 15. Hasil kepuasan pasien di RS Unhas tahun 2022.....	104
Tabel 16. Tabulasi silang karakteristik responden dengan kepuasan pasien di RS Unhas tahun 2022.....	104
Tabel 17. Frekuensi indikator luaran klinis pasien di RS Unhas tahun 2022.....	107
Tabel 18. Tabulasi silang karakteristik responden dengan luaran klinis pasien di RS Unhas tahun 2022.....	107

Tabel 19. Hasil uji chi-square penerapan PCC dengan LOS di RS Unhas tahun 2022	109
Tabel 20. Hasil uji chi-square penerapan PCC dengan kepuasan pasien di RS Unhas tahun 2022.....	110
Tabel 21. Hasil uji chi-square penerapan PCC dengan luaran klinis di RS Unhas tahun 2022	111

DAFTAR GAMBAR

Nomor urut	Halaman
Gambar 1. Kajian masalah penelitian	8
Gambar 2. Kerangka teori penelitian	69
Gambar 3. Kerangka konsep penelitian.....	71

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor urut	Halaman
Lampiran 1. Kuisisioner penelitian.....	154
Lampiran 2. Output penelitian.....	166
Lampiran 3. <i>Curriculum vitae</i>	217
Lampiran 4. Rekomendasi Persetujuan Etik.....	218
Lampiran 5. Surat Izin Penelitian.....	219
Lampiran 6. Surat Keterangan Selesai Penelitian.....	220

DAFTAR SINGKATAN

Istilah/Singkatan	Arti/Penjelasan
UU	Undang-Undang
PCC	<i>Patient-Centered Care</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
LOS	<i>Length of Stay</i>
AvLOS	<i>Average Length of Stay</i>
RS	Rumah Sakit
KEMENKES	Kementrian Kesehatan
RI	Republik Indonesia
ACSQHC	<i>Australia Commission on Safety and Quality in Health Care</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
PSQ	<i>Patient Satisfaction Questionnaire</i>
SSI	<i>Surgical Site Infection</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Topik mutu pelayanan dan keselamatan pasien telah menjadi salah satu isu global dan menjadi fokus utama dalam pelayanan kesehatan, tidak terkecuali di Indonesia. Di Indonesia, kewajiban rumah sakit untuk terus meningkatkan dan menjamin kualitas pelayanannya diatur dalam Pasal 40 UU No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit. Pasal tersebut menegaskan bahwa rumah sakit wajib memperoleh akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan (Rivai et al., 2020).

Mutu pelayanan merupakan hal yang penting karena telah terjadi perubahan paradigma pada pemberian layanan kesehatan dimana tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu semakin kuat yang didukung dengan kemajuan teknologi, pengetahuan, dan akses informasi. Golongan masyarakat yang berpendidikan dan menguasai informasi semakin bertambah, sehingga mereka dapat memilih dan menuntut untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas. Walaupun demikian, tuntutan tersebut dinilai belum mendapatkan tanggapan yang layak dan tepat dari layanan kesehatan yang tersedia dan dalam banyak kasus pemberian layanan kesehatan dinilai tetap tidak berubah dalam beberapa dekade terakhir (Stone, 2008).

Sebuah konsep perawatan yang berpusat pada pasien (*Patient Centered Care*) atau PCC telah diakui secara internasional sebagai bagian dari konsep perawatan kesehatan berkualitas tinggi. Hal ini sesuai dengan laporan *Institute of Medicine* (IOM) yang mendefinisikan perawatan yang berkualitas baik adalah perawatan yang aman, efektif, berpusat pada pasien, tepat waktu, efisien, dan adil (IOM, 2001). Pasien dan keluarga mereka menggambarkan pendekatan yang lebih berpusat pada pasien sebagai kunci untuk memenuhi kebutuhan mereka (ACSQHC, 2010).

Dalam suatu laporan oleh *Institute of Medicine* (IOM), PCC didefinisikan sebagai sebagai perawatan kesehatan yang membangun kemitraan antara

praktisi, pasien, dan keluarga (bila perlu) untuk memastikan bahwa keputusan klinis terhadap pasien menghormati keinginan, kebutuhan, dan preferensi pasien dan bahwa pasien memiliki pendidikan atau pengetahuan dan dukungan yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan mereka sendiri. Dalam laporan yang sama PCC disebutkan sebagai salah satu dari enam tujuan mendasar dari sistem perawatan kesehatan di Amerika Serikat (IOM, 2001).

Konsep PCC ini berakar pada paradigma holistik, yang menunjukkan bahwa pasien perlu dilihat dalam entitas bio-psikososial mereka (Henbest & Stewart, 1989). PCC merupakan pergeseran dari model di mana pasien adalah target pasif intervensi atau perawatan medis, ke model lain dimana pasien mengambil bagian aktif dalam proses perawatannya (Leplege et al., 2007). Komponen utama PCC bila dibandingkan dengan perspektif biomedis tradisional adalah perspektif komprehensif tentang situasi pasien, pemahaman dan pengalaman pasien sendiri tentang situasinya dan partisipasinya dalam pengambilan keputusan (Ekman et al., 2012).

Dalam upaya untuk mengoperasionalkan PCC dari sudut pandang pasien, *Picker Institute* melakukan penelitian ekstensif dan menemukan bahwa pasien umumnya mendefinisikan PCC dalam delapan dimensi. Dimensi tersebut terdiri dari (a) menghormati nilai, preferensi, dan kebutuhan yang berpusat pada pasien; (b) koordinasi dan integrasi; (c) informasi, komunikasi, dan edukasi; (d) kenyamanan fisik; (e) dukungan emosional dan pengurangan rasa takut dan kecemasan; (f) keterlibatan keluarga dan teman (g) transisi dan kontinuitas pelayanan dan; (h) akses ke perawatan (Gerteis et al., 1993).

Delapan dimensi tersebut menjelaskan bahwa konsep PCC lebih menghargai sentuhan, tidak hanya sekedar berbicara dengan pasien. PCC bukan pula sekedar mengedepankan teknologi, tapi lebih memperhatikan pentingnya interaksi antar individu (Charmel & Frampton, 2008). PCC lebih mengedepankan nilai pasien sebagai individu, memberikan dukungan secara emosional dan memberikan kenyamanan fisik, memperhatikan kebutuhan pasien mulai dari masuk rumah sakit sampai dengan perawatan lanjutan yang diperlukan, serta memberikan informasi dan edukasi pada setiap pasien (Rosa, 2018).

Dalam perawatan pasien, penelitian menunjukkan bahwa PCC dapat meningkatkan manajemen penyakit, meningkatkan kepuasan pasien dan dokter, mengurangi kecemasan, meningkatkan kualitas hidup pasien dan menghasilkan

kepatuhan yang lebih baik terhadap pengobatan karena memungkinkan pasien untuk berpartisipasi secara aktif dalam semua aspek perawatan mereka (M. Stewart et al., 2000). Bukti lain mengatakan bahwa PCC dapat mengurangi lama rawat inap dan angka kunjungan kembali ke unit gawat darurat pada pasien (Cliff, 2012).

Sebuah studi lain oleh Stone (dikutip dalam Charmel dan Frampton 2008) menemukan manfaat penerapan PCC dalam unit rawat inap yang menunjukkan rata-rata lama rawat yang lebih pendek, biaya perawatan per kasus yang jauh lebih rendah dan rata-rata skor kepuasan pasien secara keseluruhan meningkat. Charmel dan Frampton (2008) juga melaporkan bahwa PCC memberikan keuntungan finansial dalam hal peningkatan retensi staf, penurunan kunjungan kembali dan menurunkan *length of stay* (LOS) (ACSQHC, 2010).

Seperti penjelasan sebelumnya, beberapa penelitian lain juga membuktikan manfaat PCC khususnya terhadap LOS pasien. Penelitian Liu et al (2022) pada pasien yang dilakukan tindakan operasi karena patah tulang pinggul dengan usia 80 tahun keatas menyimpulkan bahwa pada kelompok pasien dengan intervensi PCC memberikan hasil yang signifikan terhadap penurunan LOS pasien, pengurangan keterlambatan operasi, serta komplikasi pasca operasi (Y. Liu et al., 2022). Penelitian lain yang dilakukan pada tahun 2018-2019 di Republik Irlandia juga memberikan hasil pengurangan LOS sebanyak 16 hari pada pasien usia 65 tahun keatas yang dirawat di rumah sakit penyakit akut dengan perawatan dengan pendekatan PCC (Donegan et al., 2021).

Selain manfaat terhadap LOS pasien, beberapa penelitian juga menilai manfaat penerapan PCC terhadap kepuasan pasien. Dalam penelitian Rivai et al (2019) yang menilai pengaruh PCC terhadap luaran klinis dan kepuasan pasien rawat inap yang telah menjalani operasi caesar darurat di RSIA Ananda dan RSKDIA Pertiwi Makassar, memberikan hasil peningkatan kepuasan pasien (Rivai et al., 2020). Penelitian lain oleh Sjarifuddin & Rosa (2018) pada pasien post operasi katarak juga menyimpulkan bahwa PCC sangat efektif pada peningkatan kepuasan pasien (Sjarifudhin & Maria Rosa, 2018). Selain itu sebuah *systematic review* pada tahun 2012 menunjukkan bahwa terdapat bukti pengaruh positif PCC pada kepuasan dan manajemen diri pasien (Rathert et al., 2013).

Beberapa penelitian yang dilakukan dalam dekade terakhir juga telah meneliti hubungan antara pelaksanaan PCC dan luaran klinis pasien dalam berbagai situasi yang berbeda. Kaplan et al (1989) menyimpulkan bahwa pasien

dengan penyakit kronis yang terlibat dalam pengambilan keputusan menunjukkan peningkatan status fungsional dan pengurangan jumlah penanda penyakit fisiologis misalnya, tingkat glukosa darah. Safran et al (1998) juga melaporkan bahwa pasien dari dokter perawatan primer yang menerapkan PCC selama kunjungan klinik menunjukkan peningkatan kepatuhan terhadap saran medis yang diberikan oleh dokter dan peningkatan hasil kesehatan (Sidani, 2008). Selain itu, Wick et al (2015) juga membuktikan kelompok pasien yang menjalani operasi kolorektal dengan pendekatan PCC mengalami penurunan tingkat infeksi post operasi dibanding kelompok kontrol (Wick et al., 2015).

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin (Unhas) adalah salah satu rumah sakit pendidikan kelas B milik Universitas Hasanuddin yang terletak di Makassar. Berdasarkan data dari bagian rekam medik, RS Unhas memiliki beberapa kasus dengan LOS yang memanjang melebihi standar yang ditetapkan yakni 6-9 hari. LOS (*Length of Stay*) didefinisikan sebagai interval antara masuk dan keluar pasien rawat inap dan merupakan salah satu indikator mutu pelayanan rawat inap yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Indonesia dengan standar rata-rata 6-9 hari (Kemenkes RI, 2011). Perpanjangan LOS pasien dapat menyebabkan berbagai kerugian utamanya pada rumah sakit.

Tabel 1. Diagnosis terbanyak kasus dengan LOS memanjang di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Hasanuddin tahun 2019-2021

Tahun	Urutan Kasus	Diagnosis	Jumlah Kasus (n)	AvLOS (hari)	Standar AvLOS (hari)
2019	1	<i>Malignant neoplasm of breast, unspecified</i>	15	17	6-9
	2	<i>Respiratory distress of newborn</i>	11	18	
	3	<i>Non-insulin-dependent diabetes mellitus</i>	10	19	
2020	1	<i>Cerebral infarction</i>	11	15	
	2	<i>Malignant neoplasm of breast, unspecified</i>	9	16	
	3	<i>Non-insulin-dependent diabetes mellitus</i>	8	12	
2021	1	<i>Pneumonia, unspecified organism</i>	13	13	
	2	<i>Non-insulin-dependent diabetes mellitus</i>	10	11	
	3	<i>Malignant neoplasm of breast, unspecified</i>	9	14	

Sumber: Data Sekunder RS Unhas, 2021

Berdasarkan data pada tabel diatas dapat disimpulkan bahwa, penyakit kanker payudara merupakan diagnosis tiga teratas kasus dengan LOS yang memanjang dalam 3 tahun terakhir (2019-2021) di Instalasi Rawat Inap RS Unhas dan memiliki rata-rata lama rawat (*Average Length of Stay*)/ AvLOS diatas standar yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia yakni 6-9 hari. Perpanjangan LOS dapat menyebabkan pemanfaatan sumber daya medis yang buruk dan meningkatkan beban kerja staf medis dan juga menyebabkan banyak efek samping seperti infeksi dan komplikasi lain yang tidak terkait dengan diagnosis pasien saat masuk (Mathew et al., 2018).

Kanker payudara adalah penyakit umum yang mempengaruhi jutaan wanita dengan tren yang meningkat tiap tahunnya (Qin et al., 2018). Menurut data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2020, terdapat 2,3 juta wanita yang terdiagnosis kanker payudara dan 685,000 kematian secara global. Hingga akhir tahun 2020, ada 7,8 juta wanita hidup yang didiagnosis menderita kanker payudara dalam 5 tahun terakhir, menjadikannya kanker paling umum di dunia (WHO, 2021).

Diagnosis kanker payudara dengan LOS memanjang di Instalasi Rawat Inap RS Unhas pada tahun 2019-2021 yang berada pada tabel sebelumnya merupakan pasien yang dirawat pasca operasi mastektomi. Operasi mastektomi pada kanker payudara merupakan salah satu jenis pembedahan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan harapan hidup pasien dan di indikasikan untuk pasien kanker payudara stadium awal yakni stadium I-II (Verhoeven et al., 2009). Rata-rata lama waktu rawat inap pasien kanker payudara yang menjalani pembedahan di dunia adalah 5-8 hari dimana telah terjadi penurunan LOS yang signifikan yang dulunya 10-14 hari karena banyaknya adopsi teknik terbaru dalam pembedahan (Downing et al., 2009b; Gumus et al., 2015a; Sekhar Marla et al., 2013; Nowak et al., 2019). Bahkan di negara-negara maju seperti Amerika dan Eropa, pemulangan pasien operasi kanker payudara termasuk mastektomi dilakukan pada hari yang sama dilakukannya operasi (S. Marla & Stallard, 2009).

Menurut suatu penelitian, LOS yang singkat di rumah sakit setelah operasi kanker payudara dapat memberikan kesempatan untuk mengurangi nyeri luka pasien, mengurangi biaya perawatan kesehatan tanpa mempengaruhi kualitas proses perawatan dan memungkinkan pemulihan yang lebih cepat karena dilakukan di lingkungan rumah yang familiar (Gumus et al., 2015a). Bundred et al (1998) juga tidak menemukan efek negatif dari pemulangan dini pada pasien baik

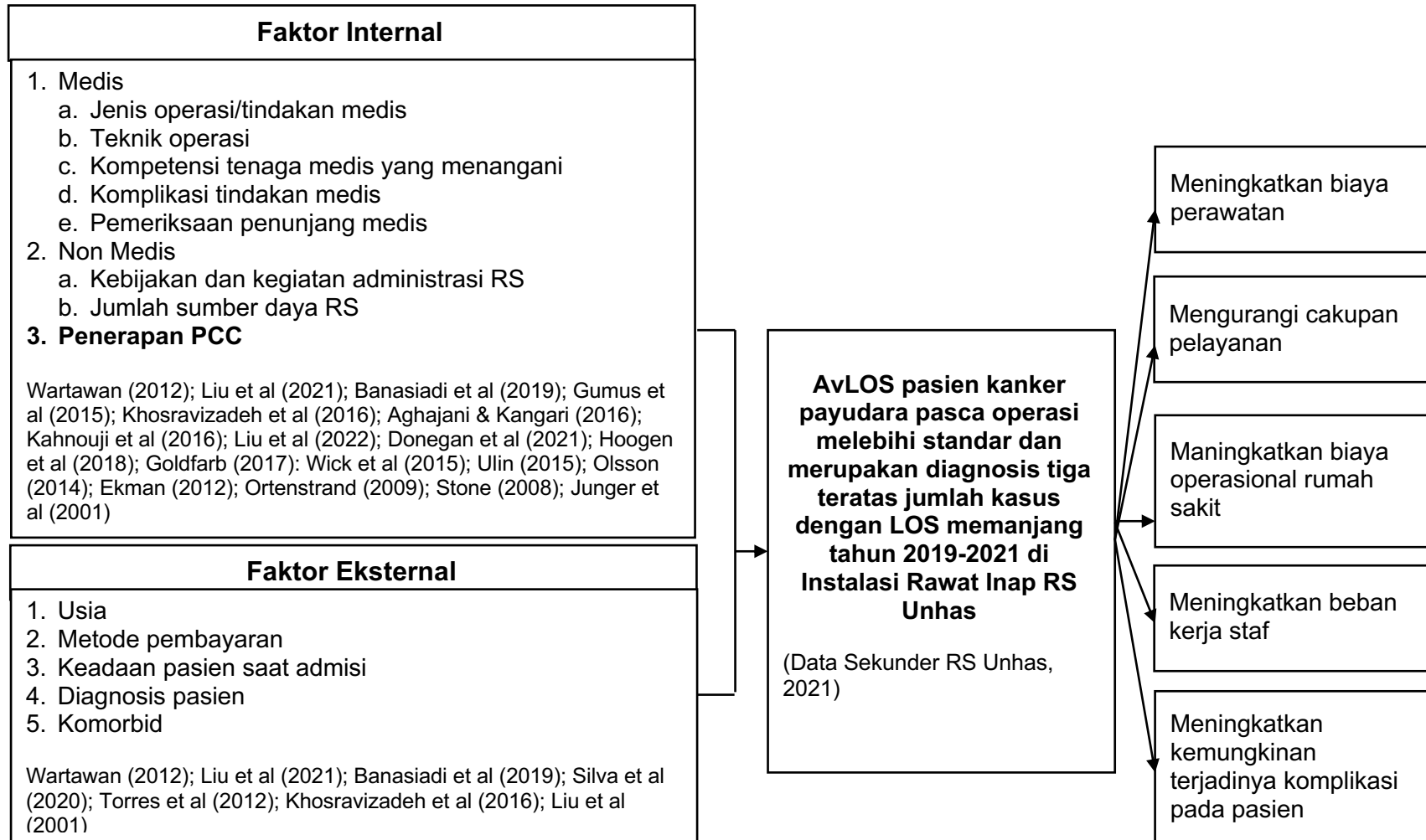
dari faktor fisik maupun psikologis pasien (Bundred et al., 1998). Selain itu, keuntungan dari LOS yang singkat mencakup beban kerja yang lebih ringan pada staf, penghematan biaya rumah sakit, pengurangan lama rawat, daftar tunggu dan terjadinya pergeseran dari perawatan rumah sakit yang mahal ke perawatan di rumah yang lebih murah (Bonnema et al., 1998; de Kok et al., 2010).

PCC dianggap sebagai model perawatan kesehatan yang memiliki potensi untuk menurunkan LOS pasien, meningkatkan kepuasan terhadap perawatan dan meningkatkan hasil klinis pasien seperti yang telah dibuktikan pada penelitian-penelitian sebelumnya. Bukti menunjukkan bahwa dengan PCC pasien secara bertahap menjadi lebih tertarik untuk menerima informasi kesehatannya dan menjadi mitra dalam perawatan mereka serta berkolaborasi dalam pengambilan keputusan pengobatan. Hal ini tentunya juga membutuhkan penyedia layanan kesehatan untuk memahami preferensi dan perspektif pasien untuk dapat terlibat (Hackel, 2013).

Beberapa penelitian mengenai manfaat penerapan PCC terhadap pasien kanker payudara menunjukkan bahwa pada 182 pasien yang telah menyelesaikan pengobatan kanker payudara, persepsi pasien tentang PCC sangat terkait dengan kepuasan pasien terhadap informasi. Hasil ini memberikan dukungan pada teori bahwa kepuasan pasien meningkat ketika dokter menerapkan PCC ke dalam perawatan mereka (Mallinger et al., 2005). Penelitian lain pada pasien operasi rekonstruksi payudara juga menunjukkan bahwa dengan menerapkan PCC, pasien menerima informasi dan rincian yang memadai mengenai prosedur yang akan diterimanya, pilihan alternatif, dan apa yang diharapkan setelah operasi dalam hal rasa sakit, kemungkinan komplikasi, dan waktu untuk pemulihan sehingga pasien lebih puas dengan *outcome* operasi tersebut (Ho et al., 2013). Temuan lain juga menunjukkan bahwa *discharge planning* yang tepat dengan penerapan PCC berpotensi untuk mengurangi biaya melalui penurunan LOS dengan tetap mempertahankan kepuasan pasien (Nowak et al., 2019).

Temuan-temuan diatas membuktikan bahwa PCC merupakan salah satu faktor penting dalam manajemen pasien yang dapat menurunkan LOS, meningkatkan kepuasan pasien dan luaran klinis pasien. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk menganalisis penerapan PCC di RS Unhas dan hubungannya dengan LOS pasien, kepuasan pasien dan luaran klinis pada pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas.

1.2 KAJIAN MASALAH



Gambar 1. Kajian masalah penelitian

LOS dianggap sebagai salah satu indikator kunci untuk mengevaluasi kualitas pelayanan rumah sakit dan merupakan parameter penting untuk laporan kesehatan dalam hal manajemen dan evaluasi rawat inap (*National Health Commission*, 2019). LOS juga merupakan indikator penting dalam menentukan keberhasilan terapi pasien dan biaya perawatan yang dikeluarkan pasien. Perpanjangan LOS menyebabkan peningkatan biaya perawatan pasien, mengurangi cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit dan meningkatkan biaya operasional rumah sakit. Selain itu, juga dapat menyebabkan peningkatan beban kerja staf medis dan juga menyebabkan banyak efek samping seperti infeksi dan komplikasi lain yang tidak terkait dengan diagnosis pasien saat masuk (Mathew et al., 2018).

Walaupun faktor-faktor pasti yang menjadi penyebab memanjangnya lama rawat dan cara efektif mengurangi lama rawat belum dibahas secara komprehensif, gambar kajian masalah diatas menguraikan bahwa beberapa penelitian telah dilakukan untuk menyelidiki faktor-faktor tersebut. Sebagian besar upaya tersebut terfokus pada karakteristik pasien dan penyakit pada tingkat individu. Namun, beberapa penelitian juga membahas faktor lain yang tidak dapat diabaikan yakni faktor rumah sakit itu sendiri yang berupa karakteristik organisasi dan sumber daya di tingkat rumah sakit utamanya yang berhubungan dengan penerapan PCC.

Faktor-faktor yang menyebabkan memanjangnya LOS terbagi atas faktor internal rumah sakit dan faktor eksternal yang merupakan karakteristik pasien. Faktor internal rumah sakit terbagi atas faktor medis yang terdiri atas jenis tindakan medis/operasi, teknik operasi, kompetensi tenaga medis yang menangani pasien, ada tidaknya komplikasi yang menyertai tindakan medis dan jenis pemeriksaan penunjang pasien. Sedangkan faktor non medis terdiri dari kebijakan dan kegiatan administrasi RS dan jumlah sumber daya RS. Selain itu, faktor internal rumah sakit yang dapat dikategorikan dalam faktor medis dan non medis karena dapat mempengaruhi kedua faktor tersebut adalah penerapan PCC.

Penerapan PCC merupakan faktor yang dapat digolongkan dalam faktor medis maupun non medis. Menilai dari definisi yang telah dijelaskan sebelumnya, PCC adalah model perawatan yang dipersonalisasi untuk memenuhi kebutuhan individu pasien dan konsisten dengan preferensi mereka (Sidani, 2008), dimana semua keputusan perawatan berdasarkan pada kebutuhan individu dan menghormati nilai-nilai serta mendorong pasien untuk ikut berpartisipasi dalam

perawatan mereka sendiri. Beberapa penelitian menjelaskan manfaat penerapan PCC terhadap LOS pasien sehingga penerapan PCC dapat diklasifikasikan dalam faktor medis dan non medis pasien karena dapat menyangkut segala jenis proses perawatan pasien baik medis maupun non medis.

Penelitian sebelumnya dalam menilai hubungan antara penerapan PCC dengan LOS dikatakan bahwa PCC dapat meningkatkan hasil perawatan (*outcome*) pasien dimana PCC mempromosikan proses komunikasi yang lebih baik sehingga mendukung pasien dan keluarga mereka untuk menentukan dan mencapai hasil kesehatan yang mereka inginkan. PCC juga meningkatkan kepuasan pasien (Hobbs, 2009), kepatuhan (Epstein & Street, 2011), kualitas hidup (Poochikian-Sarkissian et al., 2010), serta mengurangi penggunaan layanan medis yang banyak dan tidak efektif (Shaller & Consulting, 2007) sehingga berpengaruh terhadap LOS pasien.

Selain faktor internal rumah sakit, faktor eksternal berupa karakteristik pasien juga dianggap berpengaruh terhadap LOS pasien. Faktor eksternal terdiri dari usia pasien, metode pembayaran, keadaan pasien saat admisi, jenis penyakit yang dialami pasien dan komorbid pasien. Usia dikaitkan dengan memanjangnya LOS karena usia lebih tua lebih mungkin untuk memiliki penyakit yang lebih serius (Torres & Blanchard, 2012). Metode pembayaran berhubungan dengan lama rawat dimana pasien dengan asuransi kesehatan memiliki LOS lebih lama daripada mereka yang membayar sendiri (J. Lee et al., 2014; Mehta et al., 2017). Keadaan pasien saat admisi, jenis penyakit dan komorbid juga tentunya dapat mempengaruhi LOS pasien.

Dalam penelitian ini, penulis berfokus pada faktor penerapan PCC seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, yang dalam praktiknya memiliki 8 dimensi yakni (a) menghormati nilai, preferensi, dan kebutuhan yang berpusat pada pasien; (b) koordinasi dan integrasi; (c) informasi, komunikasi, dan edukasi; (d) kenyamanan fisik; (e) dukungan emosional dan pengurangan rasa takut dan kecemasan; (f) keterlibatan keluarga dan teman (g) transisi dan kontinuitas pelayanan dan; (h) akses ke perawatan menurut hasil penelitian yang dilakukan pada tahun 1993 oleh *Picker Institute* (Gerteis et al., 1993).

Peneliti memilih berfokus pada faktor penerapan PCC karena berdasarkan studi-studi sebelumnya, PCC terbukti memberikan banyak manfaat diantaranya penurunan LOS pasien, peningkatan kepuasan pasien dan perbaikan luaran klinis pasien. Kanker payudara telah menjadi masalah kesehatan masyarakat dan

beban ekonomi yang signifikan di seluruh dunia. Oleh karena itu peneliti ingin menganalisis penerapan PCC dan hubungannya dengan LOS pasien, kepuasan pasien dan luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas.

1.3 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) pada pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas?
2. Bagaimana lama rawat inap (*length of stay*) pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas?
3. Bagaimana kepuasan pasien pada pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas?
4. Bagaimana luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas?
5. Bagaimana hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan lama rawat inap (*length of stay*) pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap di RS Unhas?
6. Bagaimana hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan kepuasan pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap di RS Unhas?
7. Bagaimana hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas?

1.4 TUJUAN PENELITIAN

1.4.1 TUJUAN UMUM

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis hubungan antara penerapan PCC dengan lama rawat inap (*length of stay*), kepuasan pasien dan luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas.

1.4.2 TUJUAN KHUSUS

- a. Mendeskripsikan penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) pada pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas
- b. Mendeskripsikan lama rawat inap (*length of stay*) pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas
- c. Mendeskripsikan kepuasan pasien pada pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas
- d. Mendeskripsikan luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas
- e. Menganalisis hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan lama rawat inap (*length of stay*) pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap di RS Unhas
- f. Menganalisis hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan kepuasan pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap di RS Unhas
- g. Menganalisis hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas

1.5 MANFAAT PENELITIAN

1.5.1 MANFAAT KEILMUAN

Sebagai kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen rumah sakit, khususnya bidang kajian manajemen mutu tentang hubungan antara penerapan *Patient-Centered Care* (PCC) dengan lama rawat inap (*length of stay*), kepuasan pasien dan luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi.

1.5.2 MANFAAT PRAKTIS

Sebagai bahan masukan bagi rumah sakit agar dapat melakukan penerapan *Patient-Centered Care* (PCC) sehingga dapat menurunkan lama rawat inap (*length of stay*), meningkatkan kepuasan pasien dan luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi.

1.5.3 MANFAAT BAGI PENELITI

Penelitian ini menjadi pengalaman yang berharga dalam memperkaya wawasan dan pengetahuan peneliti. Selain itu, penelitian ini juga merupakan salah satu cara untuk mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh dalam rangka mendapatkan gelar Magister Administrasi Rumah Sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 TINJAUAN UMUM *PATIENT-CENTERED CARE* (PCC)

2.1.1 DEFINISI *PATIENT-CENTERED CARE* (PCC)

Patient-Centered Care (PCC) adalah salah satu bagian dari konsep perawatan kesehatan berkualitas tinggi yang lebih luas seperti dengan konsep perawatan aman, efektif, tepat waktu, efisien, dan adil yang saling terkait erat dalam praktik sehari-hari (IOM, 2001). Dalam literatur tampaknya tidak ada definisi PCC yang disepakati, namun semua definisi PCC dan keterpusatan pasien yang tersedia memiliki atribut yang sama yakni pasien dipahami sebagai pendorong utama perawatan kesehatan dan pengalaman perawatan kesehatan pasien dipandang sebagai elemen penting dari konsep tersebut (Karajicic, 2021).

Menurut *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC), *Patient-Centered Care* adalah suatu pendekatan inovatif terhadap perencanaan, pemberian, dan evaluasi atas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pemberi layanan kesehatan, pasien dan keluarga. PCC diterapkan kepada pasien dari segala kelompok usia, dan bisa dipraktekan dalam setiap bentuk pelayanan kesehatan (Rosa, 2018).

Dalam laporan penting tahun 2001, *Crossing the Quality Chasm, Institute of Medicine* (IOM) menyebut perawatan yang berpusat pada pasien sebagai salah satu dari enam tujuan mendasar dari sistem perawatan kesehatan di Amerika Serikat. IOM mendefinisikan perawatan yang berpusat pada pasien sebagai perawatan kesehatan yang membangun kemitraan antara praktisi, pasien, dan keluarga mereka (bila perlu) untuk memastikan bahwa keputusan menghormati keinginan, kebutuhan, dan preferensi pasien dan bahwa pasien memiliki pengetahuan dan dukungan yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan mereka sendiri (IOM, 2001).

Secara konseptual, PCC mencakup pemberian perawatan yang penuh kasih, empati, dan responsif terhadap kebutuhan, nilai, dan preferensi yang

diungkapkan setiap pasien dimana pasien harus diberitahu bahwa mereka adalah pembuat keputusan dalam perawatan mereka (IOM, 2001). Mead dan Bower (2000) juga menegaskan bahwa PCC harus mempertimbangkan pasien sebagai individu bukan hanya sekadar objek penyakit. Hal ini berarti bahwa penyedia layanan harus memiliki pemahaman tentang konteks pasien. Berwick (2009) menyarankan bahwa alih-alih penyedia layanan bertindak sebagai "tuan rumah" bagi pasien dalam sistem perawatan kesehatan, PCC berarti bahwa penyedia layanan adalah "tamu" dalam kehidupan pasien. Sehingga definisi PCC oleh Berwick (2009) adalah pengalaman (sejauh pasien menginginkannya) transparansi, individualisasi, pengakuan, rasa hormat, martabat, dan pilihan dalam segala hal, tanpa terkecuali yang terkait dengan keadaan dan hubungan seseorang dalam perawatan kesehatan (Rathert et al., 2013).

PCC menekankan bahwa penyedia jasa layanan kesehatan perlu melihat dari perspektif pasien atau memposisikan diri sendiri menjadi pasien untuk dapat memahami kebutuhan pasien dan menjadi penyedia jasa layanan kesehatan yang fokus pada pasien. Seluruh komponen penyedia jasa layanan kesehatan seperti rumah sakit termasuk klinisi harus mengimplementasikan konsep PCC dan pola pikir bahwa pasien adalah satu-satunya pasien yang ada sehingga benar-benar fokus, serta tidak membuat keputusan tanpa melibatkan pasien (Wika & Sekarini, 2018).

Studi menunjukkan bahwa perawatan kesehatan yang berorientasi pada preferensi dan kebutuhan pasien memiliki potensi untuk meningkatkan kepuasan pasien dengan perawatan mereka, serta hasil klinis mereka. Perawatan yang berpusat pada pasien juga telah terbukti mengurangi penggunaan layanan medis yang kurang dan berlebihan (Shaller & Consulting, 2007).

2.1.2 TUJUAN *PATIENT CENTERED CARE* (PCC)

Tujuan dari penerapan PCC adalah menurunkan biaya terkait kesehatan, memberikan layanan kesehatan yang efektif dan efisien, meningkatkan kepuasan pasien terhadap perawatan, hak dan pengetahuan terkait penyakit dan juga untuk mendorong tanggung jawab pasien terhadap status dan perilaku kesehatannya serta meningkatkan hasil kesehatan dan berkontribusi pada pembelajaran organisasi (Bertakis & Azari, 2011; Castro et al., 2016; Groene, 2011; Robinson et

al., 2008a).

Dari berbagai jurnal penelitian mengenai PCC disimpulkan beberapa tujuan penerapannya (Ells et al., 2011; Hudon et al., 2011; Shaller & Consulting, 2007; Sidani, 2008):

- a. Meningkatkan kepuasan pasien
- b. Meningkatkan hasil klinis
- c. Mengurangi pelayanan medis yang berlebihan dan tidak bermanfaat
- d. Mengurangi kemungkinan malpraktek dan keluhan
- e. Meningkatkan kepuasan dokter
- f. Meningkatkan waktu konsultasi
- g. Meningkatkan keadaan emosional pasien
- h. Meningkatkan kepatuhan obat
- i. Meningkatkan pemberdayaan pasien
- j. Mengurangi tingkat keparahan gejala
- k. Mengurangi biaya perawatan kesehatan

PCC menyiratkan tidak adanya pendekatan yang sama pada tiap pasien karena PCC bergantung pada konteks dan memiliki karakteristik multidimensi yang spesifik terhadap tiap pasien (Rosa, 2018).

2.1.3 DIMENSI *PATIENT CENTERED CARE* (PCC)

Konsep PCC merupakan konsep yang kompleks sehingga dibutuhkan definisi dimensi PCC agar memungkinkan untuk dilakukan pengukuran dan peningkatan kualitas dalam praktik sehari-hari (Bensing, 2000). *Picker Institute*, yang dikenal sebagai salah satu organisasi pemimpin dalam konseptualisasi dan operasionalisasi PCC, memberikan diferensiasi dimensi PCC yang paling komprehensif dan terkenal dengan alasan bahwa semua pasien berhak mendapatkan perawatan kesehatan berkualitas tinggi dan bahwa pandangan serta pengalaman pasien merupakan bagian integral dari upaya perbaikan (Karajicic, 2021).

Para peneliti dari *Picker Institute* mencari jawaban atas pertanyaan-pertanyaan dimensi PCC ini melalui kelompok fokus dan wawancara telepon dengan pasien dan kerabat mereka dari Amerika Serikat. Sebagai hasil dari survei

ini disepakati delapan prinsip Picker PCC yang terdiri dari (1) Menghormati Nilai, Preferensi, dan Kebutuhan yang Berpusat pada Pasien; (2) Koordinasi dan Integrasi Perawatan; (3) Informasi, Komunikasi dan Edukasi; (4) Kenyamanan Fisik; (5) Dukungan Emosional dan Pengurangan Ketakutan dan Kecemasan; (6) Keterlibatan Keluarga dan Teman; (7) Transisi dan Kontinuitas pelayanan dan; (8) Akses Perawatan. Dimensi PCC ini sebenarnya dicetuskan pertama kali oleh Gerteis et al. (1993) di bawah sponsor dari *Picker Institute* dan dengan sedikit modifikasi, diadopsi dalam penelitian oleh *Institute of Medicine* (2001) (IOM, 2001). Penjelasan dimensi tersebut adalah sebagai berikut:

a. Menghormati Nilai, Preferensi, dan Kebutuhan Pasien

Menurut *Picker Institute*, prinsip ini meliputi memperlakukan individu dengan hormat, dengan cara yang menjaga martabat mereka dan menunjukkan kepekaan terhadap nilai-nilai budaya mereka, memberi tahu individu tentang kondisi mereka dan melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan, dan berfokus pada kualitas hidup orang tersebut, yang mungkin dipengaruhi oleh penyakit dan perawatan mereka. Pasien sebagai individu dengan kondisi dan kebutuhan medis mereka sendiri harus diterima dan dirawat oleh para profesional medis dengan cara informatif dimana pengambilan keputusan yang melibatkan pasien merupakan fokus dari dimensi ini. *Picker Institute* membedakan tiga atribut pada dimensi ini sebagai berikut:

- a) Penyakit dan perawatan medis mempengaruhi kualitas hidup pasien, oleh karena itu, perawatan harus diberikan dengan hormat sesuai dengan keinginan individu pasien.
- b) Memperlakukan pasien dengan martabat, rasa hormat, dan kepekaan terhadap nilai-nilai budayanya.
- c) Menjaga agar pasien mendapat informasi dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan bersama mengenai proses perawatan.

Docteur dan Coulter (2012) mendefinisikan sistem perawatan kesehatan yang berpusat pada pasien di mana pasien dalam setiap pertemuan dengan sistem perawatan kesehatan tertentu diperlakukan sebagai individu unik dengan kebutuhan, nilai, dan preferensi individu mereka. "Sistem perawatan kesehatan yang berpusat pada pasien dan proses yang terkait dengan pemberian layanan

dirancang untuk mengantisipasi dan menanggapi permintaan pasien, perhatian, dan untuk meminta masukan pasien yang penting dalam semua keputusan tentang bagaimana perawatan kesehatan dilakukan” (Karajicic, 2021).

b. Koordinasi dan Integrasi Pelayanan

Pelayanan kesehatan, sebagai suatu sistem yang kompleks, seringkali menghadapi fragmentasi dan kurangnya kontinuitas dalam penyediaan layanannya. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan risiko insiden yang merugikan dan masalah keselamatan dalam perawatan pasien. Korelasi antara PCC dan keselamatan dalam perawatan kesehatan telah banyak diteliti dan memerlukan perhatian yang ketat dari setiap praktik (Charmel & Frampton, 2008). *Picker Institute* mengakui koordinasi dan integrasi perawatan diperlukan untuk mengatasi perasaan kerentanan dan ketidakberdayaan tentang penyakit pada pasien selama proses perawatan.

Tinjauan literatur mengungkapkan bahwa dimensi koordinasi dan integrasi perawatan mencakup tiga atribut utama (Berghout et al., 2015; Cramm et al., 2015). Atribut pertama mencerminkan profesional kesehatan yang terinformasi dengan baik, dimana pasien hanya perlu menceritakan keluhan mereka sekali saja selama perawatan. Atribut kedua untuk dimensi ini adalah bahwa profesional kesehatan bekerja sebagai tim dalam pemberian perawatan kepada pasien. Kerja tim dianggap penting bagi PCC karena tim yang berpusat pada pasien dicirikan oleh kemampuan mereka untuk berkomunikasi, dengan rasa hormat dan kepercayaan di antara anggota tim (Scholl et al., 2014). Atribut ketiga dari dimensi ini mewujudkan peran perwakilan dalam sistem, sehingga pasien tahu siapa yang mengelola perawatan mereka dan siapa yang memberikan titik kontak pertama dengan semua informasi terkait kondisi dan perawatan mereka (Berghout et al., 2015; Cramm et al., 2015).

Meskipun beberapa makro atau mikrosistem masih menghadapi fragmentasi dalam pelayanannya, masih ada kemungkinan untuk mengatasi kurangnya kontinuitas dalam proses perawatan. Salah satu peran utama dalam proses ini melibatkan kolaborasi fungsional profesional kesehatan dan interaksi mereka yang saling menghormati dan efektif dengan pasien dan masyarakat (Karajicic, 2021).

c. Informasi, Komunikasi, dan Edukasi

Penentu utama dan fasilitator PCC adalah komunikasi berkualitas tinggi (Slatore et al., 2012). Komunikasi dalam pertemuan medis dipengaruhi oleh keyakinan dokter dan pasien tentang kontrol dalam hubungan mereka serta oleh perilaku satu sama lain (Street et al., 2003). *Picker Institute* menyadari bahwa pasien sering kali menghadapi kekurangan informasi dalam perawatannya yang dapat diatasi dengan berfokus pada tiga atribut utama yang mencakup dimensi ini: (1) informasi tentang status klinisnya, kemajuan perawatan dan prognosis lebih lanjut; (2) Informasi tentang proses perawatan dan (3) Informasi dan edukasi untuk memfasilitasi otonomi, perawatan diri dan promosi kesehatan. Segmen informasi untuk dimensi ini berlaku untuk informasi tentang semua aspek perawatan (misalnya status klinis, kemajuan, prognosis, prosedur perawatan), proses perawatan (misalnya pasien harus memiliki akses ke catatan medis mereka) serta edukasi untuk memfasilitasi manajemen diri dan perawatan diri (misalnya pasien bertanggung jawab atas perawatan mereka sendiri; profesional kesehatan membantu pasien dalam perawatan mereka) (Berghout et al., 2015; Cramm et al., 2015).

Dengan berfokus pada tiga jenis komunikasi ini, penyedia layanan memiliki kesempatan untuk mengurangi ketakutan pasien tentang perawatan mereka. Memberikan informasi kepada pasien sangat penting untuk memberdayakan pasien (Jotterand et al., 2016). Segmen komunikasi menggarisbawahi komunikasi terbuka antara pasien dan profesional kesehatan yang terjadi.

d. Kenyamanan fisik

Penyediaan kenyamanan fisik tampaknya menjadi salah satu aspek penting yang dapat diberikan oleh pemberi layanan dalam setiap keadaan karena memiliki dampak pada pengalaman pasien yang terdiri dari tiga atribut: (1) manajemen nyeri pasien, (2) bantuan dengan aktivitas dan kebutuhan hidup sehari-hari pasien dan (3) lingkungan rumah sakit serta lingkungan tempat pasien dirawat (Berghout et al., 2015; Cramm et al., 2015). Menurut *Picker Institute*, segmen pertama berkaitan dengan tugas tenaga kesehatan selama proses pelayanan kesehatan, yaitu harus memperhatikan manajemen nyeri pasien. Yang kedua terkait dengan bantuan profesional kesehatan dengan aktivitas dan kebutuhan hidup sehari-hari pasien sambil mempertimbangkan preferensi pasien untuk dukungan dengan

kebutuhan hidup sehari-hari pasien. Ketiga, dimensi kenyamanan fisik, berkaitan dengan lingkungan rumah sakit dan lingkungan tempat pasien dirawat. Area pasien di rumah sakit harus bersih dan nyaman, dan lingkungan dan lingkungan rumah sakit harus menyediakan aksesibilitas privasi yang sesuai untuk kunjungan keluarga dan teman pasien (Berghout et al., 2015; Cramm et al., 2015).

e. Dukungan Emosional dan Pengurangan Rasa Takut dan Kecemasan

Seiring dengan rasa sakit fisik yang terkait dengan penyakit, tampaknya ketakutan dan kecemasan harus menjadi perhatian pemberi layanan. *Picker Institute* mengidentifikasi tiga domain yang berbeda di mana kecemasan dapat muncul: (1) status klinis, pengobatan dan prognosis, (2) dampak penyakit pada diri mereka sendiri dan keluarga dan (3) dampak keuangan. Domain-domain ini layak menjadi fokus perhatian tambahan pemberi layanan. Temuan serupa dari tinjauan literatur menunjukkan betapa pentingnya bagi profesional perawatan kesehatan untuk memperhatikan kecemasan pasien tentang situasi mereka, dampak penyakit mereka pada orang yang mereka cintai dan peran keluarga mereka dalam dukungan emosional pasien (Berghout et al., 2015; Cramm et al., 2015).

Dukungan emosional mungkin sangat penting untuk jenis pasien tertentu (Rathert et al., 2013). Misalnya, dalam kasus perawatan infertilitas, di negara-negara tertentu, seperti Australia dan Selandia Baru, dukungan psikiater diakui secara luas, dan nasihat sebagai bagian dari praktik terbaik dukungan psikososial cenderung menjadi bagian penting dari prosedur (Dancet et al., 2012). Empati dokter sangat berharga dalam mempraktikkan dimensi dukungan emosional PCC karena tingkat keterpusatan pada pasien dan empati terkait erat (Wimmers & Stuber, 2010).

Selain itu, dari perspektif sistem kesehatan, Docteur dan Coulter (2012) menggambarkan sistem perawatan kesehatan yang berpusat pada pasien sebagai sistem yang mengambil pendekatan holistik untuk kebutuhan pasien dengan mengantisipasi dan menanggapi berbagai masalah sosial, psikologis dan moral (misalnya, ketakutan dan kecemasan) tidak hanya berkonsentrasi pada kompetensi medis dan pendekatan yang berpusat pada penyakit.

f. Keterlibatan Keluarga dan Teman

Peran keluarga dan teman dalam pengalaman pasien dengan perawatan kesehatan telah diakui sebagai penentu penting serta hasil PCC (Vårdanalys, 2012). Menurut IAPO (2007), hubungan profesional kesehatan-pasien yang produktif melibatkan tidak hanya profesional kesehatan dan pasien, tetapi keluarga mereka, pengasuh, organisasi pasien, dan masyarakat yang secara keseluruhan meningkatkan kepuasan pasien, hasil kesehatan, dan ketidaksempurnaan sistem perawatan kesehatan. Kunci hubungan yang produktif adalah komunikasi dan kemitraan oleh karena itu, pasien dan profesional kesehatan harus memiliki seperangkat keterampilan yang akan mendorong interaksi dan kolaborasi mereka (WHO, 2005).

Picker Institute mendefinisikan empat atribut untuk keterlibatan keluarga dan teman dalam perawatan kesehatan sebagai berikut; (1) menyediakan akomodasi bagi kerabat yang menjadi sandaran pasien untuk dukungan sosial dan emosional, (2) penghormatan dan pengakuan atas peran “advokat” pasien dalam pengambilan keputusan di mana profesional kesehatan melibatkan kerabat dalam keputusan terkait perawatan pasien, (3) dukungan untuk anggota keluarga sebagai pemberi perawatan yang berarti bahwa tenaga kesehatan memberikan perhatian kepada anggota keluarga dalam perannya sebagai pengasuh pasien, (4) profesional kesehatan mengenali dan memperhatikan kebutuhan keluarga dan teman pasien (Berghout et al., 2015; Cramm et al., 2015).

g. Kontinuitas dan Transisi Pelayanan

Setelah keluar dari institusi perawatan rawat inap, pasien (dan keluarganya) memasuki fase baru di mana mereka mengambil lebih banyak tanggung jawab untuk perawatan mereka. Ketidakpastian apakah perawatan dilakukan dengan baik atau tidak, dapat menyebabkan sejumlah kecemasan sebagai respons pasien. Namun, peran personel rumah sakit terus menjadi penting dalam kelangsungan proses perawatan, yang ditandai dengan sejauh mana perawatan individu dikoordinasikan antara dokter, antar organisasi, dan dari waktu ke waktu (Karajicic, 2021).

Picker Institute berpendapat bahwa dimensi ini mencakup banyak atribut penting dengan peran dominan profesional medis dalam (1) informasi yang dapat dimengerti dan rinci yang diberikan kepada pasien tentang obat-obatan (asupan

dan efek samping), keterbatasan fisik, kebutuhan diet; (2) perawatan dan layanan berkelanjutan yang terencana dan terkoordinasi dengan baik setelah pulang dan memastikan bahwa pasien dan keluarga meninggalkan rumah sakit dengan memahami informasi ini dan (3) pemberian informasi berkelanjutan tentang akses ke dukungan klinis, sosial, fisik dan keuangan.

Tinjauan literatur menggarisbawahi tiga atribut utama yang termasuk dalam dimensi kontinuitas dan transisi yakni (1) ketika pasien dipindahkan ke bangsal lain, informasi pasien yang relevan juga ditransfer; (2) pasien yang dipindahkan mendapat informasi yang baik tentang ke mana mereka akan pergi, perawatan apa yang akan mereka terima dan siapa yang akan menjadi penghubung mereka dan (3) pasien mendapatkan nasihat yang terampil tentang perawatan dan dukungan di rumah setelah keluar dari rumah sakit. Dalam kasus pasien dengan tingkat literasi kesehatan yang rendah, pentingnya kejelasan informasi dan instruksi bahkan lebih ditekankan karena kurangnya pemahaman informasi dapat menyebabkan pengobatan dan rehabilitasi yang tidak efektif (WHO, 2005).

h. Akses Terhadap Pelayanan

Inti dari dimensi akses ke perawatan dalam PCC adalah pasien perlu mengetahui bahwa mereka dapat mengakses perawatan saat dibutuhkan dan bahwa rumah sakit dapat diakses oleh semua pasien (Berghout et al., 2015; Cramm et al., 2015). Menurut *Picker Institute*, dimensi ini mencakup atribut berikut: (1) akses ke lokasi rumah sakit, klinik, dan kantor dokter; (2) ketersediaan transportasi, (3) kemudahan penjadwalan janji temu dokter, (4) ketersediaan janji temu saat dibutuhkan; (5) aksesibilitas ke spesialis atau layanan khusus ketika rujukan dibuat dan (6) instruksi yang jelas diberikan tentang kapan dan bagaimana mendapatkan rujukan.

Akses ke perawatan berkaitan dengan kekhawatiran pasien tentang memiliki akses ke dokter dan perawat (layanan kesehatan yang dapat diakses secara fisik oleh klien) dan memiliki layanan kesehatan yang terjangkau (akses finansial) dan dapat diterima (akses konseptual). Literatur yang tersedia menunjukkan keragaman karakteristik yang dikaitkan dengan domain akses ke perawatan, yang dapat dibagi menjadi dua kategori, berwujud dan tidak berwujud. Kategori berwujud mencakup semua atribut yang berhubungan dengan akses fisik ke perawatan, seperti akses ke spesialis (ketersediaan tenaga kesehatan

profesional) dan akses ke pusat kesehatan (secara geografis, ketersediaan transportasi, ketersediaan pasien dengan masalah mobilitas). Kategori tidak berwujud mengacu pada ketepatan waktu, budaya (perbedaan budaya), pendidikan (dukungan dan navigasi untuk pasien buta huruf; instruksi yang jelas diberikan tentang bagaimana dan kapan mendapatkan rujukan) dan arahan bahasa (misalnya, arahan yang jelas dalam beberapa bahasa).

2.1.4 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PCC

Sebuah studi Dale Shaller (2007) menetapkan tujuh faktor kunci yang mempengaruhi PCC di tingkat organisasi. Faktor-faktor tersebut meliputi 1) Kepemimpinan, 2) Keterlibatan pasien dan keluarga 3) Komunikasi visi strategis PCC organisasi kepada anggota organisasi, 4) Menciptakan lingkungan kerja yang mendukung bagi pemberi perawatan, 5) Pengukuran dan umpan balik yang sistematis, 6) Teknologi yang mendukung dan 7) Kualitas lingkungan. Kepemimpinan merupakan faktor penting dari PCC. Kepemimpinan menetapkan arah organisasi dengan mengembangkan dan mengelola budayanya, memberikan layanan dan memastikan tata kelola yang efektif. Komitmen kepemimpinan untuk PCC menentukan sejauh mana organisasi kesehatan mengatur kesesuaian antara visi PCC dan rencana strategis dan prioritas serta kegiatan operasional sehari-hari lembaga kesehatan. Kepemimpinan memiliki tanggung jawab tidak hanya untuk menciptakan visi yang jelas untuk PCC tetapi juga mengkomunikasikan dan menyebarkan filosofi dan nilai-nilai PCC di antara staf, mengintegrasikan nilai-nilai dan kegiatan PCC ke dalam kebijakan sumber daya manusia dan rutinitas sehari-hari semua unit (Nkrumah & Abekah-Nkrumah, 2019).

Selain itu, pembagian kekuasaan yang tepat antara penyedia layanan dan pasien adalah salah satu atribut inti dari PCC dan terkait dengan keterlibatan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan. Pasien dan keluarga dapat terlibat dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatan di berbagai tingkat rumah sakit. Studi telah menyebutkan pembentukan komite penasehat pasien dan melibatkan mereka dalam keputusan organisasi seperti desain layanan, wawancara rekrutmen dan kegiatan peningkatan kualitas sebagai sarana di mana organisasi kesehatan dapat melibatkan pasien dan keluarga

dalam pengambilan keputusan mengenai kesehatan mereka.

Selanjutnya, penyediaan lingkungan kerja yang berkualitas merupakan faktor penting tingkat organisasi yang dapat mempromosikan PCC. Lingkungan kerja memiliki beberapa dimensi termasuk dukungan sosial, kondisi kerja yang sesuai, karakteristik pekerjaan, pelatihan dan pengembangan staf dan komunikasi. Hal ini membentuk komponen penting dari motivasi staf dan memiliki implikasi bagi kinerja profesional kesehatan dan pengalaman perawatan pasien yang berkualitas.

Pengukuran kinerja terkait PCC dan pengumpulan umpan balik pasien merupakan pusat peningkatan kualitas berkelanjutan dalam perawatan kesehatan. Umpan balik pasien mungkin termasuk mengumpulkan data tentang pengalaman perawatan pasien melalui survei, pengamatan langsung, belanja misteri dan penggunaan database keluhan pasien. Untuk mendukung pengukuran sistematis dan kontinuitas perawatan, disarankan bahwa organisasi kesehatan harus berinvestasi dalam teknologi seperti sistem TI kesehatan. Misalnya, telah dikemukakan bahwa sistem informasi yang berfokus pada pasien memiliki potensi untuk mempromosikan akses ke data pasien dan keluarga dan mendorong partisipasi pasien dalam perawatan kesehatan. Oleh karena itu diharapkan kepemimpinan organisasi layanan kesehatan akan berinvestasi di bidang TI kesehatan untuk mendukung PCC.

Menurut Shaller (2007), lingkungan di mana perawatan disampaikan sangat penting untuk PCC. Lingkungan fisik tempat perawatan diberikan dikatakan terkait erat dengan proses penyembuhan dan pengalaman perawatan pasien. Penelitian telah menemukan bahwa evaluasi pasien terhadap kualitas perawatan sebagian besar didasarkan pada isyarat fisik seperti ketenangan dan kebersihan lingkungan fisik dan ruang fisik, fasilitas kesehatan dan warna. Hal ini membuat lingkungan fisik menjadi faktor penting PCC (Lateef & Mhlongo, 2022; Nkrumah & Abekah-Nkrumah, 2019; Shaller & Consulting, 2007).

2.2 TINJAUAN UMUM *LENGTH OF STAY* (LOS)

2.2.1 DEFINISI *LENGTH OF STAY* (LOS)

LOS (*Length Of Stay*) atau lama rawat inap adalah jumlah hari antara masuk rumah sakit dan keluar dari rumah sakit pada seorang pasien (WHO, 2004). LOS menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada satu periode perawatan. Satuan untuk lama rawat adalah hari, sedangkan cara menghitung lama rawat adalah dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari rumah sakit, baik hidup ataupun meninggal) dengan tanggal masuk rumah sakit. Umumnya data tersebut tercantum dalam formulir ringkasan masuk dan keluar di rekam medik (Wartawan, 2012).

LOS merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan dan pelayanan di rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. LOS yang lebih lama atau lebih pendek dari yang diperlukan akan mempengaruhi biaya dan kualitas perawatan yang diberikan. LOS yang lebih lama dapat menyebabkan penggunaan sumber daya yang terbatas, tingkat penyediaan layanan yang lebih rendah untuk jumlah orang yang lebih banyak, efisiensi yang lebih rendah dan depresiasi fasilitas rumah sakit yang lebih tinggi, infeksi, komplikasi, readmisi pasien dan pengurangan sumber daya yang tersedia untuk pasien dengan kondisi kritis. Di sisi lain, lama tinggal yang lebih pendek dari yang dibutuhkan akan mempengaruhi kualitas layanan dan berkontribusi pada konsekuensi yang tidak diinginkan (Baek et al., 2018; Gruenberg et al., 2006).

Fokus rumah sakit dalam pemberian pelayanan perawatan yang berkualitas bertujuan untuk memulangkan pasien lebih awal dengan aman kerumahnya. Hari rawat yang pendek akan memberi keuntungan antara lain penghematan biaya dan penggunaan sumber daya yang lebih sedikit sehingga menguntungkan bagi rumah sakit dan pasien (Imbalo S, 2007). LOS yang memanjang telah menjadi perhatian banyak peneliti untuk menilai faktor-faktor yang berpengaruh (Baniasadi, Ghazisaeedi, et al., 2019).

2.2.2 FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP LOS

Beberapa studi telah dilakukan untuk membuat set variabel prediktor LOS yang memanjang. Walaupun sebagian besar penelitian tersebut berfokus pada

karakteristik pasien dan penyakitnya pada tingkat individu, faktor karakteristik organisasi dan sumber daya tingkat rumah sakit tidak dapat diabaikan. Beberapa faktor yang dinilai berpengaruh terhadap LOS adalah keadaan klinis pasien, tindakan medis, pengelolaan pasien di ruangan maupun masalah administrasi rumah sakit. Faktor-faktor yang berhubungan dengan LOS dibagi menjadi dua kelompok yaitu:

a. Faktor Internal:

a) Jenis operasi/tindakan medis

Jenis operasi atau tindakan medis dapat mempengaruhi LOS. Pasien yang membutuhkan intervensi bedah biasanya memiliki LOS yang lebih singkat dibanding pasien yang membutuhkan perawatan intensif seperti ICU (*Intensive Care Unit*) (Khosravizadeh et al., 2016). Selain itu, jenis operasi seperti operasi elektif juga mempengaruhi LOS karena operasi elektif biasanya dipersiapkan secara optimal, sedangkan pada operasi yang berjenis *cito* persiapannya tidak sebaik seperti pada operasi yang bersifat elektif. Sehingga dengan persiapan yang kurang optimal terutama pada operasi yang bersifat *cito*, resiko untuk terjadinya komplikasi seperti infeksi luka operasi menjadi lebih besar sehingga dapat memperpanjang lama rawat (Erbaydar et al., 1995; Wartawan, 2012).

b) Teknik operasi

Operasi yang menyebabkan kerusakan jaringan lebih luas akan mempunyai resiko terjadinya infeksi luka operasi yang lebih besar (Wartawan, 2012). Selain itu, operasi besar dengan menggunakan pembiusan umum juga berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi pada pernafasan yang akhirnya memperpanjang LOS pasien. Begitu pula kehilangan darah yang terjadi selama proses operasi (Junger et al., 2001).

c) Kompetensi tenaga medis yang menangani

Faktor tenaga medis utamanya dokter yang menangani pasien cukup berperan dalam menentukan memanjangnya lama rawat pasien, dimana perbedaan keterampilan antar dokter dan cara pengambilan keputusan akan mempengaruhi kinerja dalam penanganan kasus, juga waktu memutuskan untuk melakukan tindakan (Lacy et al., 2008).

d) Komplikasi tindakan medis

Durasi dan teknik tindakan medis utamanya tindakan invasif seperti operasi mempengaruhi kemungkinan terjadinya komplikasi seperti

infeksi luka operasi yang dapat mempepanjang LOS pasien (Wartawan, 2012).

e) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik lainnya dapat dilakukan oleh dokter dengan tujuan diagnosis dan pengobatan yang lebih baik. Keperluan untuk melakukan pemeriksaan ini juga dipertimbangkan berdasarkan tingkat keparahan dan kompleksitas penyakit pasien. Oleh karena itu, karena pemeriksaan ini dapat memakan waktu lama, maka dapat mempengaruhi LOS pasien di rumah sakit. Selain itu, ketidaklengkapan tenaga dan fasilitas di unit penunjang (laboratorium, radiologi dan lain-lain) juga berpengaruh terhadap LOS pasien (Baniasadi, Kahnouji, et al., 2019; Wartawan, 2012).

f) Kebijakan dan kegiatan administrasi rumah sakit

Pasien yang masuk rumah sakit menjelang hari Sabtu dan Minggu akan memperpanjang lama rawat, hal ini disebabkan kesibukan menjelang hari libur dimana pemeriksaan oleh dokter dan pemeriksaan penunjang diundur sampai hari kerja biasa dimana semua pegawai rumah sakit sudah bekerja seperti biasa. Berdasarkan hasil penelitian, pasien yang dirawat pada sore hari (14.00 s/d 19.00) dan malam hari (19.00 s/d 07,00) memiliki LOS yang lebih lama karena tidak adanya dokter spesialis sehingga beberapa layanan diagnostik dan terapeutik ditunda sehingga memperpanjang LOS pasien (Baniasadi, Kahnouji, et al., 2019).

Hari pemulangan pasien juga berpengaruh dimana pasien yang pulang dari rumah sakit pada hari Senin mempunyai lama hari rawat lebih panjang dari pada pasien yang pulang pada hari lain. Hal ini lantaran banyak dari pasien tersebut sebenarnya sudah bisa pulang di akhir pekan sebelumnya yang terhambat oleh urusan administrasi karena tidak pada hari kerja. Selain itu, *pre admission testing* yang dijalankan dengan baik di poliklinik rumah sakit untuk pasien yang operasinya termasuk kelompok yang elektif akan sangat bermanfaat dalam memperpendek lama hari rawat pra bedah, dimana cara ini harus menjadi kebijakan dalam penatalaksanaan masuknya pasien ke rumah

sakit yang ditetapkan oleh manajemen rumah sakit (Aghajani & Kargari, 2016; Wartawan, 2012).

g) Jumlah sumber daya RS

Tempat tidur, peralatan rumah sakit, tenaga medis dan obat-obatan adalah sumber daya inti di rumah sakit, dan jumlah serta distribusinya berdampak langsung pada berjalannya layanan medis. Kurangnya sumber daya ini dapat secara dramatis mengurangi efisiensi layanan dan meningkatkan LOS. Rasio dokter-perawat secara global adalah 1:2, dan bahkan beberapa daerah maju seperti Jepang dan Amerika Serikat mencapai 1:4. Tidak hanya kekurangan staf medis tetapi profesional medis berkualitas tinggi sangat dibutuhkan, yang terkait erat dengan pengurangan LOS (W. Liu, Shi, He, Luo, Zhong, & Yang, 2021).

h) Penerapan *Patient-Centered Care*

Patient Centered Care (PCC) adalah tujuan sekaligus alat yang digunakan untuk meningkatkan hasil kesehatan pasien. Inti PCC adalah menunjukkan pasien sebagai pribadi yang unik, menghargai nilai, dan keyakinan mereka dan untuk merespon secara fleksibel akan kebutuhan dan pilihan mereka (McCormack, 2003; Mead & Bower, 2002). Penerapan PCC menyiratkan bahwa tenaga perawatan kesehatan menilai karakteristik pasien, kebutuhan, dan pilihan pasien lalu mendiskusikan dengan pasien tentang kondisi kesehatan mereka dan rencana perawatan serta mendorong partisipasi pasien dalam keputusan yang terkait untuk pengobatan dan menerapkan pilihan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien (Lauver et al., 2002; Schoot et al., 2005). PCC meningkatkan kualitas perawatan pada pasien karena fokus perawatan tidak lagi terletak pada penyelesaian tugas tapi penyesuaian personal (McCormack, 2003). Menurut Silow, et al (2006), PCC merupakan inisiatif untuk meningkatkan pelayanan yang bervariasi, termasuk upaya untuk meningkatkan model pelayan penyakit kronis, kompetensi budaya dan keragaman di tempat kerja. Beberapa penelitian yang mengevaluasi penerapan PCC menyimpulkan bahwa PCC dapat meningkatkan hasil perawatan (*outcome*), kepuasan pasien (Hobbs, 2009), kepatuhan (Epstein & Street, 2011), kualitas hidup (Poochikian-Sarkissian et al., 2010), serta mengurangi penggunaan

layanan medis yang banyak dan tidak efektif (Shaller & Consulting, 2007) sehingga berpengaruh terhadap LOS pasien.

b. Faktor Eksternal:

a) Usia

Usia dikaitkan dengan memanjangnya LOS karena orang yang lebih tua lebih mungkin untuk tinggal lebih lama daripada orang yang lebih muda karena orang yang lebih tua lebih mungkin untuk memiliki penyakit yang lebih serius ataupun penyakit kronik dan cenderung lebih lambat untuk pulih dari penyakit. Usia mempunyai hubungan dengan tingkat keterpaparan, besarnya resiko, serta sifat resistensi pada penyakit tertentu (Khosravizadeh et al., 2016; Torres & Blanchard, 2012).

b) Metode Pembayaran

Dari segi metode pembayaran, LOS pasien lebih panjang pada mereka yang berobat gratis dengan asuransi kesehatan dibandingkan dengan mereka yang harus membayar sendiri. Penelitian lain di salah satu rumah sakit Teheran menunjukkan bahwa LOS pada pasien yang tidak memiliki asuransi lebih rendah daripada mereka yang membayar dengan asuransi (Khosravizadeh et al., 2016). Jenis asuransi kesehatan yang berbeda juga menyebabkan perilaku medis pasien yang berbeda, termasuk pilihan rumah sakit, LOS, dan biaya perawatan (W. Liu, Shi, He, Luo, Zhong, & Id, 2021).

c) Keadaan Pasien Saat Admisi

Orang yang masuk saat admisi dalam keadaan darurat lebih mungkin untuk tinggal lebih lama daripada mereka yang elektif menurut definisi triase, karena mereka lebih mungkin memiliki penyakit yang lebih serius dan mungkin membutuhkan waktu lebih lama untuk pulih (Torres & Blanchard, 2012). Selain itu, pasien rujukan dari rumah sakit lain juga memiliki LOS yang lebih lama, hal ini dapat disebabkan oleh kompleksnya penyakit dan memburuknya pasien tersebut, sehingga mengakibatkan ketidakmampuan rumah sakit atau pusat perawatan primer untuk merawatnya (Baniyasi, Kahnouji, et al., 2019).

d) **Diagnosis**

Kasus yang akut dan kronis akan memerlukan lama hari rawat yang berbeda, dimana kasus yang kronis akan memerlukan lama hari rawat lebih lama dari pada kasus-kasus yang bersifat akut. Demikian juga penyakit yang tunggal pada satu penderita akan mempunyai lama hari rawat lebih pendek dari pada penyakit ganda pada satu penderita (Wartawan, 2012).

e) **Komorbid**

Adanya komorbid yang dialami pasien seperti penyakit cerebrovaskular, diabetes mellitus, penyakit ginjal kronik, penyakit paru dan lain-lain akan memperburuk kondisi pasien dan tentunya memperpanjang LOS (W. Liu, Shi, He, Luo, Zhong, & Yang, 2021).

2.2.3 LENGTH OF STAY (LOS) PASIEN KANKER PAYUDARA

Kanker payudara adalah keganasan paling umum dan penyebab kematian paling umum pada wanita di seluruh dunia. Operasi kanker payudara yang membutuhkan perawatan rawat inap merupakan beban anggaran kesehatan yang cukup signifikan. Dari total biaya pengobatan kanker payudara, 35%-50% dihabiskan untuk perawatan bedah, yang sebagian besar adalah karena lama rawat inap (LOS).

Namun, sejak 1990-an, LOS pasien kanker payudara yang menjalani operasi telah menurun. Sebuah penelitian yang dilakukan di Kanada melaporkan bahwa rata-rata LOS untuk pasien kanker payudara yang menjalani operasi pada tahun 1980-an kira-kira 3 hari lebih lama dibandingkan dengan semua pasien operasi digabungkan, tetapi pada tahun 2000 rata-rata LOS untuk pasien kanker payudara adalah setengah dari rata-rata keseluruhan. Data dari 22 negara Eropa menunjukkan penurunan substansial dalam rata-rata LOS untuk pasien kanker payudara antara tahun 1990 dan 2005 dimana rata-rata LOS menurun dari 5-8 hari pada tahun 1990 menjadi 5,2 hari pada tahun 2005 yang juga sesuai dengan penelitian lain yang mengatakan bahwa rata-rata LOS pasien kanker payudara yang menjalani operasi adalah 6,18 hari. (Downing et al., 2009a; Gumus et al., 2015b).

Beberapa penelitian lain juga telah dilakukan untuk menilai rata-rata LOS pasien kanker payudara yang menjalani operasi. Sebuah studi di Jerman, mengatakan bahwa, rata-rata LOS pasien adalah 6,3 hari. Perencanaan pemulangan yang baik dikatakan dapat meningkatkan penilaian pasien terhadap rumah sakit bahkan ketika LOS menurun. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa persiapan yang tepat untuk pemulangan memiliki potensi tinggi bagi rumah sakit untuk mengurangi biaya melalui penurunan LOS sekaligus menjaga sumber kepuasan pasien tetap konstan (Nowak et al., 2019).

Standar lama rawat yang ditetapkan oleh Depkes RI adalah 6-9 hari dan dianjurkan serendah mungkin tanpa mempengaruhi kualitas layanan perawatan. Lama rawat inap yang semakin singkat dianggap semakin baik tentunya dengan tetap memperhatikan kualitas layanan. Lama rawat inap yang singkat pada pasien setelah operasi kanker payudara memberikan kesempatan untuk mengurangi nyeri luka, memfasilitasi pergerakan bahu, mengurangi biaya perawatan kesehatan dan memungkinkan pemulihan di lingkungan rumah yang sudah dikenal (Gumus et al., 2015a). Bundred et al (1998) tidak menemukan efek negatif dari pemulangan dini pada penyakit fisik dan psikologis dan menyarankan pemulangan dini untuk pasien yang diberikan perawatan informal di rumah. Selain itu, keuntungan dari LOS yang singkat mencakup beban kerja yang lebih sedikit pada staf, penghematan biaya rumah sakit, pengurangan daftar tunggu, dan pergeseran dari perawatan rumah sakit yang mahal ke perawatan di rumah yang lebih murah (Bundred et al., 1998).

Singkatnya jumlah hari yang dihabiskan di rumah sakit setelah operasi untuk kanker payudara terus menurun selama beberapa dekade terakhir disebabkan oleh perubahan teknik pembedahan dan perubahan pada praktik di rumah sakit (masuk pada hari operasi dan pemulangan lebih awal). Di negara-negara maju beberapa penelitian menunjukkan bahwa saat ini operasi mastektomi dapat dilakukan sebagai *one day surgery* sehingga rata-rata LOS pasien adalah 1-2 hari (Baker & Piper, 2017; S. Marla & Stallard, 2009; Mertz et al., 2013; Weber et al., 2011).

2.3 TINJAUAN UMUM KEPUASAN PASIEN

2.3.1 DEFINISI KEPUASAN PASIEN

Menurut Kotler dan Keller (2008) kepuasan pasien adalah perasaan senang seseorang yang timbul karena hasil yang pasien dapatkan sesuai dengan yang pasien harapkan (Kotler dan Keller, 2008). Kepuasan pasien merupakan ukuran sejauh mana pasien merasakan kepuasan terhadap perawatan kesehatan yang mereka terima dari penyedia layanan kesehatan. Dengan membandingkan antara persepsi pasien dan ekspektasi pasien akan memunculkan perasaan senang atau puas dan kecewa atau tidak puas. Pelanggan atau pasien akan merasa puas apabila persepsi pasien sesuai dengan ekspektasinya, merasa tidak puas apabila persepsi lebih kecil atau tidak sesuai dengan ekspektasi dan akan menimbulkan perasaan yang sangat puas apabila hasil persepsi pasien lebih besar dari ekspektasinya (Manolitzas et al, 2016).

Pohan (2007) menyebutkan bahwa kepuasan pasien adalah tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya, setelah pasien membandingkan dengan apa yang diharapkannya. Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien adalah hasil penilaian dalam bentuk respon emosional (perasaan senang dan puas) pada pasien karena terpenuhinya harapan atau keinginan dalam menggunakan dan menerima pelayanan perawat (Pohan, 2007).

2.3.2 DIMENSI KEPUASAN PASIEN

- a. Perilaku Interpersonal (*Interpersonal manner*)
Menyangkut cara penyedia layanan berinteraksi secara personal pada pasien (perhatian, keramahan, kesopanan, tidak hormat, kekasaran).
- b. Kualitas Teknis (*Technical quality*)
Kompetensi dari penyedia dan ketaatan pada standar tinggi dari diagnosis dan pengobatan (ketelitian, ketepatan, resiko yang tidak perlu, membuat kesalahan).

- c. *Akses/Kenyamanan (Accessibility)*
Keberadaan sumber daya medis perawatan (fasilitas rumah sakit dan penyedia layanan medis yang cukup di suatu daerah).
- d. *Aspek Finansial (Finances)*
Faktor terkait pembayaran pelayanan medis (kewajaran biaya, pengaturan pembayaran alternatif, kelengkapan asuransi).
- e. *Kemanjuran/Hasil (Outcomes)*
Hasil dari pemberian perawatan medis (bantuan penyedia perawatan medis dalam meningkatkan dan menjaga kesehatan).
- f. *Tindak Lanjut Pelayanan (Continuity)*
Kesamaan penyedia dan/atau lokasi perawatan (dokter yang sama).
- g. *Lingkungan Fisik (Physical environment)*
Pengaturan lingkungan dimana perawatan diberikan (ketertiban fasilitas dan peralatan, kenikmatan atmosfer, kejelasan tanda-tanda dan penunjuk arah).
- h. *Ketersediaan Sumber Daya (Availability)*
Keberadaan sumber daya medis perawatan (fasilitas rumah sakit dan penyedia layanan medis yang cukup di suatu daerah) (Imaninda & Azwar, 2018; Ware et al., 1983)

2.3.3 PENGUKURAN KEPUASAN PASIEN

Tinjauan literatur menunjukkan ada beberapa instrumen yang dipakai secara praktis dalam melakukan pengukuran kepuasan pasien, diantaranya adalah:

- a. Survei Kepuasan Masyarakat

Berdasarkan peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik, untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik secara berkelanjutan diperlukan evaluasi terhadap penyelenggara pelayanan publik termasuk rumah sakit dengan melakukan Survei Kepuasan Masyarakat. Survei Kepuasan Masyarakat ini bertujuan untuk mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai pengguna layanan dan meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan publik. Unsur

pelayanan yang diatur adalah persyaratan pelayanan, sistem, mekanisme dan prosedur pelayanan, waktu penyelesaian pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis layanan, kompetensi pelaksana, perilaku pelaksana, penanganan pengaduan dan sarana dan prasarana. Kuesioner yang digunakan dalam melakukan survey terbagi atas tiga bagian: bagian pertama berisikan judul kuisisioner dan nama instansi yang dilakukan survei, bagian kedua berisikan identitas responden dan bagian ketiga berisi daftar pertanyaan yang terstruktur maupun tidak terstruktur. pertanyaan yang terstruktur berisikan jawaban dengan pilihan berganda (pertanyaan tertutup), sedangkan jawaban tidak terstruktur (pertanyaan terbuka) berupa pertanyaan dengan jawaban bebas, dimana responden dapat menyampaikan pendapat, saran, kritik dan apresiasi (PERMENPAN RB, 2017).

b. *Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)*

Instrumen ini dikembangkan oleh Grogan, Conner, Norman, Willits, dan Porter (2009). Kuisisioner terdiri dari 46 item kepuasan pasien dan informasi demografis pasien. Kuisisioner menilai lima faktor antara lain dokter, perawat, akses, perjanjian, dan fasilitas. Pasien mencentang kotak (dari “sangat setuju” hingga “sangat tidak setuju”) yang paling sesuai dengan tanggapan mereka terhadap setiap pernyataan. Jawaban diberi kode 1-5 dari “sangat setuju” hingga “sangat tidak setuju”. Pertanyaan dengan kata-kata negatif diberi skor terbalik (sehingga 1 = 5, dst) sehingga dalam semua kasus skor rendah menunjukkan kepuasan (Grogan et al., 2019).

c. *Inpatient Satisfaction Questionnaire*

Wei, Wang, Yang, dan Yang (2015) mengembangkan alat ukur kepuasan pasien yang reliabel dan dapat digunakan secara praktis untuk pasien rawat inap di Cina, yang disebut dengan *Inpatient Satisfaction Questionnaire*. Instrumen ini memiliki empat faktor yang diungkap antara lain kualitas perawatan dokter, kualitas perawatan perawat, kualitas lingkungan dan fasilitas, dan kualitas secara umum (Wei et al., 2015).

d. *Patient Satisfaction Questionnaire Form II*

Merupakan pengembangan konsep Ware, Snyder, dan Wright untuk *National Center for Health Service Research* (NCHSR) pada tahun 1976. Tujuannya adalah untuk mengembangkan survei kepuasan yang pendek dan dikerjakan sendiri pada populasi umum dan diukur secara valid dan reliabel untuk kepentingan teori dan praktis dalam perencanaan, administrasi, dan evaluasi program pelayanan kesehatan. Aspek kepuasan pasien pada PSQ Form II (Ware, Snyder, Wright, & Davies, 1983) antara lain perilaku interpersonal, kualitas teknis, akses/kenyamanan, keuangan, kemandirian/hasil, tindak lanjut, lingkungan fisik dan ketersediaan (Ware et al., 1983).

e. *Patient Satisfaction Questionnaire Form III* dan PSQ 18

PSQ III dikembangkan oleh Marshall, Hays, Sherbourne, dan Wells pada tahun 1993 (Marshall & Hays, 1994) PSQ III mengungkap tujuh aspek kepuasan pasien yaitu: kepuasan secara umum atas perawatan medis, kualitas teknis, perilaku interpersonal, komunikasi, aspek finansial, waktu yang dihabiskan dengan dokter, serta akses dan kenyamanan (Marshall & Hays, 1994). Marshall dan Hays (1994) juga mengembangkan PSQ dari Ware, Snyder, dan Wright (1976) dan Hays, Davies, dan Ware (1987) menjadi *The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form* (PSQ-18). PSQ-18 merupakan versi yang lebih pendek dari PSQ-III. Aspek-aspek yang mengungkap kepuasan pasien dalam PSQ-18 sama dengan aspek yang ada dalam PSQ-III. Butir PSQ-18 dan PSQ-III secara substansial berkorelasi satu sama lain. PSQ-III memiliki 50 butir hingga kemudian dikembangkan menjadi PSQ-18 yang terdiri dari 18 butir. PSQ-18 lebih tepat digunakan pada situasi yang membutuhkan waktu lebih singkat untuk mengerjakan alat ukur kepuasan pasien (Imaninda & Azwar, 2018).

f. Kuisisioner Kepuasan Pasien (KKP-2017)

KKP-2017 alat ukur kepuasan pasien terbaru yang merupakan pengembangan dari PSQ-18. KKP-2017 dibentuk karena aspek dan butir yang mengungkap kepuasan pasien dalam PSQ-18 dianggap perlu penyesuaian agar dapat dilaksanakan pada layanan kesehatan yang ada di Indonesia. Aspek pada KKP-2017 tetap mengacu pada teori-teori sebelumnya yang terdiri dari: perilaku interpersonal, kualitas teknis/perilaku profesionalisme, akses/kenyamanan,

keuangan/aspek finansial, dan lingkungan fisik. Setiap aspek pada KKP- 2017 berisi lima butir sehingga total butir dalam skala sebanyak 25 butir. Target tersebut dibuat dengan pertimbangan agar partisipan yang mengisi membutuhkan waktu yang lebih singkat dalam mengisi (Imaninda & Azwar, 2018).

2.4 TINJAUAN UMUM LUARAN KLINIS

2.4.1 DEFINISI LUARAN KLINIS

Luaran klinis adalah hasil intervensi dari suatu pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien. Oleh karenanya luaran klinis sangat penting untuk dijadikan sebagai indikator terhadap kualitas suatu pelayanan kesehatan, untuk menilai efektivitas penggunaan sumber daya yang diberikan kepada pasien, juga untuk mengukur keberhasilan suatu pelayanan kesehatan. (Ridley et al., 2010). Luaran klinis dapat mengukur perubahan status kesehatan, status fungsional, atau kualitas hidup yang dihasilkan akibat dari pelayanan atau perawatan yang diberikan. Penilaian luaran klinis menjadi dasar bagi suatu institusi kesehatan dalam menilai dan meningkatkan standar dari segala aspek pelayanannya secara terus menerus (*Great Ormond Street Hospital, 2017*).

2.4.2 LUARAN KLINIS PADA PASIEN KANKER PAYUDARA

a. Luaran pasca pembedahan

Luaran pasca pembedahan pada pasien kanker payudara termasuk waktu operasi, jumlah kehilangan darah, jumlah cairan drainase, dan komplikasi pasca operasi (infeksi, nekrosis marginal pada insisi, dehisensi insisi, limfedema ekstremitas atas, perdarahan, nekrosis puting susu, seroma, kontraktur kapsuler) (Qin et al., 2018). Dalam penelitian lain, luaran utama yang diukur pada pasien pasca pembedahan adalah komplikasi luka, komplikasi infeksi, dan total komplikasi keseluruhan. Komplikasi luka didefinisikan sebagai infeksi situs superfisial, infeksi dalam, dan/atau dehisensi luka. Komplikasi infeksi termasuk pneumonia, infeksi saluran kemih, infeksi ruang organ, sepsis, dan/atau syok

septik. Komplikasi keseluruhan termasuk yang disebutkan sebelumnya, serta kejadian pernapasan, tromboemboli, ginjal, neurologis, jantung, dan perdarahan (Chatterjee et al., 2015).

b. Luaran onkologis

Periode *follow up* luaran onkologis dihitung dari tanggal operasi hingga tanggal kematian atau *follow up* terakhir. Luaran onkologis meliputi kelangsungan hidup pasien bebas penyakit (*disease free survival*), kelangsungan hidup secara keseluruhan (*overall survival*), dan tingkat kelangsungan hidup bebas kekambuhan locoregional (*locoregional recurrence-free survival*) (Qin et al., 2018).

c. Luaran kosmetik

Pada pasien yang dilakukan rekonstruksi payudara, maka luaran kosmetik dievaluasi oleh ahli bedah dan pasien bersama-sama. Dianggap sangat baik bila payudara yang direkonstruksi simetris dan memiliki ukuran yang sama dan pasien sangat puas. Baik, bila payudara yang direkonstruksi ukurannya sama tapi sedikit lebih tinggi atau lebih rendah dari sisi kontralateral, tidak ada perbedaan yang signifikan dalam pakaian dan pasien puas. Biasa-biasa saja, bila payudara yang direkonstruksi secara signifikan asimetris dengan sisi kontralateral, dan pasien tidak puas. Sangat buruk bila payudara yang direkonstruksi sangat cacat, pasien sangat tidak puas (Qin et al., 2018).

2.5 TINJAUAM UMUM KANKER PAYUDARA

2.5.1 DEFINISI KANKER PAYUDARA

Kanker payudara adalah penyebab paling umum kematian terkait kanker pada wanita dan paling sering terjadi pada wanita pascamenopause di atas usia 50 tahun. Kanker payudara juga terjadi pada pria tetapi sangat jarang, mencapai sekitar 1% dari semua kasus kanker payudara. Kanker payudara adalah kanker yang terbentuk di jaringan payudara, baik di ductus (tabung yang membawa susu ke puting) atau lobulus (kelenjar yang membuat susu). Kanker payudara muncul dari sel-sel di payudara yang tumbuh secara tidak normal dan berkembang biak hingga membentuk benjolan atau tumor (ESMO, 2018).

2.5.2 JENIS KANKER PAYUDARA

a. Kanker payudara non-invasif (in situ)

Karsinoma duktal in situ (DCIS) adalah lesi pra-ganas, belum menjadi kanker, tetapi dapat berkembang menjadi bentuk kanker payudara invasif. Pada kanker jenis ini, sel kanker berada di saluran payudara tetapi belum menyebar ke jaringan payudara yang sehat. Neoplasia lobular (sebelumnya disebut karsinoma lobular in situ) adalah ketika ada perubahan pada lapisan sel lobulus, yang menunjukkan bahwa ada peningkatan risiko terkena kanker payudara di masa depan. Neoplasia lobular sebenarnya bukan kanker payudara, dan meskipun wanita dengan neoplasia lobular akan melakukan pemeriksaan rutin, sebagian besar tidak akan berkembang menjadi kanker payudara (ESMO, 2018).

b. Kanker payudara invasif

Kanker payudara invasif adalah nama yang diberikan untuk kanker yang telah menyebar di luar ductus (kanker payudara duktal invasif) atau lobulus (kanker payudara lobular invasif). Kanker ini dapat diklasifikasikan lebih lanjut berdasarkan histologinya; misalnya, tumor payudara tubular, musinosa, meduler, dan papiler adalah subtype kanker payudara yang lebih jarang lainnya (ESMO, 2018).

2.5.3 EPIDEMIOLOGI KANKER PAYUDARA

Kanker payudara adalah penyebab utama kematian terkait kanker pada wanita, dengan hampir 1,7 juta kasus didiagnosis per tahun dan lebih dari setengah juta kematian setiap tahun (Ferlay et al., 2015). Di negara maju, 1 dari setiap 8 wanita akan menderita kanker payudara dalam hidup mereka. Di Eropa, kanker payudara didiagnosis setiap 2 menit dan terdapat kematian akibat kanker payudara setiap 6 menit. Kanker payudara sebagian besar menyerang wanita yang lebih tua, dengan mayoritas pasien berusia di atas 50 tahun saat didiagnosis, meskipun sekitar 1 dari 5 kanker payudara didiagnosis sebelum usia 50 tahun. Kanker payudara pada pria jarang terjadi dan membentuk sekitar 1% kanker payudara kasus kanker.

Tingkat kejadian kanker payudara wanita sangat bervariasi antar wilayah, dengan tingkat kejadian tertinggi di Eropa Barat dan Amerika Serikat, dan terendah

di Afrika dan Asia. Insiden kanker payudara yang lebih tinggi di negara-negara yang lebih maju mencerminkan adanya lebih banyak faktor risiko kanker payudara di negara-negara tersebut. Namun, kejadian kanker payudara di negara berkembang meningkat pesat. Meskipun tingkat insiden lebih tinggi, kematian akibat kanker payudara di sebagian besar negara Barat telah menurun dalam beberapa tahun terakhir karena pengobatan yang lebih baik dan deteksi dini, tetapi telah meningkat secara substansial di negara berkembang (ESMO, 2018).

2.5.4 FAKTOR RISIKO KANKER PAYUDARA

- a. Jenis kelamin wanita
- b. Bertambahnya usia
- c. Predisposisi genetik (riwayat keluarga atau mutasi pada gen tertentu)
- d. Paparan estrogen
- e. Paparan radiasi pengion
- f. Memiliki lebih sedikit anak
- g. Riwayat hiperplasia atipikal
- h. Obesitas
- i. Alkohol (ESMO, 2018).

2.5.5 DIAGNOSIS KANKER PAYUDARA

Kanker payudara biasanya didiagnosis dengan anamnesis dan pemeriksaan fisis, pencitraan dan biopsi.

- a. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisis

Dilakukan anamnesis dengan menggali keluhan pasien dan riwayat keluarga dengan kanker payudara dan riwayat menopause. Pemeriksaan fisis dilakukan dengan pemeriksaan payudara dan kelenjar getah bening pasien.

- b. Pencitraan

Teknik pencitraan yang digunakan adalah mamografi, ultrasonografi dan/atau MRI.

c. Biopsi

Ketika dicurigai kanker payudara, biopsi diambil dari tumor sebelum pengobatan apapun direncanakan (Cardoso et al., 2018). Biopsi dilakukan dengan jarum, biasanya dipandu oleh *ultrasound* (atau terkadang menggunakan mamografi atau MRI, jika tumor tidak terlihat pada *ultrasound*) untuk memastikan biopsi diambil dari area yang benar di payudara. Biopsi memberikan informasi penting kepada dokter tentang jenis kanker payudara.

2.5.6 TATALAKSANA KANKER PAYUDARA

Tatalaksana pada kanker payudara tergantung pada ukuran, lokasi dan jumlah tumor dan patologi (subtipe, tingkat dan keberadaan biomarker) tumor, serta usia dan kesehatan umum pasien. Pilihan dan kombinasi perawatan akan didiskusikan dengan pasien dengan mempertimbangkan preferensi pasien.

a. Operasi

Dua jenis operasi untuk kanker payudara adalah operasi konservasi payudara, di mana tim bedah mengangkat tumor tetapi berusaha mempertahankan payudara sebanyak mungkin, atau mastektomi, di mana seluruh payudara diangkat. Jika kelenjar getah bening di ketiak terlihat bersih dari kanker dalam tes pencitraan, maka harus dilakukan biopsi kelenjar getah bening sentinel. Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi penyebaran kanker. Jika sel kanker ditemukan di kelenjar getah bening itu, maka harus dilakukan diseksi aksila. Pasien yang menjalani mastektomi biasanya akan diikuti dengan rekonstruksi payudara.

b. Radioterapi

Radioterapi adalah jenis pengobatan yang menggunakan radiasi pengion, yang merusak DNA sel kanker, menyebabkan sel mati. Radioterapi biasanya diberikan setelah operasi konservasi payudara dan juga dapat diberikan setelah mastektomi. Radioterapi juga dapat diberikan kepada pasien dengan penyakit lokal lanjut yang tetap tidak dapat dioperasi setelah pengobatan sistemik dan dapat dipertimbangkan pada pasien tertentu dengan penyakit metastasis untuk

mengobati gejala tumor primer atau metastasis jauh untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

c. Kemoterapi

Kemoterapi menghancurkan sel-sel kanker dan digunakan untuk mengobati sebagian besar kanker payudara triple-negatif, HER2 positif dan luminal B-like. Kemoterapi biasanya diberikan setiap 1-3 minggu sebagai infus intravena. Beberapa pasien mungkin juga ditawarkan kemoterapi oral tambahan setelah menyelesaikan kemoterapi intravena standar.

d. Terapi endokrin

Terapi endokrin bertujuan untuk mengurangi efek estrogen pada kanker payudara ER positif. Terapi ini adalah jenis pengobatan sistemik yang paling penting untuk tumor ER positif, juga disebut tumor yang bergantung pada hormon. Ada sejumlah jenis terapi endokrin yang tersedia, yang digunakan secara oral atau diberikan sebagai suntikan.

e. *Targetted Therapy*

Terapi yang ditargetkan adalah obat yang memblokir jalur sinyal tertentu dalam sel kanker yang mendorong mereka untuk tumbuh.

f. Perawatan lainnya

Pasien dengan metastasis tulang harus diobati dengan obat pengubah tulang seperti bifosfonat atau denosumab, dalam kombinasi dengan suplemen kalsium dan vitamin D. Agen ini memperkuat tulang, mengurangi nyeri tulang dan risiko patah tulang. Bifosfonat juga digunakan dalam pengobatan pasca operasi kanker payudara dini, karena dapat mengurangi risiko kekambuhan (ESMO, 2018).

2.6 MATRIKS PENELITIAN TERDAHULU

Tabel 2. Matriks penelitian terdahulu

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
1	Yan Liu, Mingming Fu, Qi Zhou, Miao Tian, Xiuguo Zhang, Zhiqian Wang (2022)	<i>The Application of Patient-Centered Care Bundle Significantly Reduces Incidence of Perioperative Respiratory Complications in Hip Fracture Patients Aged 80 and Over</i>	Menganalisis pengaruh intervensi bundle perawatan yang berpusat pada pasien (PCC) pada komplikasi pernapasan perioperatif dan hasil klinis lainnya pada pasien patah tulang pinggul berusia 80 tahun.	Independen: 1. Bundel PCC Dependen: 1. Komplikasi perioperatif 2. Keterlambatan operasi 3. LOS	Studi kohort retrospektif	Insiden komplikasi pernapasan perioperative mengalami penurunan signifikan pada kelompok bundel PCC. Pengurangan signifikan juga diamati pada keterlambatan operasi dan LOS, (semua $P < 0,05$) pada kelompok bundel PCC.	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC dan variabel dependen LOS dan luaran klinis dalam bentuk komplikasi perioperatif Perbedaan: Dimensi PCC dalam bentuk bundel yang berbeda dengan dimensi PCC dalam penelitian penulis. Variabel dependen lain adalah, keterlambatan

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
							operasi. Populasi penelitian juga berbeda yakni pasien dengan diagnosis patah tulang pinggul berusia 80 tahun keatas
2	Dolores Donegan, Sean Paul Teeling, Martin Mcnamara, Edel McAweeney, Lynda McGrocry, Rose Mooney (2021)	<i>Calling Time on the "Dance of the Blind Reflex": How Collaborative Working Reduced Older Persons' Length of Stay in Acute Care and Increased Home Discharge</i>	Memberikan pendekatan yang lebih berpusat pada pasien dan terpadu untuk perawatan, untuk memfasilitasi keterlibatan pasien dan keluarga dalam perencanaan perawatan dan untuk memahami mengapa begitu sedikit pasien yang	Independen: 1. Penerapan prinsip PCC dan metode Lean Six Sigma Dependen: 1. LOS	Studi <i>True Experimental</i>	1. Penurunan rata-rata lama rawat inap pasien medis di unit pra-pemulangan sebesar 41%, dari 40,64 hari di tahun 2017 menjadi 23,97 hari di tahun 2019 2. Penurunan rata-rata lama rawat inap sebesar 13% untuk pasien di atas 65 tahun yang dirawat di rumah sakit akut, dari	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC dan variabel dependen LOS Perbedaan: Variabel independen merupakan kombinasi metodologi lean six sigma dan PCC. Variabel dependen hanya LOS

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
			dipulangkan ke rumah, dengan tujuan untuk mengurangi lama rawat inap di rumah sakit akut dan meningkatkan jumlah pasien pulang.			55,10 hari pada 2017 menjadi 48,09 hari pada 2019 3. Peningkatan pasien yang dipulangkan dari unit pra-pemulangan, dari 18% pada tahun 2017 menjadi 47% pada tahun 2019	
3	Muhammad Satya Arrif Zulhani, Elsy Maria Rossa (2020)	Pelaksanaan Perawatan Pasien Berpusat pada Penurunan Tingkat Nyeri Post-Caesar	Mengetahui pengaruh PCC pada tingkat rasa sakit pasca-operasi pada pasien operasi <i>caesar</i> di Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul	Independen: 1. Penerapan PCC Dependen: 1. Tingkat nyeri pasien pasca operasi caesar dengan menggunakan skor VAS	Studi Quasi Experimental	Hasil menunjukkan ada perbedaan tingkat nyeri pada pasien <i>pasca sectio cesarea</i> antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Sehingga disimpulkan implementasi <i>Patient Centered Care</i> (PCC) dapat menurunkan tingkat nyeri pada pasien	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen penerapan PCC dan variabel dependen luaran klinis pasien Perbedaan: Luaran klinis pasien yang dinilai hanya

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
						<i>pasca-sectio cesarea.</i>	tingkat nyeri. Penelitian ini juga tidak menggunakan variabel dependen LOS dan kepuasan pasien. Populasi penelitian juga pada pasien yang telah menjalani operasi caesar
4	Fridawaty Rivai, Zulkarnain Abubakar, Nurshanty Sapada (2020)	<i>Effect of Patient Centered Care Application on Inpatient Outcomes After Emergency Cesarean Section Surgery</i>	Mengevaluasi pengaruh penerapan perawatan yang berpusat pada pasien pada hasil perawatan, terutama kepuasan pasien dan hasil klinis setelah operasi caesar darurat.	Independen: 1. Penerapan PCC Dependen: 1. Kepuasan Pasien 2. Luaran Klinis Pasien	Analitik kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i>	Penerapan perawatan yang berpusat pada pasien dikaitkan dengan kepuasan pasien, tetapi tidak mempengaruhi hasil klinis pasien rawat inap setelah operasi caesar darurat.	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen penerapan PCC dengan dimensi yang sama dan variabel dependen kepuasan pasien dan luaran klinis pasien. Metode

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
							<p>penelitian juga sama</p> <p>Perbedaan: Penelitian ini tidak menggunakan variabel dependen LOS. Populasi juga pada pasien operasi caesar darurat</p>
5	Sanne Jannick, Jane Murray, Anna Petra (2019)	<i>The Importance of Patient-Centered Care and Co-creation of Care for Satisfaction with Care and Physical and Social Well-being of Patients with Multi-morbidity</i>	Mengeksplorasi tingkat pelayanan PCC saat ini kepada pasien dengan multi-morbiditas dalam perawatan primer dan hubungan antara PCC, perawatan bersama, kepuasan	<p>Independen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penerapan PCC 2. Penerapan <i>co-creation of care</i> <p>Dependen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesejahteraan fisik 2. Kesejahteraan sosial 3. Kepuasan dengan perawatan 	Analitik kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i>	Perawatan yang berpusat pada pasien dan perawatan bersama (<i>co-creation of care</i>) dikaitkan secara positif dengan kepuasan dengan perawatan dan kesejahteraan fisik dan sosial pasien dengan multi-morbiditas dalam	<p>Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC dengan dimensi yang sama. Variabel dependen juga menggunakan kepuasan pelayanan</p>

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
		<i>in the Primary Care Setting</i>	dengan perawatan, dan kesejahteraan fisik dan sosial pasien dengan multi - morbiditas.			pengaturan perawatan primer.	Perbedaan: Penelitian ini menggunakan variabel dependen kesejahteraan fisik dan sosial. Penelitian ini tidak menilai variabel LOS dan luaran klinis pasien. Serta dilakukan pada populasi yang berbeda
6	Marina Nowak, Susan Lee, Ute Karbach, Holger Pfaff, Sophie E. Groß (2019)	<i>Short Length Of Stay And The Discharge Process: Preparing Breast Cancer Patients Appropriately</i>	menjelaskan variasi dalam penilaian LOS pasien kanker payudara, dengan hubungannya dengan perencanaan pemulangan	Independen: 1. Perencanaan pemulangan yang sesuai dengan PCC Dependen: 1. Pengalaman pasien	Analitik kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i>	Perencanaan pemulangan yang baik dapat meningkatkan penilaian pasien bahkan ketika LOS menurun. Temuan lain menunjukkan bahwa persiapan yang tepat untuk pemulangan memiliki potensi	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen perencanaan pemulangan yang sesuai dengan PCC Variabel dependen juga menggunakan

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
						tinggi bagi rumah sakit untuk mengurangi biaya melalui penurunan LOS sekaligus tetap menjaga kepuasan pasien tetap konstan. Lebih eksplisit, untuk LOS pendek, persiapan yang baik hampir dapat mengimbangi persepsi negatif tentang LOS yang terlalu pendek.	kepuasan pelayanan dalam menilai pengalaman pasien mendapatkan pelayanan dengan LOS yang singkat. Populasinya sama yakni pada pasien kanker payudara Perbedaan: Penelitian ini tidak menilai hubungan penerapan langsung PCC terhadap LOS dan luaran klinis pasien
7	A. Van Den Hoogen, E. Segers, H. Ockhuijsen,	<i>The Impact Of Family Centered Care Interventions</i>	Mengeksplorasi dampak intervensi perawatan yang	Independen: 1. Partisipasi orang tua dalam perawatan	<i>Systematic Review</i>	Kepuasan orang tua meningkat ketika kolaborasi antara orang tua dan	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
	P. Baarendse, I. Van Eerden (2018)	<i>in NICU And PICU on Parental Satisfaction And Length Of Stay: A Systematic Review</i>	berpusat pada keluarga terhadap kepuasan orang tua dan lama rawat inap untuk pasien yang dirawat di unit perawatan intensif anak atau unit perawatan intensif neonatal.	2. Kolaborasi antar professional dan orang tua Dependen: 1. Kepuasan orang tua 2. LOS		profesional di perawatan intensif neonatal meningkat. Selain itu, bukti kuat ditemukan untuk penurunan lama rawat sebagai akibat dari intervensi orang tua yang berpartisipasi dalam pengasuhan anak di perawatan intensif neonatal.	dependen kepuasan orang tua dan LOS. Perbedaan: Penelitian merupakan <i>systematic review</i> . Variabel independen dalam bentuk FCC yang terdiri dari partisipasi orang tua dan kolaborasi professional dan orang tua. Penelitian ini juga tidak menilai variabel luaran klinis
8	Mochammad Sjarifudhin, Elsy Maria Rosa (2018)	<i>Effectiveness of Patient Centered Care to Reduce Anxiety Level and Improve</i>	Menganalisis efektivitas PCC dalam menurunkan tingkat kecemasan dan	Independen: 1. Penerapan PCC Dependen: 1. Tingkat kecemasan	Studi Quasi Experimental	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan pada tingkat kecemasan dan kepuasan	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC dan variabel

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
		<i>Satisfaction in Patients Undergoing Cataract</i>	meningkatkan kepuasan pasien.	2. Kepuasan Pasien		pasien antara kelompok intervensi PCC dan kelompok kontrol. PCC sangat efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan dan cukup efektif dalam meningkatkan kepuasan pasien operasi katarak.	dependen kepuasan pasien Perbedaan: Variabel PCC pada penelitian ini menggunakan dimensi yang berbeda dan tidak menilai luaran klinis dan LOS. Populasinya juga pada pasien yang telah menjalani operasi katarak.
9	Mivhael Goldfarb, Lior Bibas, Virginia Bartlett, Heather Jones, Naureen Khan (2017)	<i>Outcomes of Patient and Family-Centered Care Interventions in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis</i>	Menentukan apakah intervensi perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga di ICU meningkatkan hasil kesehatan pasien	Independen: 1. Intervensi PFCC Dependen: 1. Kepuasan pasien/keluarga 2. Pencapaian tujuan perawatan medis.	<i>Systematic Review</i>	Intervensi yang berfokus pada perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga menghasilkan penurunan lama perawatan di ICU tetapi tidak pada tingkat mortalitas. Berbagai intervensi	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC dan variabel dependen kepuasan pasien dan LOS

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
				3. Pemahaman pasien/ keluarga 4. Sekuel kesehatan mental 5. Tingkat mortalitas 6. LOS		juga dikaitkan dengan perbaikan dalam banyak hasil penting bagi pasien dan keluarga termasuk biaya perawatan ICU, kepuasan keluarga, pengalaman pasien, pencapaian tujuan medis, dan hasil kesehatan mental pasien dan keluarga	Perbedaan: Penelitian merupakan <i>systematic review</i> dan menggunakan variabel dependen lainnya seperti pencapaian tujuan perawatan, pemahaman pasien, sekuel kesehatan mental dan tingkat mortalitas.
10	Kerstin Ulin, Dan Malm, Annete Nygardh (2015)	<i>What is Known About the Benefit of Patient Centered Care in Patients with Heart Failure</i>	Mengidentifikasi manfaat dari PCC pada pasien gagal jantung.	Independen: 1. PCC Dependen: 1. Kualitas hidup 2. Fungsi fisik 3. Biaya perawatan	<i>Systematic Review</i>	Hasil penelitian menemukan bahwa salah satu manfaat dari PCC adalah peningkatan kualitas hidup pada pasien dengan CHF. Perbaikan ditemukan dalam perawatan diri	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC dan variabel dependen luaran klinis berupa fungsi fisik.

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
						<p>pasien, status fisik dan mental, biaya perawatan termasuk LOS pasien, ketidakpastian mengenai penyakit dan pemulihan, martabat pasien, pengobatan, dan sistem perawatan. Perbaikan juga diamati pada beban gejala, efikasi diri, dan kualitas hidup. Temuan ini menunjukkan bahwa PCC adalah pendekatan yang kuat untuk perawatan kesehatan saat ini dan masa depan.</p>	<p>Perbedaan: Penelitian merupakan <i>systematic review</i>. Penelitian ini menggunakan variabel dependen lain yaitu kualitas hidup dan biaya perawatan. Populasi juga berbeda dimana penelitian ini dilakukan pada pasien dengan CHF.</p>
11	Elizabeth Wick, Daniel Galante, Deborak	<i>Organizational Culture Changes Result in Improvement</i>	Mengevaluasi implementasi suatu jalur yang dirancang untuk meningkatkan	Independen: 1. Jalur rancangan yang menerapkan PCC	Studi Quasi Experimental	310 pasien yang menjalani operasi rata-rata LOS adalah 7 hari dan rata-rata tingkat	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
	Hobson (2015)	<i>in Patient-Centered Outcomes: Implementation of an Integrated Recovery Pathway for Surgical Patients</i>	hasil, nilai, dan pengalaman pasien bedah kolorektal.	Dependen: 1. LOS 2. Biaya perawatan 3. Pengalaman pasien 4. Infeksi post operasi 5. Thromboemboli sme vena 6. Infeksi saluran kencing		infeksi post operasi adalah 18,8%. 330 pasien menjalani operasi dengan penerapan jalur rancangan, LOS adalah 5 hari dan rata-rata tingkat post operasi adalah 7,3%. Pengalaman pasien mengalami peningkatan dan biaya langsung menurun.	dan variabel dependen LOS dan luaran klinis. Perbedaan: Penelitian ini menggunakan dimensi PCC yang berbeda menggunakan jalur rancangan PCC tersendiri. Variabel dependen lainnya yaitu biaya langsung perawatan dan tidak menilai kepuasan pasien.
12	Kersin Ulin, Lars-Eri Olsson, Axel Wolf, Inger Ekman (2015)	Person-Centered Care- An Approach that Improves the Discharge Process	Mengevaluasi apakah perencanaan perawatan proaktif berdasarkan model gPCC mengarah pada	Independen: 1. Penerapan PCC Gothenburg Dependen: 1. LOS 2. Pemberitahuan ke layanan	Studi Quasi Experimental	Dibandingkan dengan kelompok perawatan biasa, kelompok gPCC memiliki lebih sedikit hari di rumah sakit (11 versus 35) siap untuk pulang.	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC dan variabel dependen LOS

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
			peningkatan efisiensi dalam prosedur pemulangan dibandingkan dengan perawatan biasa pada pasien yang dirawat di rumah sakit karena gagal jantung kronis yang memburuk.	<p>perawatan rumah kota saat masuk</p> <p>3. Pemberitahuan kepada layanan perawatan rumah kota untuk konferensi perencanaan pemulangan yang dikonfirmasi di rumah sakit</p> <p>4. Pemberitahuan ke layanan perawatan rumah kota ketika siap untuk pulang dalam beberapa hari</p> <p>5. Angka readmisi</p>			Perbedaan: Penelitian ini menggunakan dimensi PCC dengan model Gothenberg dan menilai banyak variabel dependen lainnya. Penelitian ini tidak menilai variabel kepuasan dan luaran klinis pasien. Dan populasinya pada pasien dengan gagal jantung kronis.
13	Lars-Eric Olsson, Jon Karlsson, Urban Berg,	<i>Person-Centered Care Compared with Standardized</i>	Membandingkan pendekatan perawatan standar dengan	<p>Independen:</p> <p>1. Intervensi gPCC</p> <p>Dependen:</p>	Studi Quasi Experimental	Rerata LOS pada kelompok kontrol adalah 7 hari (SD 5.0) dibandingkan	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
	Johan Karrholm, Elisabeth Hansson (2014)	<i>Care for Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty-A Quasi Experimental Study</i>	perawatan yang berpusat pada pasien yang menjalani operasi penggantian pinggul total.	1. LOS 2. ADL		dengan 5,3 hari pada kelompok gPCC (SD 2.2) ($p < 0,0005$). Untuk variabel ADL hasil intervensi antara kelompok kontrol dan intervensi tidak signifikan.	independen PCC dan variabel dependen LOS Perbedaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC dengan dimensi berbeda dan variabel dependen lain yaitu ADL
14	Cheryl Rather, Mary D. Wyrwich, Suzanne Austin Boren (2014)	<i>Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature</i>	Menganalisis bukti hubungan antara penerapan PCC terhadap <i>outcome</i> pasien	Independen: 1. Penerapan PCC Dependen: 1. Kepuasan pasien 2. <i>Outcome</i> klinis pasien 3. <i>Outcome</i> organisasi	<i>Systematic Review</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa bukti hubungan antara penerapan elemen PCC dan <i>outcome</i> pasien masih bercampur, beberapa studi mengatakan ada hubungan signifikan sedangkan studi lain tidak. Namun, terdapat bukti	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC dan variabel dependen kepuasan pasien dan <i>outcome</i> klinis Perbedaan: Penelitian merupakan

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
						pengaruh positif PCC pada kepuasan dan manajemen diri pasien.	<i>systematic review</i> . Variabel dependen lain outcome organisasi dan tidak menilai LOS.
15	Adelyn L. Ho, M.D., M.P.H. Anne F. Klassen, D.Phil. Stefan Cano, Ph.D. Amie M. Scott, M.P.H. Andrea L. Pusic, M.D., M.H.S. (2013)	<i>Optimizing Patient-Centered Care In Breast Reconstruction: The Importance Of Preoperative Information And Patient-Physician Communication</i>	Mengecek bagaimana informasi pra operasi dan interaksi dengan tim bedah dan medis dapat mempengaruhi kepuasan pasien dengan outcome keseluruhannya	Independen: 1. Penerapan PCC Dependen: 1. Kepuasan pasien	Analitik kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i>	Perawatan yang berpusat pada pasien adalah aspek penting dari kualitas perawatan. Tingkat kepuasan pasien dengan informasi pra operasi dan interaksi mereka dengan ahli bedah plastik mereka secara signifikan mempengaruhi kepuasan dengan payudara mereka dan hasil keseluruhan	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen PCC dan variabel dependen kepuasan pasien Perbedaan: Variabel dependen lain seperti LOS dan luaran klinis tidak dinilai
16	Inger Ekman, Axel Wold,	<i>Effects of Person-</i>	Mengevaluasi hasil PCC pada	Independen:	Studi Quasi Experimental	Pendekatan PCC yang diterapkan	Persamaan:

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
	Lars-Eric Olsson, Charles Taft, Kerstin Dudas, Maria Schaufelberg er, Karl Swedberg (2012)	<i>Centered Care in Patients with Chronic Heart Failure; the PCC-HF Study</i>	pasien rawat inap dengan gagal jantung kronis (CHF) dengan lama tinggal di rumah sakit (LOS), aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL), kualitas hidup terkait kesehatan (HRQL) dan tingkat readmisi dalam 6 bulan.	1. Penerapan PCC Dependen: 1. LOS 2. ADL 3. HRQL 4. Readmisi		seungguhnya memperpendek masa tinggal di rumah sakit dan mempertahankan kinerja fungsional pada pasien yang dirawat di rumah sakit karena CHF yang memburuk, tanpa meningkatkan risiko untuk masuk kembali atau membahayakan HRQL (<i>Health-related Quality of Life</i>) pasien.	Penelitian ini menggunakan variabel independen penerapan PCC dan variabel dependen LOS Perbedaan: Variabel dependen lainnya adalah ADL, HRQL dan readmisi. Penelitian ini tidak menilai kepuasan pasien dan populasinya juga berbeda.
17	Lars-Eric Olsson, Eva Jakobsson Ung, Karl Swedberg and Inger	<i>Efficacy Of Person-Centred Care as an Intervention in Controlled Trials – A</i>	Untuk mengidentifikasi perawatan yang berpusat pada pasien sebagai suatu intervensi dalam uji coba terkontrol,	Independen: 1. Intervensi PCC Dependen: 1. Kesejahteraan pasien 2. Kualitas perawatan	<i>Systematic Review</i>	Didapatkan <i>outcome</i> yang meningkat secara signifikan dilaporkan pada 8 dari 11 penelitian. Empat studi menggunakan ukuran subjektif	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen penerapan PCC dan variabel dependen

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
	Ekman (2012)	<i>Systematic Review</i>	dimana pasien dilibatkan sebagai partner, dan menggambarkan <i>outcome</i> dari studi ini.	3. Kepuasan pasien 4. HbA1c 5. BMI 6. Biaya perawatan 7. LOS		seperti kesejahteraan, kualitas perawatan dan kepuasan pasien. Tujuh penelitian menggunakan ukuran objektif termasuk HbA1c, BMI, biaya perawatan dan LOS. Baik hasil obyektif dan subyektif menunjukkan efek positif dari PCC.	kepuasan pasien, luaran klinis dalam bentuk HbA1c dan LOS Perbedaan: Penelitian merupakan <i>systematic review</i> . Variabel dependen lainnya adalah kesejahteraan pasien, kualitas perawatan, BMI dan biaya perawatan.
18	Poochikian Sarkissian, Sidani S, Ferguson, M. Doran (2010)	<i>Examining the Relationship Between Patient-Centered Care and Outcomes</i>	Memeriksa sejauh mana staf perawat memberikan perawatan yang berpusat pada pasien (PCC) dan untuk mengeksplorasi	Independen: 1. Penerapan PCC Dependen: 1. Kemampuan perawatan diri pasien 2. Kepuasan perawatan	Desain korelasional deskriptif	Implementasi PCC dapat meningkatkan <i>outcome</i> pasien dengan meningkatkan kemampuan perawatan diri pasien dan meningkatkan	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen penerapan PCC dan variabel dependen

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
			hubungan antara implementasi PCC dan outcome pasien.	3. Kualitas Hidup		kepuasan terhadap perawatan dan kualitas hidup.	kepuasan perawatan Perbedaan: Variabel dependen lainnya kemampuan perawatan diri dan kualitas hidup pasien.
19	Loes Schouten, Marlies Hulscher, Jannes, Robbert Huijsman, Louis Niessen, Richard (2010)	<i>Short and Long-term Effects on Quality Improvement Collaborative on Diabetes Management</i>	Meneliti efek jangka pendek dan jangka panjang dari peningkatan kualitas kolaboratif pada hasil pasien, kinerja profesional, dan aspek struktural dari manajemen perawatan kronis diabetes tipe 2 dalam pengaturan	Independen: 1. PCC Dependen: 1. Outcome pasien 2. Kinerja profesional 3. Aspek structural manajemen perawatan kronik	Studi Quasi Experimental	Hasil penelitian menunjukkan manfaat dari partisipasi dalam kolaboratif peningkatan kualitas multi-lembaga yang berfokus pada perawatan terpadu yang berpusat pada pasien. Efeknya bertahan setidaknya selama 12 bulan setelah intervensi selesai.	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen penerapan PCC dan variabel dependen luaran pasien Perbedaan: Penerapan PCC dalam bentuk peningkatan kualitas secara kolaboratif.

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
			perawatan terpadu.				Variabel dependen lainnya kinerja professional dan aspek structural
20	Annica Ortenstrand, Bjorn Westrup, Eva Brostrom (2009)	<i>The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity</i>	Mengevaluasi efek model baru perawatan keluarga di NICU tingkat 2, di mana orang tua dapat tinggal 24 jam/hari dari masuk hingga keluar.	Independen: 1. Penerapan FCC Dependen: 1. LOS 2. Morbiditas jangka pendek	Uji coba terkontrol secara acak	Total lama tinggal di rumah sakit berkurang 5,3 hari: dari rata-rata 32,8 hari pada dengan perawatan standar menjadi 27,4 hari pada pasien dengan FCC. Tidak ada perbedaan statistik yang diamati pada morbiditas bayi, kecuali untuk penurunan risiko displasia bronkopulmonalis sedang hingga berat: 1,6% pada kelompok FCC dibandingkan dengan 6,0% pada	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen penerapan FCC dan variabel dependen LOS dan luaran klinis berupa morbiditas pasien Perbedaan: Dimensi PCC berbeda. Variabel lain seperti kepuasan dan luaran klinis tidak dinilai

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
						kelompok dengan perawatan standar	
21	Janice H. Robinson, Lynn C. Callister, Judith A. Berry, Karen A. Dearing (2008)	<i>Patient-Centered Care and Adherence: Definitions and Applications to Improve Outcomes</i>	Mengidentifikasi karakteristik dasar PCC untuk memperjelas definisinya, mengusulkan metode pengukuran PCC, dan merekomendasikan praktik PCC yang efektif.	Independen: 1. PCC Dependen: 1. Kepatuhan pasien 2. Hasil kesehatan pasien	<i>Literature Review</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa PCC meningkatkan kepatuhan dan peningkatan hasil kesehatan pasien. Karakteristik dasar PCC diidentifikasi terdiri dari (a) keterlibatan pasien dalam perawatan dan (b) individualisasi perawatan pasien. Praktik PCC yang efektif terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan bersama, dan pendidikan pasien.	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen penerapan PCC dan variabel dependen hasil kesehatan pasien Perbedaan: Penelitian merupakan <i>literature review</i> . Variabel dependen lainnya adalah kepatuhan pasien. Penelitian ini tidak menilai kepuasan pasien dan LOS.
22	Souraya Sidani (2008)	<i>Effects of Patient-</i>	Mengeksplorasi efek PCC pada	Independen:	Desain non eksperimental	Implementasi komponen PCC	Persamaan:

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
		<i>Centered Care on Patient Outcomes: An Evaluation</i>	status fungsional pasien, kemampuan perawatan diri, dan kepuasan dengan perawatan	1. Partisipasi pasien 2. Individualiasi perawatan Dependen: 1. Status fungsional 2. Kemampuan perawatan diri 3. Kepuasan dengan perawatan	dengan tindakan berulang	secara positif terkait dengan beberapa domain status fungsional, kemampuan perawatan diri dan kepuasan perawatan.	Penelitian ini menggunakan variabel independen penerapan PCC dan variabel dependen kepuasan pasien Perbedaan: Dimensi PCC difokuskan hanya pada partisipasi pasien dan individualisasi perawatan. Variabel dependen lainnya adalah status fungsional pasien dan kemampuan perawatan diri
23	Susan Stone (2008)	<i>A Retrospective Evaluation of the Impact of</i>	Menilai dampak dari <i>planetree model</i> PCC (1) pada kepuasan	Independen: 1. Model Planetree PCC Dependen:	Studi perbandingan non	Evaluasi dari 869 orang dewasa yang dirawat di rumah sakit yang menjalani	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
		<i>the Planetree Patient-Centered Model of Care on Inpatient Quality Outcomes</i>	pasien, (2) pada outcome klinis (LOS dan readmisi), dan (3) dengan biaya perawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan pasien 2. Outcome klinis (LOS dan readmisi) 3. Biaya perawatan 	eksperimental retrospektif	operasi penggantian sendi total lutut atau panggul total menunjukkan bahwa model perawatan yang berpusat pada pasien Planetree secara positif memengaruhi kepuasan pasien, lama rawat inap, dan biaya per kasus.	<p>independen penerapan PCC dan variabel dependen kepuasan pasien dan LOS</p> <p>Perbedaan: Penerapan PCC berdasarkan dimensi planetree model. Variabel dependen lainnya adalah biaya perawatan dan populasinya adalah pasien yang telah menjalani operasi pergantian sendi lutut atau panggul total</p>
24	Debra M. Wolf, Lisa Lehman, Robert	<i>Effect of Patient-Centered Care on Patient</i>	Menilai dampak PCC terhadap kepuasan pasien, persepsi	<p>Independen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penerapan PCC <p>Dependen:</p>	Studi acak klinis (desain post test)	PCC dapat mempengaruhi persepsi pasien tentang tingkat	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
	Quinlin, Thomas Zullo, Leslie Hoffman (2007)	<i>Satisfaction and Quality of Care</i>	asuhan keperawatan dan kualitas perawatan	1. Kepuasan pasien 2. Kualitas perawatan		kepuasan dan kualitas perawatan yang diterima pasien.	independen penerapan PCC dan variabel dependen kepuasan pasien Perbedaan: Sampel penelitian ini terbagi 2 menjadi kelompok kontrol dan kelompok PCC. Penelitian ini tidak menilai variabel LOS dan luaran klinis pasien
25	Julie B. Mallinger, Jennifer J. Griggs, Cleveland G. Shields (2004)	<i>Patient-Centered Care and Breast Cancer Survivors' Satisfaction with Information</i>	Menguji hubungan antara perawatan yang berpusat pada pasien dan kepuasan dengan informasi di antara wanita	Independen: 1. Penerapan PCC Dependen: 1. Kepuasan dengan informasi	Analitik kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i>	Penderita kanker payudara sangat puas dengan informasi yang berkaitan dengan pengobatan, mereka dan kurang puas dengan informasi yang berkaitan dengan gejala sisa	Persamaan: Penelitian ini menggunakan variabel independen penerapan PCC dan variabel dependen kepuasan pasien

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
			dengan riwayat kanker payudara			fisik, psikologis, dan sosial jangka panjang dari penyakit dan perawatannya. Dalam analisis multivariat, persepsi pasien tentang perilaku yang berpusat pada pasien sangat terkait dengan kepuasan pasien terhadap informasi. Hasil ini memberikan dukungan untuk teori bahwa kepuasan pasien meningkat ketika dokter memasukkan perilaku yang berpusat pada pasien ke dalam perawatan mereka	Perbedaan: Dimensi PCC difokuskan hanya pada komunikasi yang berpusat pada pasien. Variabel dependen lainnya adalah yakni LOS dan luaran klinis tidak dinilai
26	Moira Stewart, Judith Belle	<i>The Impact of Patient-</i>	Menilai hubungan antara	Independen:	Hipotesis diuji menggunakan	Komunikasi yang berpusat pada pasien	Persamaan: Penelitian ini menggunakan

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan & Perbedaan
	Brown, Allan Donner, Ian McWhinney, Julian Oates, Wayne Weston, John Jordan (2000)	<i>Centered Care on Outcomes</i>	komunikasi yang berpusat pada pasien dalam kunjungan perawatan primer dan pemanfaatan perawatan kesehatan.	1. Komunikasi yang berpusat pada pasien Dependen: 1. Status kesehatan pasien 2. Efikasi perawatan	regresi berganda	mempengaruhi status kesehatan pasien (kurangnya ketidaknyamanan, lebih sedikit kekhawatiran, dan kesehatan mental yang lebih baik) dan peningkatan efisiensi perawatan (lebih sedikit tes diagnostik dan rujukan)	variabel independen PCC dan variabel dependen status kesehatan Perbedaan: Dimensi PCC difokuskan hanya pada komunikasi yang berpusat pada pasien. Variabel dependen lainnya adalah efisiensi perawatan. Penelitian ini tidak menilai kepuasan pasien dan LOS

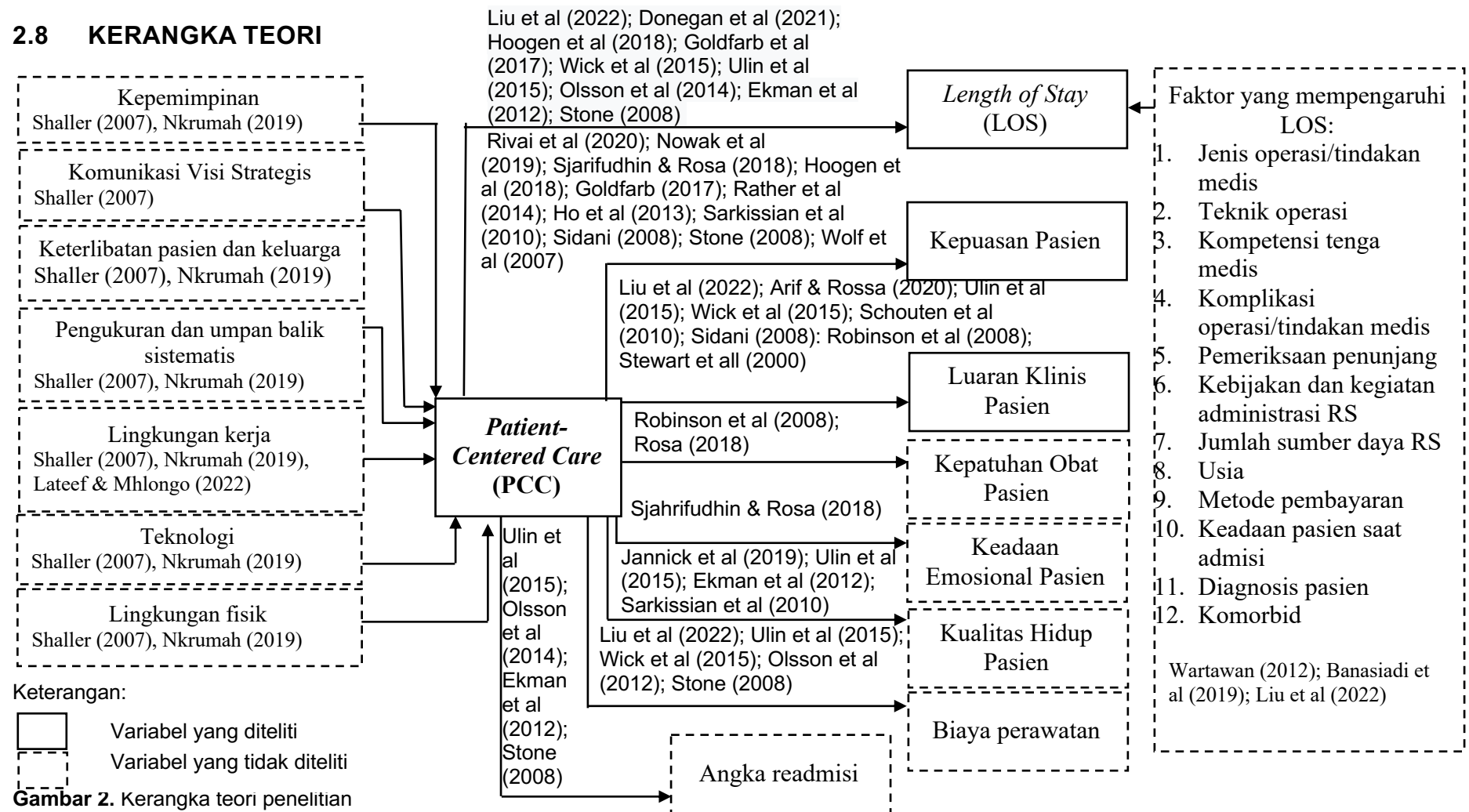
2.7 MAPPING TEORI

Tabel 3. Mapping teori penelitian

<i>Patient Centered Care (PCC)</i>	<i>Length of Stay (LOS)</i>
<p>(Gerteis et al, 1993)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghormati nilai, preferensi dan kebutuhan pasien 2. Koordinasi dan integrasi pelayanan 3. Informasi, komunikasi dan edukasi 4. Kenyamanan fisik 5. Dukungan emosional dan pengurangan rasa takut dan kecemasan 6. Keterlibatan keluarga dan teman 7. Kontinuitas dan transisi pelayanan 8. Akses terhadap pelayanan <p>(Mead & Bower, 2000)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eksplorasi pengalaman penyakit pasien 2. Memahami pasien sebagai individu 3. Penciptaan aliansi terapeutik 4. Berbagi kekuasaan dan tanggung jawab <p>(Stewarts et al, 2000)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eksplorasi masalah dan ide pasien 2. Pembahasan masalah dan rencana pengelolaan pasien <p>(Radwin, 2003)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Daya tanggap 2. Individualisasi perawatan 3. Koordinasi perawatan 4. Keahlian <p>(Schoot et al, 2005)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomi 2. Partisipasi dalam perawatan 3. Pengambilan keputusan bersama 	<p>(Wartawan, 2012)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komplikasi operasi 2. Jenis operasi 3. Teknik operasi 4. Jenis penyakit 5. Tenaga dokter yang menangani 6. Pemeriksaan penunjang <p>(Banasiadi, 2019)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis kelamin 2. Waktu admisi 3. Tipe asuransi 4. Tempat asal rujukan 5. Jenis spesialisasi DPJP 6. Tipe admisi 7. Alasan masuk RS 8. Diagnosis penyakit 9. Status pasien saat pemulangan <p>(Liu et al, 2021)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia 2. Jenis Kelamin 3. Asuransi Kesehatan 4. Metode Admisi 5. Riwayat Operasi 6. Komplikasi penyakit 7. Kelas RS 8. Rasio dokter-perawat 9. Jumlah TT 10. Jumlah kunjungan dokter 11. Jumlah BTO

Kepuasan Pasien	Luaran Klinis
(Ware et al, 1984) <ol style="list-style-type: none">1. Perilaku interpersonal2. Kualitas teknis3. Akses/kenyamanan4. Keuangan5. Kemanjuran/hasil6. Tindak lanjut7. Lingkungan fisik8. Ketersediaan	(Chatterjee, 2014) <ol style="list-style-type: none">1. Komplikasi luka2. Komplikasi infeksi3. Komplikasi keseluruhan
(Marshal & Hays, 1994) <ol style="list-style-type: none">1. Kepuasan umum2. Kualitas teknis3. Sikap interpersonal4. Komunikasi5. Keuangan/aspek keuangan6. Waktu yang dihabiskan bersama dokter7. Aksesibilitas & kenyamanan	(Qin et al, 2018) <ol style="list-style-type: none">1. Waktu operasi2. Jumlah kehilangan darah3. Jumlah cairan drainase4. Komplikasi pasca operasi
(Grogan et al, 2009) <ol style="list-style-type: none">1. Dokter2. Perawat3. Akses4. Perjanjian5. Fasilitas	
(Wei et al, 2015) <ol style="list-style-type: none">1. Kualitas perawatan dokter2. Kualitas perawatan perawat3. Kualitas lingkungan dan fasilitas4. Kualitas umum	
(Imaninda & Azwar, 2016) <ol style="list-style-type: none">1. Perilaku interpersonal2. Kualitas teknis3. Akses/kenyamanan4. Aspek finansial5. Lingkungan fisik	

2.8 KERANGKA TEORI



Gambar 2. Kerangka teori penelitian

Kerangka teori penelitian dibuat merujuk pada beberapa penelitian sebelumnya. Berdasarkan penelitian sebelumnya didapatkan beberapa faktor yang mempengaruhi lama rawat pasien. Diantara beberapa faktor tersebut, penerapan PCC merupakan salah satu faktor yang terbukti memiliki hubungan dalam menurunkan LOS pasien. Selain manfaat dalam menurunkan LOS, penelitian lainnya juga membuktikan hubungan penerapan PCC dengan manfaat lainnya diantaranya meningkatnya kepuasan pasien, memperbaiki luaran klinis pasien, meningkatkan kepatuhan pasien dalam manajemen penyakitnya, menurunkan tingkat kecemasan pasien, meningkatkan kualitas hidup pasien, menurunkan biaya perawatan dan menurunkan angka readmisi atau kembalinya pasien kerumah sakit dengan diagnosis yang sama dengan penyakit sebelumnya. (A. van den Hoogen, E. Segers, H. Ockhuijsen, P. Baarendse, 2018; Arrif Zulhani & Rossa, 2020; Donegan et al., 2021; Ekman et al., 2012; Goldfarb et al., 2017; Ho et al., 2013; Kuipers et al., 2019; Y. Liu et al., 2022; Nowak et al., 2019; Olsson et al., 2014; Poochikian-Sarkissian et al., 2010; Rathert et al., 2013; Rivai et al., 2020; Robinson et al., 2008a; Sidani, 2008; Sjarifudhin & Maria Rosa, 2018; M. Stewart et al., 2000; Stone, 2008; Ulin et al., 2015; Wick et al., 2015; D. Wolf et al., 2008)

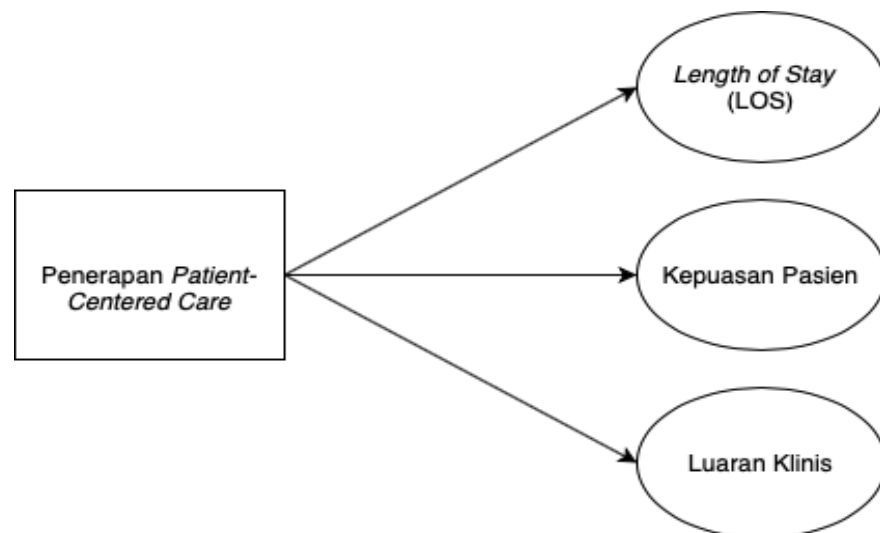
Adapun hal-hal yang dapat mempengaruhi penerapan PCC adalah faktor kepemimpinan dalam hal keterlibatan dan komitmen para pimpinan dalam transformasi organisasi untuk menerapkan PCC secara berkelanjutan, faktor visi strategis rumah sakit, dimana rumah sakit perlu mengembangkan visi dan rencana strategis yang jelas agar PCC menjadi prioritas dan dioperasionalkan sehari-hari, faktor keterlibatan pasien ataupun keluarga, dimana berdasarkan konsep dimensi PCC, keterlibatan keluarga dan teman pasien merupakan hal yang penting dalam proses perawatan pasien, konsep PCC tidak akan berjalan sesuai konsepnya tanpa keterlibatan keluarga pasien. Faktor lingkungan kerja, dimana tenaga kesehatan yang menerapkan PCC harus dianggap sebagai suatu aset yang dihargai dan dihormati dan organisasi mengharapkan staf tersebut untuk memberikan pelayanan dengan konsep PCC, sehingga perlu ditekankan pentingnya perekrutan, pelatihan, evaluasi dan kompensasi yang mendukung staf untuk berkomitmen dalam menerapkan PCC.

Faktor kualitas lingkungan dalam hal lingkungan fisik dimana proses perawatan yang berlangsung juga mempengaruhi penerapan PCC. Faktor teknologi khususnya teknologi informasi kesehatan yang melibatkan pasien dan

keluarga secara langsung dalam proses perawatan dengan memfasilitasi komunikasi dengan pemberi asuhan dan menyediakan akses yang memadai terhadap informasi yang dibutuhkan serta faktor pengukuran dan pemberian *feedback* secara rutin (Lateef & Mhlongo, 2022; Nkrumah & Abekah-Nkrumah, 2019; Shaller & Consulting, 2007).

2.9 KERANGKA KONSEP

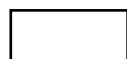
Berdasarkan kajian masalah dan kerangka teori, peneliti membuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



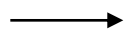
Keterangan:



Variabel Dependen



Variabel Independen



Hubungan Antar Variabel

Gambar 3. Kerangka konsep penelitian

Sumber: Liu et al (2022); Donegan et al (2021); Rivai et al (2020); Arif & Rossa (2020); Nowak et al (2019); Hoogen et al (2018); Sjarifudhin & Rosa (2018); Goldfarb et al (2017); Wick et al (2015); Ulin et al (2015); Rathert et al (2014); Olsson et al (2014); Ho et al (2013); Ekman et al (2012); Schouten et al (2010); Sarkissian et al (2010); Robinson et al (2008); Sidani (2008); Stone (2008); Wolf et al (2007); Stewart et al (2000).

Kerangka konsep penelitian dibuat dari hubungan antar variabel yang peneliti rujuk dari beberapa penelitian sebelumnya. Adapun uraiannya sebagai berikut:

1. Hubungan penerapan PCC dengan LOS

Penelitian pada 187 pasien patah tulang pinggul yang berusia 80 tahun keatas yang mendapatkan perawatan PCC menunjukkan bahwa penerapan PCC menyebabkan penurunan signifikan LOS pasien (Y. Liu et al., 2022). Penelitian Donegan et al (2021) yang dilakukan pada pasien yang dirawat di rumah sakit perawatan akut juga menunjukkan bahwa PCC menyebabkan banyaknya pasien yang dipulangkan lebih cepat sehingga mengurangi LOS (Donegan et al., 2021). Penelitian lain yang berupa *systematic review* juga menyimpulkan bahwa ada bukti kuat penurunan LOS pada perawatan anak dengan penerapan PCC pada ruang rawat intensif (A. van den Hoogen et al, 2018). *Systematic review* dan meta analisis lain juga menyimpulkan bahwa penerapan PCC dapat menurunkan LOS pasien yang dirawat di ICU (Goldfarb et al., 2017). Selain itu, pada penelitian yang dilakukan pada 330 pasien yang menjalani operasi bedah kolorektal dan mendapatkan perawatan berdasarkan PCC menunjukkan penurunan LOS dibanding dengan kelompok pasien kontrol (Wick et al., 2015).

Penelitian lain pada 125 pasien yang masuk RS dengan diagnosis gagal jantung yang memburuk mendapatkan perawatan berbasis PCC menunjukkan pendekatan PCC yang diimplementasikan sepenuhnya dapat menurunkan LOS dibanding kelompok kontrol (Ekman et al., 2012; Ulin et al., 2015). Dalam penelitian Olsson et al (2014) juga dikatakan bahwa dengan penerapan PCC dimana pasien diikutsertakan sebagai mitra dalam setiap keputusan klinik, terjadi penurunan LOS (Olsson et al., 2014). Dan yang terakhir pada 869 pasien yang menjalani operasi penggantian lutut total, penerapan PCC dengan model *Planetree* dikatakan dapat menurunkan LOS pasien (Stone, 2008).

2. Hubungan penerapan PCC dengan kepuasan pasien

Untuk variabel kepuasan pasien, penelitian pada 71 pasien yang menjalani operasi caesar secara darurat, dikatakan terdapat hubungan penerapan PCC dengan peningkatan kepuasan pasien (Rivai et al., 2020). Penelitian lain pada

pasien dengan kanker payudara yang mendapatkan perawatan di 86 rumah sakit di Jerman dengan penerapan rencana pemulangan yang baik dapat meningkatkan penilaian pasien bahkan saat LOS diturunkan sehingga disimpulkan penurunan LOS dapat dilakukan dan tidak mempengaruhi kepuasan pasien (Nowak et al., 2019). Penelitian pada pasien pasca operasi katarak juga menyimpulkan bahwa PCC sangat efektif dalam meningkatkan kepuasan pasien (Sjarifudhin & Maria Rosa, 2018).

Penerapan PCC pada perawatan intensif anak disimpulkan dapat meningkatkan kepuasan orang tua pasien (A. van den Hoogen, E. Segers, H. Ockhuijsen, P. Baarendse, 2018; Goldfarb et al., 2017). *Systematic review* oleh Rathert et al (2013) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara PCC pada kepuasan dan manajemen diri pasien (Rathert et al., 2013). Pada penelitian lain dikatakan bahwa perawat yang menerapkan PCC dapat meningkatkan kepuasan pasien (Sarkissian, 2010; Wolf, 2008; Sidani, 2008; Stone; 2008).

3. Hubungan penerapan PCC dengan luaran klinis

Untuk variabel luaran klinis pasien, penelitian oleh Liu et al tahun 2022 pada pasien operasi dengan patah tulang pinggul dengan usia 80 tahun keatas menunjukkan bahwa penerapan PCC menyebabkan pengurangan signifikan terhadap komplikasi perioperatif yang terdiri dari kejadian aritmia, hipoproteinemia, dan gangguan elektrolit (Y. Liu et al., 2022). Penelitian lain pada pasien pasca operasi caesar juga menyimpulkan bahwa PCC dapat menurunkan tingkat nyeri pasien pasca operasi (Arrif Zulhani & Rossa, 2020). Pada pasien dengan gagal jantung, PCC juga dikaitkan dengan peningkatan status fisik pasien (Ulin et al., 2015). Sebuah *systematic review* juga mengidentifikasi efek positif penerapan PCC dalam hal luaran klinis pasien (Olsson et al., 2013).

Sebuah literatur review yang menilai penerapan PCC khususnya dalam keterlibatan pasien dan individualisasi perawatan menyimpulkan bahwa PCC dapat meningkatkan kepatuhan dan peningkatan hasil kesehatan pasien begitupula dengan hasil penelitian lainnya yakni implementasi komponen PCC secara positif terkait dengan beberapa domain status fungsional, kemampuan perawatan diri dan kepuasan perawatan. (Robinson et al., 2008b; Sidani, 2008). Terakhir, penelitian lain yang dilakukan pada pasien pada perawatan primer,

komunikasi yang berdasarkan PCC terbukti meningkatkan status kesehatan pasien (M. Stewart et al., 2000).

2.10 HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis merupakan dugaan sementara yang masih perlu dibuktikan kebenarannya melalui suatu penelitian. Hipotesis terbentuk sebagai hubungan antara dua variabel atau lebih.

1. Hipotesis Null (Ho)

- a. Tidak ada hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan lama rawat (*length of stay*) pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap di RS Unhas.
- b. Tidak ada hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan kepuasan pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap di RS Unhas.
- c. Tidak ada hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan luaran klinis pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas.

2. Hipotesis Alternatif (Ha)

- a. Ada hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan lama rawat (*length of stay*) pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap di RS Unhas.
- b. Ada hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan kepuasan pasien kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap di RS Unhas.
- c. Ada hubungan antara penerapan perawatan berpusat pasien (PCC) dengan luaran klinis kanker payudara pasca operasi di Instalasi Rawat Inap RS Unhas.

2.11 DEFINISI OPERASIONAL DAN KRITERIA OBJEKTIF

Tabel 4. Definisi operasional dan kriteria objektif penelitian

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
1.	Penerapan <i>Patient Centered Care</i> (PCC)	Penerapan PCC adalah penerapan perawatan kesehatan yang membangun kemitraan antara praktisi, pasien, dan keluarga mereka (bila perlu) untuk memastikan bahwa keputusan menghormati keinginan, kebutuhan, dan preferensi pasien dan bahwa pasien memiliki pengetahuan dan dukungan yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan mereka sendiri (IOM, 2001)	Penerapan PCC adalah persepsi pasien tentang pelayanan yang didapatkannya selama mendapatkan perawatan di Instalasi Rawat Inap RS Unhas yang meliputi dimensi PCC, yaitu: <ol style="list-style-type: none"> a. Menghormati nilai, preferensi pasien dan kebutuhan pasien b. Koordinasi dan integrasi pelayanan c. Informasi, komunikasi dan edukasi d. Kenyamanan fisik e. Dukungan emosional dan pengurangan rasa takut dan kecemasan f. Keterlibatan keluarga dan teman g. Kontinuitas dan transisi pelayanan h. Akses terhadap pelayanan 	Menggunakan kuisioner yang dikembangkan dari <i>Picker Patient Experience</i> dengan metode pengukuran menggunakan skala likerts: 1 = Tidak 2 = Ya, Kadang-kadang 3 = Ya, Selalu a. Skor tertinggi = total skor maksimum yang dicapai oleh responden b. Skor terendah = total skor minimum yang dicapai oleh responden c. Nilai median = nilai tengah yang dicapai oleh responden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penerapan PCC kurang, jika total skor < nilai median 2. Penerapan PCC baik, jika total skor \geq nilai median

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
2.	LOS (<i>Length Of Stay</i>)	LOS (<i>Length Of Stay</i>) atau lama rawat inap adalah jumlah hari antara masuk rumah sakit dan keluar dari rumah sakit pada seorang pasien (WHO, 2004)	LOS adalah lama rawat inap pasien di Instalasi Rawat Inap RS Unhas dengan diagnosis kanker payudara yang telah menjalani operasi mastektomi berdasarkan data pada rekam medik pasien	Lama rawat diambil dari rekam medik pasien dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari rumah sakit, baik hidup ataupun meninggal) dengan tanggal masuk rumah sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. LOS tercapai jika lama rawat pasien sesuai standar lama rawat pasien kanker payudara yang menjalani pembedahan di RS Unhas yakni ≤ 6 hari 2. LOS tidak tercapai jika lama rawat pasien tidak sesuai standar lama rawat pasien kanker payudara yang menjalani pembedahan di RS Unhas yakni >6 hari.

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
3.	Kepuasan Pasien	Kepuasan pasien adalah hasil penilaian dari pasien terhadap pelayanan kesehatan dengan membandingkan apa yang diharapkan sesuai dengan kenyataan pelayanan kesehatan yang diterima disuatu tatanan kesehatan rumah sakit (Kotler, 2007 & Pohan, 2007)	Kepuasan pasien adalah perasaan puas atau tidak puas pasien yang timbul setelah membandingkan ekspektasi pasien terhadap kualitas pelayanan di Instalasi Rawat Inap RS Unhas dengan dimensi: 1. Perilaku Interpersonal 2. Kualitas Teknis 3. Akses/Kenyamanan 4. Aspek Finansial 5. Lingkungan Fisik	Menggunakan kuisisioner yang dikembangkan dari Kuisisioner Kepuasan Pasien 2017 dengan menggunakan skala likert: 1 = Sangat Tidak Puas 2 = Tidak Puas 3 = Puas 4 = Sangat Puas a. Skor tertinggi = Total skor maksimum yang dicapai oleh responden b. Skor terendah = Total skor minimum yang dicapai oleh responden c. Nilai median = Nilai tengah yang dicapai responden	1. Tidak Puas= jika total skor < nilai median 2. Puas = jika total skor ≥ nilai median

NO	VARIABLE	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
4.	Luaran Klinis	Luaran klinis adalah hasil intervensi dari suatu pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien, sebagai indikator terhadap kualitas pelayanan tersebut (Ridley et al., 2010). Dalam penelitian ini luaran klinis yang dinilai adalah <i>Surgical Site Infection (SSI)</i> atau infeksi daerah operasi yang didefinisikan sebagai infeksi yang terjadi dalam 30 hari setelah dilakukannya operasi bedah dan mempengaruhi baik sayatan atau jaringan dalam di tempat operasi pasien (Owens & Stoessel, 2008).	Luaran klinis adalah infeksi daerah operasi yang dinilai selama pasien dirawat sampai 30 hari pasca operasi mastektomi sebelum pasien pulang dari rumah sakit yang diukur menggunakan data pada rekam medis pasien, mencakup: 1. Infeksi superfisial dengan kriteria: Terjadi dalam 30 hari setelah tindakan operasi dan hanya melibatkan kulit dan jaringan subkutan dari sayatan dan memiliki satu dari kriteria berikut; a. Drainase purulen dari sayatan superfisial. b. Organisme diidentifikasi dari spesimen yang diperoleh secara aseptik dari insisi superfisial atau jaringan subkutan dengan metode pengujian mikrobiologis berbasis kultur atau non-kultur. c. Sayatan dangkal yang sengaja dibuka oleh ahli bedah, dokter atau dokter yang ditunjuk dan pengujian berbasis kultur atau non-kultur dari sayatan superfisial atau jaringan subkutan tidak dilakukan dan pasien memiliki setidaknya satu dari tanda atau gejala berikut: nyeri yang terlokalisir, pembengkakan local, eritema dan panas. d. Diagnosis SSI insisional superfisial oleh dokter atau dokter yang ditunjuk. 2. Infeksi dalam dengan kriteria: Terjadi dalam 30 hari setelah tindakan operasi dan melibatkan jaringan lunak dalam (misalnya fascia dan otot) tempat insisi dan memiliki satu dari kriteria berikut; a. Drainase purulen dari sayatan dalam.	Dengan menilai luaran klinis berdasarkan hasil pemeriksaan dokter bedah atau dokter yang memeriksa yang tertera pada rekam medis pasien dengan standar yakni: 1. Tidak ada infeksi daerah operasi superfisial 2. Tidak ada infeksi daerah operasi dalam 3. Tidak ada infeksi daerah operasi organ/ruang	1. Luaran klinis tidak tercapai jika terdapat indikator klinis yang dinilai tidak mencapai standar 2. Luaran klinis tercapai jika ketiga indikator klinis yang dinilai mencapai standar

NO	VARIABLE	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
			<p>b. Sayatan dalam yang mengalami dehisensi spontan, atau sengaja dibuka atau disedot oleh ahli bedah, dokter* atau dokter yang ditunjuk dan organisme diidentifikasi dari jaringan lunak bagian dalam dari sayatan dengan metode pengujian mikrobiologis berbasis kultur atau nonkultur atau metode pengujian mikrobiologis berbasis kultur atau nonkultur tidak dilakukan dan pasien memiliki setidaknya satu dari tanda atau gejala berikut: demam ($>38^{\circ}\text{C}$), nyeri yang terlokalisir.</p> <p>c. Abses atau bukti infeksi lain yang melibatkan insisi dalam yang dipotong pada pemeriksaan anatomis atau histopatologis, atau tes pencitraan.</p> <p>3. Infeksi ruang/organ dengan kriteria: Terjadi dalam 30 hari setelah tindakan operasi dan melibatkan bagian tubuh yang lebih dalam dari lapisan fascia/otot yang dibuka atau dimanipulasi selama prosedur operasi dan memiliki satu dari kriteria berikut;</p> <p>a. Drainase purulen dari drainase yang ditempatkan ke dalam organ/ruang.</p> <p>b. Organisme yang diidentifikasi dari cairan atau jaringan dalam organ/ruang dengan metode pengujian mikrobiologis berbasis kultur atau nonkultur</p> <p>c. Abses atau bukti infeksi lain yang melibatkan organ/rongga yang terdeteksi pada pemeriksaan anatomis atau histopatologis, atau bukti uji pencitraan yang menunjukkan adanya infeksi.</p>		