

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. *Patient Centered Care*

##### 1. Definisi

Konsep PCC selalu berkembang dan menjadi semakin dikenal secara luas. Balint (1969) pertama kali mendefinisikan PCC sebagai istilah untuk memahami pasien sebagai manusia yang unik. Selama abad ke-20, PCC berkembang menjadi fokus sistem layanan kesehatan yang menjanjikan terjadinya peningkatan kepuasan pasien dan hasil layanan kesehatan (*outcomes*). *Institute of Medicine* (2001) mengidentifikasi PCC sebagai aspek kunci dari perawatan berkualitas (Tzelepis et al. 2015; Fix et al. 2018). Kebutuhan akan pentingnya PCC telah diidentifikasi oleh *Institute of Medicine* sebagai salah satu dari enam elemen layanan kesehatan yang berkualitas (Barry and Edgman-Levitan 2012; Scholl et al. 2014a; Liberati et al. 2015; Jardien-Baboo et al. 2016).

Istilah PCC telah meresap menjadi bagian dari sistem layanan kesehatan, namun hingga kini belum ada konsensus yang disepakati secara universal mengenai definisi PCC itu sendiri. Sebagian besar penyedia layanan, pembuat kebijakan, dan peneliti

sepakat bahwa PCC mewakili pergeseran paradigma dari tradisional, paternalistik, diarahkan penyedia layanan, dan berfokus pada penyakit menjadi melihat pasien secara holistik (Epstein et al. 2010; Epstein and Street 2011; Scholl et al. 2014b; Vest et al. 2016; Delaney 2018; Fix et al. 2018).

PCC dapat dimaknai sebagai paradigma holistik, yaitu memandang individu sebagai keseluruhan biopsikososial dan fisiologis. Paradigma ini berusaha memastikan bahwa kebutuhan individu yang mengakses layanan perawatan kesehatan dapat dipenuhi dengan rasa hormat dan responsif, serta didasarkan pada konsep nilai, preferensi pribadi, dan kemitraan dalam proses pembuatan keputusan klinis. PCC mengadopsi pandangan kontraktual tentang layanan kesehatan dengan melihat pasien sebagai peserta aktif yang harus dilibatkan dalam setiap proses pengambilan keputusan. Partisipasi bersama dengan penekanan yang lebih besar pada komunikasi dapat menciptakan proses kolaborasi dan pengambilan keputusan yang lebih baik daripada hanya melihat pasien sebagai komponen pasif dari proses medis (Delaney 2018). Hobbs (2009) mendefinisikan PCC sebagai solusi untuk menemukan kebutuhan pasien, koordinasi, individu yang mempunyai keterampilan dan kepedulian, serta para ahli (Hobbs

2009; Meterko et al. 2010; McMillan 2013; Fix et al. 2018). Suhonen et al. (2002) mendefinisikan PCC sebagai perawatan komprehensif yang memenuhi setiap kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial pasien (Suhonen, Välimäki, and Leino-Kilpi 2002). *Institute of Medicine* (2001) mendefinisikan PCC sebagai perawatan yang penuh hormat dalam rangka memenuhi preferensi, kebutuhan, dan nilai pasien, serta melibatkan pasien dalam membuat semua keputusan klinis (Morgan and Yoder 2011; Tzelepis et al. 2015; Cheraghi, Esmaeili, and Salsali 2017).

## **2. Dimensi**

Banyak penelitian telah dilakukan untuk mengidentifikasi komponen kunci PCC di bidang keperawatan, obat-obatan, dan kebijakan kesehatan (Bechtel and Ness 2010; Esmaeili, Ali Cheraghi, and Salsali 2014). Mead dan Bower (2000) membedakan komponen PCC menjadi lima dimensi, yang semuanya terwujud dalam hubungan dokter-pasien. Dimensi-dimensi ini adalah: perspektif biopsikososial (memahami kondisi psikologis dan sosial pasien); pasien sebagai manusia (memahami pengalaman penyakit tertentu pasien, dikaitkan dengan kehidupan individualnya); berbagi kekuatan dan tanggung jawab (membentuk hubungan dokter-pasien yang egaliter); aliansi

terapeutik (hubungan profesional dokter-pasien, yang memerlukan empati, keselarasan, dan hal positif lain tanpa syarat); dan dokter sebagai manusia (memandang dokter sebagai bagian integral dari hubungan dokter-pasien) (Mead and Bower 2000; de Boer, Delnoij, and Rademakers 2013; Scholl et al. 2014b). Fix et al. (2018) menambahkan aspek organisasi ke dalam lima dimensi Mead dan Bower, meliputi kultur organisasi dan suasana fasilitas (Fix et al. 2018). Dimensi seperti komunikasi dengan pasien, kontinuitas perawatan, dan perhatian kepada pasien juga dipertimbangkan masuk menjadi komponen PCC (de Boer, Delnoij, and Rademakers 2013; Cheraghi, Esmaeili, and Salsali 2017; Esmaeili, Cheraghi, and Salsali 2017).

### **3. Manfaat**

Beberapa penelitian terdahulu menyebutkan bahwa PCC dapat meningkatkan harmonisasi organisasi penyedia layanan kesehatan (Ogden, Barr, and Greenfield 2017; Fix et al. 2018), kepatuhan pasien terhadap rencana perawatan (Robinson et al. 2008; Epstein and Street 2011), hasil perawatan (*outcome*) layanan kesehatan (Weiner et al. 2013), dan kepuasan pasien (Esmaeili, Cheraghi, and Salsali 2017), serta dapat menurunkan angka kecemasan, angka kematian (Meterko et al. 2010), dan

penggunaan sumber daya layanan kesehatan (Bertakis and Azari 2011; Jayadevappa and Chhatre 2011; Raja et al. 2015; Haley et al. 2017; Delaney 2018; Madiana and Rosa 2018).

Hubungan antara PCC dengan penurunan pemanfaatan sumber daya layanan kesehatan kemungkinan disebabkan adanya penurunan kecemasan pasien dan peningkatan kepercayaan pasien kepada dokter, karena pasien secara aktif berpartisipasi di dalam program perawatannya sendiri serta merasa bahwa dokter memahami keluhan pasien (Bertakis and Azari 2011).

PCC juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas praktik klinis, yaitu dengan membangun hubungan kepedulian yang menjembatani perbedaan demografi, sosial, dan ekonomi antara dokter dan pasien. Interaksi menggunakan PCC pada akhirnya berusaha untuk mencapai suatu keadaan saling berbagi informasi, berbagi pertimbangan, dan berbagi pikiran (Epstein et al. 2010).

Berbagi informasi antara dokter dan pasien berarti melangkah jauh melampaui hanya sekedar menyediakan fakta. PCC mendorong dokter untuk dapat menyusun dan meringkaskan sebuah informasi sebagai tanggapan atas pemahaman tentang kekhawatiran, keyakinan, dan harapan pasien (Epstein et al. 2010).

Berbagi pertimbangan dalam PCC mengacu pada pertimbangan pribadi mengenai kebutuhan dan preferensi setiap pasien yang dapat berkembang seiring waktu. Berbagi pertimbangan juga memungkinkan pasien untuk terlibat lebih besar dalam diskusi. Maksud dari berbagi pertimbangan adalah untuk mencapai suatu konsensus atau yang disebut dengan berbagi pikiran, yaitu suatu pendekatan pelayanan yang jauh melampaui *informed consent* sederhana untuk menyetujui suatu perawatan khusus (Epstein et al. 2010).

PCC juga meningkatkan kesejahteraan pasien, karena dapat secara langsung mengurangi kecemasan dan depresi, serta secara tidak langsung juga dapat membangun kepercayaan dan dukungan sosial. Hasil akhirnya, akan terjadi peningkatan kemampuan pasien untuk mengatasi kesulitan, serta meningkatkan akses, pemahaman, dan kepatuhan pasien, serta memungkinkan pasien untuk mengarahkan sistem layanan kesehatan menjadi lebih efektif (Street et al. 2009; Epstein et al. 2010).

Secara keseluruhan, PCC dikaitkan dengan peningkatan kepuasan pasien, peningkatan hasil perawatan (*outcome*), dan penurunan biaya layanan kesehatan. Ketiga elemen tersebut

merupakan kunci dari layanan kesehatan yang optimal (Jayadevappa and Chhatre 2011; Raja et al. 2015).

## **B. Operasi Katarak**

### **1. Definisi**

Katarak adalah kekeruhan lensa yang mengakibatkan penurunan tajam penglihatan dan gangguan dalam melakukan pekerjaan, sehingga menyebabkan penurunan kualitas hidup secara signifikan (Allen and Vasavada 2006; Anderson et al. 2018; Gianino et al. 2018). Katarak senilis (terkait usia) terjadi sebagai akibat denaturasi protein lensa yang irreversibel (Nijkamp et al. 2002; Ramke et al. 2017).

Katarak hanya dapat disembuhkan melalui operasi, yaitu dengan mengambil lensa yang keruh dan menggantikannya dengan lensa tanam buatan. Operasi katarak merupakan salah satu operasi dengan volume tinggi yang biasanya tidak memerlukan rawat inap, meskipun terdapat beberapa pengecualian seperti pada katarak kongenital, pasien sangat tidak kooperatif ataupun pasien yang mengidap gangguan mental yang berat (Lundstrom et al. 2012; Gianino et al. 2018).

Operasi katarak merupakan salah satu indikator pencapaian tujuan dari salah satu program WHO, yaitu *Universal*

*Eye Health: Global Action Plan 2014-2019*. Tujuan dari program tersebut adalah menurunkan angka gangguan penglihatan yang dapat dicegah dan mengamankan akses menuju pusat rehabilitasi bagi pasien gangguan penglihatan yang tidak dapat dicegah (World Health Organization 2013). Menurut Ramke (2017), operasi katarak adalah suatu intervensi yang efisien untuk mengembalikan penglihatan. Operasi katarak juga dapat meningkatkan kualitas hidup, waktu, dan status sosial, yang pada akhirnya berdampak positif pada pengentasan kemiskinan (Ramke et al. 2017; Gianino et al. 2018).

## **2. Indikasi**

Indikasi utama dilakukan operasi katarak adalah pasien katarak yang ingin meningkatkan fungsi penglihatannya. Beberapa indikasi lain operasi katarak antara lain: pasien yang akan dilakukan operasi vitreoretinal atau glaukoma, memerlukan evaluasi kelainan/penyakit retina, miopisasi, dan pada pasien glaukoma fakomorfik atau fakolitik (Kessel et al. 2016).

## **3. Perkembangan teknologi**

Peningkatan kualitas operasi katarak ditandai dengan kemajuan signifikan dalam teknik dan teknologinya yang terus terjadi dalam beberapa tahun terakhir (Astbury 2004). Operasi

katarak pun kini telah beralih dari yang mengharuskan pasien rawat inap menjadi rawat jalan (*same-day surgery*) berkat kemajuan teknologi, khususnya teknik operasi dan metode anestesi yang lebih baik dan kurang invasif (Lundstrom et al. 2012; Ramke et al. 2017; Gianino et al. 2018).

Fakoemulsifikasi merupakan teknik terbaru operasi katarak yang kini menjadi pilihan rutin dengan menggunakan anestesi lokal/topikal sangat minimal (Astbury 2004). Teknik fakoemulsifikasi dengan anestesi topikal / lokal saat ini telah > 85% dari total operasi katarak di dunia. Teknik ini dilakukan dengan sayatan kornea yang kecil dan tidak memerlukan jahitan, membutuhkan waktu  $\leq 30$  menit, tanpa rasa sakit, serta menghasilkan perbaikan penglihatan secara cepat (Nijkamp et al. 2002; Pager 2005; Parveen et al. 2016).

## **C. KECEMASAN**

### **1. Definisi**

Kecemasan adalah respon otak esensial yang memungkinkan individu untuk beradaptasi dengan suatu ancaman nyata ataupun dengan suatu potensi ancaman. Respon ini terkadang berlebihan dan maladaptif sehingga menjadi kondisi psikopatologis (Rodrigues et al. 2018). Kecemasan dianggap

sebagai fenomena fundamental dan masalah neurosis sentral, serta secara luas dianggap sebagai fenomena psikologis yang paling sering terjadi (Spielberger et al. 2017).

## **2. Dimensi**

Kecemasan adalah emosi yang dapat dibagi menjadi dua dimensi, yaitu kecemasan terhadap suatu keadaan yang mengancam (*state anxiety*) dan kecemasan terhadap suatu potensi ancaman (*trait anxiety*). *State anxiety* adalah kecemasan yang secara khusus dipicu oleh situasi yang mengancam, dan bersifat fluktuatif sepanjang waktu. *State anxiety* terdiri dari perasaan tegang dan ketakutan, serta peningkatan aktivitas sistem saraf otonom. *Trait anxiety* digunakan untuk merujuk pada kecemasan sebagai sifat kepribadian. *Trait anxiety* adalah suatu kecemasan yang terjadi secara alami dan bersifat stabil. *Trait anxiety* dapat mempengaruhi tingkat *state anxiety* yang dialami selama situasi pemicu kecemasan masih berlangsung. Individu yang memiliki *trait anxiety* yang tinggi lebih sering mudah mengalami *state anxiety* (Nijkamp et al. 2004; Spielberger et al. 2017).

## **3. Hubungan antara kecemasan dan operasi katarak**

Kecemasan sebelum operasi merupakan permasalahan yang sering muncul di rumah sakit dan pusat layanan kesehatan

lainnya. Pasien mungkin mengalami kecemasan dikarenakan takut operasi, anestesi, dan nyeri pascaoperasi. Kecemasan sebelum operasi telah terbukti berdampak negatif terhadap kepuasan pasien dan *outcomes* (Wotman et al. 2017).

Kecemasan sebelum operasi terjadi pada sebagian besar pasien operasi katarak. Berbagai penelitian telah dilakukan dalam rangka mencari faktor penyebab kecemasan serta aspek emosional operasi katarak (Astbury 2004). Beberapa penelitian melaporkan bahwa sensasi visual selama operasi dan kebutaan setelah operasi menjadi kecemasan tertinggi pasien katarak. Sensasi visual saat operasi adalah ketika pasien harus terbaring dengan tenang (menahan untuk tidak batuk, melirik, dan bergerak), melihat serta merasakan matanya sedang dilakukan operasi. Prevalensi ketakutan kebutaan dapat pula disebabkan oleh diskusi mengenai komplikasi pascaoperasi, seperti kehilangan penglihatan, yang merupakan bagian dari proses *informed consent* (Nijkamp et al. 2002; Nijkamp et al. 2004; Marback et al. 2007; Chaudhry et al. 2014; Ramirez et al. 2017).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien katarak dapat mengalami kecemasan sebelum operasi, saat operasi, dan pascaoperasi. Penelitian Nijkamp et al. (2004) dan Ramirez et al.

(2017) menunjukkan bahwa kecemasan pascaoperasi mengalami penurunan dibandingkan sebelum operasi (Nijkamp et al. 2004; Marback et al. 2007; Kekecs et al. 2014; Ramirez et al. 2017). Badner et al. (1990) mengemukakan bahwa beberapa pasien mengalami kecemasan  $\leq 12$  jam sebelum operasi. Pasien perempuan dan pasien baru ditemukan menjadi lebih cemas, meskipun tidak signifikan (Mitchell 2003). Berbagai intervensi dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan pasien, antara lain: edukasi pasien sebelum operasi, teknik relaksasi, terapi sentuh/pijat, sedasi ringan, dan terapi musik (Parveen et al. 2016).

#### **4. Hubungan antara PCC dan kecemasan pasien operasi katarak**

Beberapa literatur menyarankan intervensi psikoedukatif digunakan untuk mengurangi kecemasan pasien sebelum operasi (Mitchell 2003; Kekecs et al. 2014). Penelitian Ramirez et al. (2017) menemukan bahwa kecemasan tentang proses operasi dan hasil operasi merupakan kecemasan tertinggi pasien sebelum operasi katarak. Kecemasan pasien tentang interaksinya dengan petugas juga didapatkan dalam penelitian tersebut. Diskusi berbagi informasi sebelum operasi dapat membantu meringankan kecemasan pasien. Konseling sebelum operasi katarak, khususnya

mengenai sensasi visual yang akan dialami pasien, terbukti mengurangi kecemasan pasien. Diskusi tentang perhatian utama dan harapan pasien dalam prosedur operasi katarak juga dapat membantu mengurangi kecemasan, karena setiap pasien memiliki pengalaman dan persepsi yang berbeda. Penjelasan mengenai langkah-langkah operasi dengan fokus pada apa yang akan dilihat, dirasakan, dan didengar oleh pasien saat operasi berkontribusi mengurangi kecemasan pasien, daripada mengenai rincian teknik operasi. Pembahasan mengenai hasil operasi, bahwa penglihatan pasien akan langsung membaik setelah operasi atau saat pemeriksaan lanjutan juga akan menurunkan kecemasan pasien (Nijkamp et al. 2002; Parveen et al. 2016; Ramirez et al. 2017).

PCC merupakan layanan kesehatan dengan melihat pasien sebagai peserta aktif yang harus dilibatkan dalam setiap proses pengambilan keputusan, dengan tujuan menghasilkan *outcomes* yang diharapkan serta kepuasan pasien (Talley-Rostov 2008; Delaney 2018). Interaksi menggunakan PCC pada akhirnya berusaha untuk mencapai suatu keadaan saling berbagi informasi, pertimbangan, dan pikiran (Epstein et al. 2010).

Manifestasi PCC dalam bidang operasi katarak dan refraktif dalam bentuk penilaian praoperasi, edukasi sebelum

operasi, *informed consent*, serta manajemen harapan pasien. Penilaian praoperasi meliputi kondisi medis, gaya hidup, serta kebutuhan dan keinginan pasien mengenai fungsi penglihatannya. Memahami pekerjaan, kegiatan rekreasi, hobi, lokasi geografis tempat tinggal dan kepribadian sangat penting dalam PCC. Edukasi pasien sebaiknya meliputi pengetahuan dasar tentang katarak, efek katarak pada penglihatan, dan prosedur fakoemulsifikasi (Talley-Rostov 2008). Edukasi pasien merupakan salah satu pengembangan dimensi dari PCC, yang sangat penting dalam mempersiapkan pasien untuk bertanggung jawab mengikuti instruksi operasi. Proses transfer informasi yang efisien sangat penting pada persiapan operasi katarak rawat jalan (Choi and Greenberg 2018).

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa PCC dapat menurunkan kecemasan dan kematian (Meterko et al. 2010). Dalam penelitian Pager (2005) yang membandingkan metode edukasi pasien operasi katarak, menunjukkan bahwa pasien yang dipertontonkan video mengenai anatomi katarak beserta harapan setelah operasi katarak, mengalami peningkatan kepuasan dan penurunan kecemasan dengan dibandingkan dengan pasien yang hanya menerima informasi tentang anatomi katarak saja (Pager

2005; Talley-Rostov 2008). Penyediaan waktu yang cukup untuk proses edukasi dan *informed consent* sangat penting, karena harapan praoperasi pasien katarak memiliki peran penting dalam kepuasan pascaoperasi (Nijkamp et al. 2000).

## 5. Pengukuran tingkat kecemasan

Banyak metode pengukuran kecemasan yang digunakan dalam penelitian. *Taylor Manifest Anxiety Scale* dan *Cattell's IPAT Anxiety Scale* (1957), memberikan pengukuran yang wajar untuk *trait anxiety*. Scheier dan Cattell (1960) termasuk yang pertama kali mengenalkan kebutuhan untuk mengukur fluktuasi kecemasan sehari-hari, sehingga mereka mengembangkan *IPAT 8-Parallel Form Anxiety Battery*. Zuckerman dan rekan-rekannya mengembangkan *Adjective Affect Check List* (AACL) untuk mengukur kecemasan. Mereka menggunakan set yang terdiri dari 21 kata sifat dengan instruksi yang berbeda untuk mengukur *trait anxiety* dan *state anxiety* (Spielberger et al. 2017).

*State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) dikembangkan oleh Spielberger dan rekan-rekannya untuk memberikan metode pengukuran *state anxiety* dan *trait anxiety* yang dapat diandalkan dan relatif singkat. Skala ini dapat mengukur perbedaan kecenderungan untuk cemas pada setiap individu, terutama dalam

situasi sosial yang menimbulkan ancaman bagi harga dirinya (Spielberger et al. 2017).

STAI merupakan instrumen perilaku kecemasan yang berupa *self-report*, serta terbagi menjadi dua subskala terpisah yang terdiri dari dua puluh pernyataan. Subskala yang pertama mengukur kecemasan dasar pada orang dewasa (*trait anxiety*), sedangkan subskala yang kedua mengukur kecemasan situasional (*state anxiety*). Skor STAI didasarkan pada 4 poin skala Likert (1= hampir tidak pernah, 4 = hampir selalu) dengan total skor 20–80 pada setiap subskala. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih tinggi (Charana et al. 2018). Nijkamp et al. (2004) menggunakan STAI versi Belanda yang dipendekkan pada penelitian mengenai faktor penentu kecemasan pada pasien operasi katarak, dan telah menunjukkan validitas yang baik (M D Nijkamp et al. 2004). Kekecs et al. (2014) menggunakan subskala *trait anxiety* dari STAI untuk menentukan perbedaan *trait anxiety* antara kedua kelompok dalam suatu randomized controlled clinical trial (RCT) tentang efek edukasi dan terapi sugestif pada pasien operasi katarak (Kekecs et al. 2014). Madiana and Rosa (2018) melakukan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan *State Anxiety Inventory* (SAI), yang

merupakan subskala *state anxiety* dari STAI. SAI terdiri dari 14 item pertanyaan dan terbagi menjadi 2 jenis pertanyaan, yaitu *favorable* (positif) dan *unfavorable* (negatif). Kuesioner SAI pada penelitian ini memiliki validitas dan reliabilitas yang tinggi berdasarkan uji validitas dan reliabilitas instrumen yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Bantul (Madiana and Rosa 2018).

Banyak penelitian menunjukkan bahwa pada STAI, *state anxiety* meningkat dalam situasi stress fisik ataupun psikologis, seperti ancaman sengatan listrik, saat melihat film menegangkan, berpidato, dan saat menerima umpan balik negatif tentang kinerjanya. *State anxiety* pada STAI juga ditemukan meningkat pada pasien sebelum operasi dan menurun lagi selama periode pemulihan pascaoperasi (Mitchell 2003; Spielberger et al. 2017).

## **D. Kepuasan Pasien**

### **1. Definisi**

Belum ada kesepakatan dari beberapa literatur mengenai definisi konsep kepuasan pasien dalam layanan kesehatan. Model pengukuran kualitas Donabedian mendefinisikan kepuasan pasien merupakan ukuran hasil (*outcomes*) yang dilaporkan pasien, sebagai hasil dari struktur dan proses perawatan yang dapat diukur dengan laporan pasien berdasarkan pengalamannya (Al-Abri and

Al-Balushi 2014). Beberapa peneliti mendefinisikan kepuasan pasien sebagai emosi, perasaan, dan persepsi pasien terhadap layanan kesehatan yang ideal (Mirza et al. 2016). Jenkinson et al. (2002) dan Ahmad et al. (2011) menunjukkan bahwa kepuasan pasien sebagian besar muncul mewakili sikap terhadap perawatan atau aspek perawatan. Beberapa peneliti lain mendefinisikan kepuasan pasien sebagai suatu tingkat kesesuaian antara harapan pasien akan layanan yang ideal dan persepsi mereka tentang layanan yang diterima (Jenkinson et al. 2002; Ahmad et al. 2011).

## **2. Dimensi**

Kepuasan pasien merupakan kunci dari komunikasi dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Al-Abri and Al-Balushi 2014). Schoenfelder et al. (2011) melakukan survei kepuasan pasien di 39 rumah sakit di distrik administratif Dresden untuk mengukur hasil layanan kesehatan (*outcomes*) rawat inap di seluruh area dan mengidentifikasi faktor penentu utama yang diprediksi dapat menciptakan kepuasan pasien lebih tinggi. Analisis penelitian ini mengungkapkan bahwa terdapat 10 dimensi yang menjadi faktor penentu kepuasan pasien, antara lain: hasil perawatan (*outcomes*), kebaikan perawat, kebaikan dokter, organisasi prosedur dan operasional, kualitas makanan,

akomodasi, perawatan medis, prosedur pulang dan instruksi yang perlu diperhatikan, pengetahuan dokter tentang anamnesis pasien, dan efisiensi prosedur admisi. Faktor penentu yang paling berpengaruh adalah *outcomes*, kebaikan perawat, dan kebaikan dokter (Schoenfelder, Klewer, and Kugler 2011). Beberapa penelitian mendapatkan bahwa komunikasi dengan dokter, perawat, dan semua staf rumah sakit merupakan faktor yang paling menentukan bagi kepuasan pasien (Sofaer et al. 2005; Naidu 2009).

Instrumen SERVQUAL mengidentifikasi 5 dimensi yang menjadi faktor penentu kepuasan pasien, yaitu: hasil perawatan (*outcomes*), kemudahan mendapatkan layanan (*access*), kualitas pelayanan (*caring*), komunikasi dan perilaku petugas (*communication*), dan bukti fisik (*tangibility*). Dimensi ini menyerupai dimensi kualitas layanan umum, seperti keandalan (*reliability*), responsive (*responsiveness*), empati (*empathy*), jaminan (*assurance*), dan bukti fisik (*tangibles*) (Sadiq Sohail 2003; Naidu 2009).

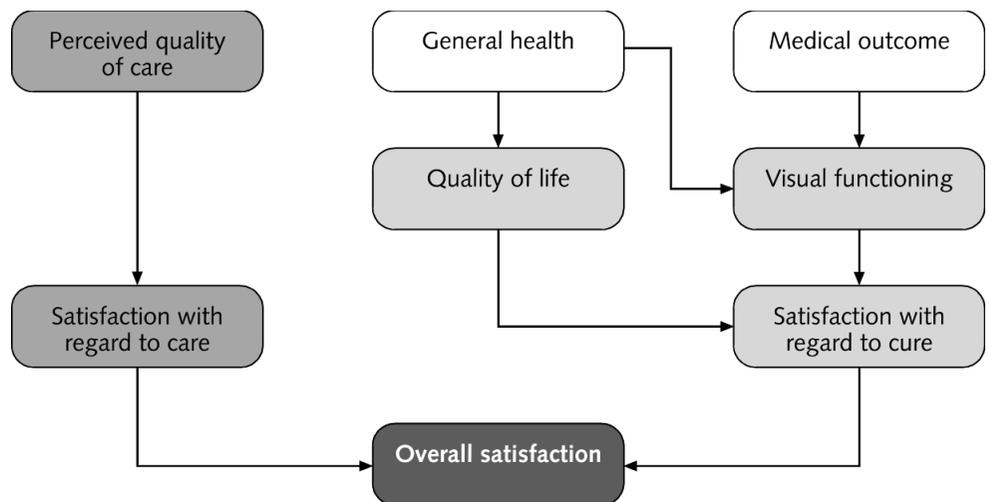
### **3. Hubungan antara PCC dan kepuasan pasien operasi katarak**

Penelitian Berman-Brown and Bell (1998) mengenai audit PCC mengenalkan SERVQUAL sebagai instrumen pertama

pengukuran kepuasan pasien yang digunakan untuk menegaskan pandangan pasien (Sadiq Sohail 2003). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa PCC berpotensi meningkatkan kepuasan pasien dan *outcomes* (Shaller 2007).

Edukasi pasien merupakan salah satu pengembangan dimensi dari PCC, yang sangat penting untuk meningkatkan kepuasan pasien (Pager, McCluskey, and Retsas 2004) dan *outcomes*. Penelitian Choi dan Greenberg (2018) mengidentifikasi adanya temuan positif yang signifikan pada pasien yang mendapatkan intervensi edukasi, yaitu: 1) kepuasan secara keseluruhan terhadap layanan, 2) kerja sama, 3) kepatuhan terhadap kegiatan perawatan diri pascaoperasi, dan 4) jumlah hari antara pulang dari rumah sakit dengan waktu kontrol pertama kali (Choi and Greenberg 2018). Beberapa penelitian lain menemukan bahwa edukasi sebelum operasi berhubungan dengan penurunan tingkat kecemasan, penurunan angka komplikasi, penurunan *length of stay* (LOS), pengurangan pemberian obat anti nyeri, dan peningkatan kepuasan. Edukasi sebelum operasi tidak hanya penting untuk kepuasan pasien, namun juga diperlukan untuk *informed consent* (Pager 2005).

Nijkamp et al. (2000) meneliti tentang faktor penentu kepuasan pasien operasi katarak. Penelitian ini membagi kepuasan pasien menjadi tiga dimensi, yaitu: kepuasan terkait kesembuhan (*outcomes*), kepuasan terkait kualitas layanan, dan kepuasan secara umum. Modifikasi skala SERVQUAL digunakan untuk mengevaluasi kepuasan pasien terkait kualitas layanan, yang terbagi menjadi tiga dimensi antara lain edukasi, konseling, dan waktu tunggu (Nijkamp et al. 2000).



**Gambar 2. 1** Klasifikasi kepuasan (Nijkamp et al. 2000)

Analisis regresi linier berganda pada penelitian Nijkamp et al. (2000) menunjukkan bahwa konseling pasien memiliki nilai prediktif yang lebih tinggi terhadap kepuasan pasien secara keseluruhan daripada *outcomes*. Hasil ini menekankan bahwa dukungan dan edukasi pasien oleh petugas sangat dibutuhkan.

Secara umum, saat ini *outcomes* operasi katarak sudah sangat baik, sehingga peningkatan kualitas prosedur layanan harus lebih fokus pada edukasi dan konseling pasien (Nijkamp et al. 2000).

#### **4. Pengukuran kepuasan pasien**

Pengukuran kepuasan pasien berguna dalam menilai pola komunikasi. Meskipun pasien mungkin tidak dapat menilai aspek teknis tertentu, namun dapat menjadi sumber informasi akurat terbaik mengenai kejelasan suatu penjelasan, manfaat informasi yang diterima pasien, hambatan untuk mendapatkan layanan, ataupun perilaku interpersonal para dokter (Schoenfelder, Klewer, and Kugler 2011).

Pada dasarnya, terdapat dua pendekatan untuk mengevaluasi kepuasan pasien, kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kuantitatif merupakan metode yang akurat untuk mengukur kepuasan pasien. Kuesioner terstandarisasi adalah instrumen penelitian yang paling sering digunakan untuk melakukan studi kepuasan pasien (Al-Abri and Al-Balushi 2014).

Banyak variasi kuesioner yang digunakan sebagai instrumen untuk mengukur kepuasan pasien. PSQ-18 dan *Consumer Assessment Health Plans* (CAHPS) merupakan contoh instrumen terstandarisasi yang memiliki reliabilitas dan validitas

yang baik, namun menawarkan cakupan pertanyaan yang terbatas. Survei besar di rumah sakit utama di lima negara (Inggris, Amerika Serikat, Swedia, Swiss, dan Jerman) menyimpulkan bahwa kuesioner singkat *Picker Patient Experience Questionnaire* (PPEQ-15) menunjukkan korelasi dan validitas yang tinggi (Jenkinson et al. 2002; Al-Abri and Al-Balushi 2014).

Instrumen SERVQUAL yang dikembangkan oleh Parasuraman et al. (1988) juga digunakan dalam banyak studi kepuasan pasien, dan terbukti memiliki reliabilitas dan validitas yang tinggi untuk digunakan dalam bidang layanan kesehatan, tetapi perlu dimodifikasi agar sesuai dengan kondisi lingkungan tertentu (Sadiq Sohail 2003; Naidu 2009). Kitapci et al. (2014) menggunakan SERVQUAL untuk mengidentifikasi dampak masing-masing dimensinya terhadap kepuasan pasien di Turki (Kitapci, Akdogan, and Dortyol 2014). Madiana and Rosa (2018) melakukan pengukuran tingkat kepuasan pasien menggunakan instrumen modifikasi SERVQUAL, yang terbagi dalam 5 dimensi, yaitu: *reliability* (kepercayaan), *responsive* (tanggap), *assurance* (aman), *emphaty* (empati) dan *tangibility* (nyata). Modifikasi SERVQUAL pada penelitian ini memiliki validitas dan reliabilitas yang tinggi berdasarkan uji instrumen yang

dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Bantul (Madiana and Rosa 2018).

## **E. Penelitian Terdahulu**

Penelitian mengenai efektivitas PCC dalam menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan kepuasan pasien operasi katarak masih sangat terbatas, dan peneliti belum menemukan penelitian serupa di Indonesia. Beberapa penelitian di bawah ini merupakan penelitian sebelumnya yang hampir sama, namun dengan metode yang berbeda:

1. Gemmae M. Fix et al. (2018) dengan judul “*Patient- centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient- centred care*”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana konsep karyawan rumah sakit dalam menerapkan PCC. Penelitian ini merupakan studi kualitatif, dengan cara melakukan wawancara kualitatif kepada para pimpinan, staf medis, maupun nonmedis tentang PCC selama empat kali kunjungan ke lokasi, sejak Januari hingga April 2013. Data awal penelitian dikodekan menggunakan metode *grounded thematic*. Melalui suatu diskusi kelompok, temuan PCC dipetakan ke dalam konstruksi lima dimensi PCC oleh Mead dan Bowers, yaitu: perspektif biopsikososial, dokter sebagai manusia, pasien

sebagai manusia, berbagi kekuasaan dan tanggung jawab, serta aliansi terapeutik. 77 wawancara pada 107 karyawan telah dilakukan. Hasil penelitian ini menunjukkan konsep karyawan mengenai PCC dapat dibagi ke dalam tiga kategori besar terkait dengan lima dimensi PCC dari Mead dan Bowers, antara lain: 1) Selaras (konsep dapat dipetakan ke salah satu dari lima dimensi Mead dan Bowers; 2) *Extended* (konsep yang tidak masuk ke dalam salah satu dimensi Mead dan Bowers, namun sangat kongruen, yaitu kultur organisasi dan suasana fasilitas; 3) Tidak selaras (konsep yang tidak jelas atau tidak berhubungan dengan PCC).

2. Ariel R. Choi dan Paul B. Greenberg (2018) dengan judul “*Patient education strategies in cataract surgery: A systematic review*”. Penelitian ini bertujuan untuk secara sistematis meninjau perbandingan efektivitas strategi edukasi pasien operasi katarak. Metode yang digunakan adalah mencari literatur secara komprehensif dari lima data elektronik yang melakukan *randomized control trial* (RCT) dalam mempelajari efektivitas intervensi edukasi pada pasien operasi katarak. Penilaian kualitas dilakukan menggunakan sistem penilaian kualitas Oxford dan *Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations* (GRADE). Setelah melalui proses identifikasi,

skrining, dan uji kelayakan, didapatkan 16 penelitian RCT yang akan dilakukan sintesis kualitatif. Hasil penelitian ini menunjukkan strategi edukasi yang diberikan meliputi informasi tentang katarak dan operasi katarak pada delapan penelitian, perawatan diri pascaoperasi pada empat penelitian, dan kedua topik tersebut pada empat penelitian lainnya. Edukasi sebelum operasi dilakukan pada tiga belas penelitian, edukasi pascaoperasi dilakukan pada tiga penelitian, dan edukasi sebelum dan pascaoperasi dilakukan pada satu penelitian. Secara keseluruhan, edukasi menggunakan alat bantu visual (piktogram), video, serta gabungan antara instruksi verbal dan alat bantu berupa video/gambar merupakan cara yang paling umum digunakan, selain media pamflet, rekaman audio, ataupun tutorial interaktif berbasis komputer. Penelitian ini menemukan bahwa kelompok pasien intervensi mendapatkan *outcomes* yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok pasien kontrol. Pemahaman tentang katarak dan terapinya juga didapatkan lebih baik secara signifikan pada kelompok pasien intervensi. Perawatan diri pascaoperasi juga didapatkan sedikit lebih baik pada kelompok pasien intervensi. Kecemasan pada kelompok pasien intervensi pun didapatkan lebih rendah. Penelitian ini mengidentifikasi temuan positif yang signifikan hanya dalam empat hal, yaitu: 1)

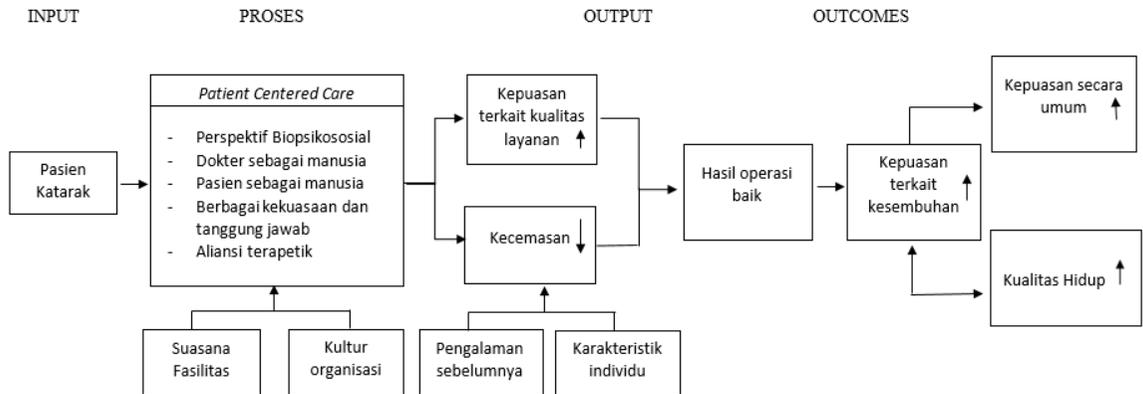
kepuasan secara keseluruhan terhadap layanan, 2) kerja sama, 3) kepatuhan terhadap kegiatan perawatan diri pascaoperasi, dan 4) Jumlah hari antara pulang dari rumah sakit dengan waktu kontrol pertama kali. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antarkelompok yang signifikan terhadap efek samping pascaoperasi.

3. Fathona Madiana dan Elsy Maria Rosa (2018) melakukan penelitian dengan judul “Efektivitas *Patient Centered Care* dalam Menurunkan Tingkat Kecemasan dan Meningkatkan Kepuasan Pasien Pasca-*Cesarean Section*”. Penelitian ini menggunakan metode *Quasi-Experimental*. Sampel penelitian ini terdiri dari 35 responden (kontrol) dan 31 responden PCC (intervensi) pada pasien pascaoperasi *Cesarean Section* di RS PKU Muhammadiyah Bantul diambil dengan menggunakan . Kuesioner *State Anxiety Inventory* digunakan untuk mengukur kecemasan. Sedangkan kepuasan pasien diukur menggunakan modifikasi SERVQUAL. Hasil penelitian yang diperoleh dalam penelitian ini adalah terdapat perbedaan tingkat kecemasan dan kepuasan yang signifikan antara kelompok yang memperoleh pelayanan PCC dan kelompok kontrol pada pasien pascaoperasi *Cesarean Section*.
4. Azra Parveen et al. (2016) dengan judul “*Effect of Pre-Operative Education on Level of Anxiety in Patients Undergoing Cataract*

*Surgery*". Penelitian ini bertujuan untuk menentukan pengaruh edukasi sebelum operasi pada tingkat kecemasan pada pasien yang menjalani operasi katarak dengan membandingkan tingkat kecemasan antara kelompok intervensi dan kontrol. Desain penelitian ini adalah *Experimental post-test design*. 100 pasien katarak Departemen Mata *Mayo Hospital Lahore* dipilih dengan menggunakan teknik *purposive non-probability sampling*, dan dibagi menjadi dua kelompok (kontrol & intervensi). Kecemasan diukur menggunakan *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Hasil penelitian ini adalah adanya hubungan yang erat antara edukasi sebelum operasi dan pengurangan tingkat kecemasan pada pasien operasi katarak.

## **F. Kerangka Teori**

Mead dan Bower (2000) membedakan komponen PCC menjadi lima dimensi, yang semuanya terwujud dalam hubungan dokter-pasien. Dimensi-dimensi ini adalah: perspektif biopsikososial, dokter sebagai manusia, pasien sebagai manusia, berbagi kekuatan dan tanggung jawab, dan aliansi terapeutik (Mead and Bower 2000; de Boer, Delnoij, and Rademakers 2013; Scholl et al. 2014b). Fix et al. (2018) menambahkan aspek organisasi ke dalam lima dimensi Mead dan Bower, meliputi suasana fasilitas dan kultur organisasi (Fix et al. 2018).

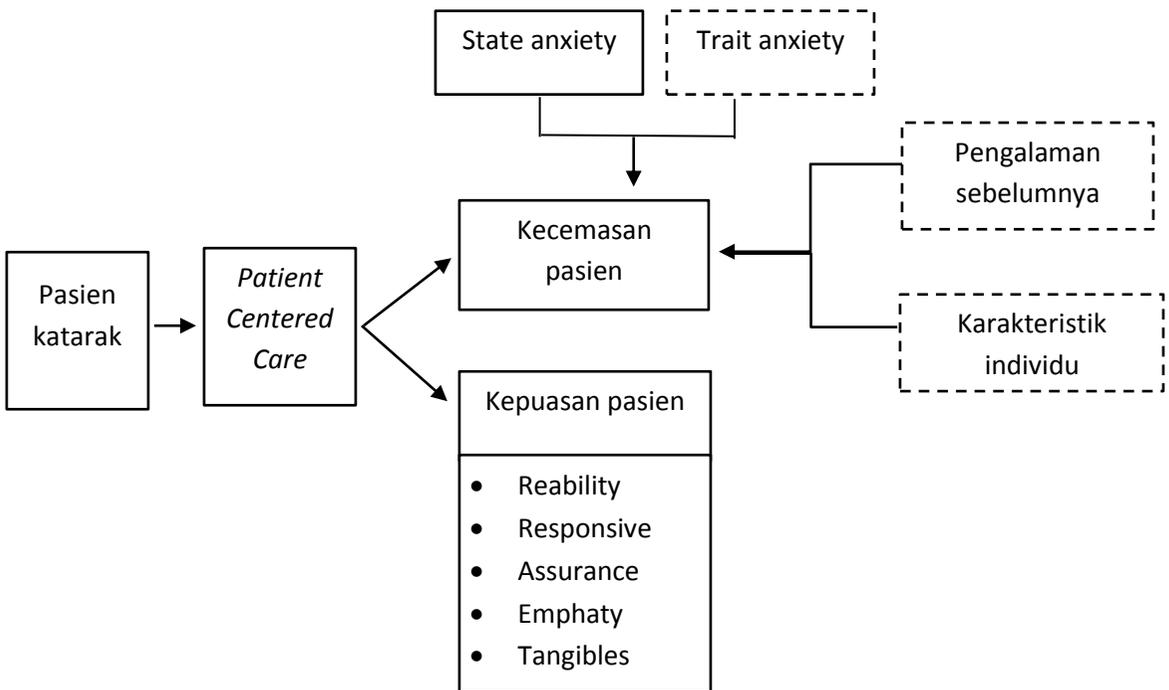


**Gambar 2. 2 Kerangka teori**

Kecemasan sebelum operasi terjadi pada sebagian besar pasien operasi katarak (Astbury 2004). Pasien perempuan dan pasien baru ditemukan menjadi lebih cemas, meskipun tidak signifikan (Mitchell 2003). Beberapa penelitian menyebutkan bahwa PCC dapat menurunkan kecemasan dan kematian (Meterko et al. 2010).

Nijkamp et al. (2000) membagi kepuasan pasien menjadi tiga dimensi, yaitu: kepuasan terkait kesembuhan (*outcomes*), kepuasan terkait kualitas layanan, dan kepuasan secara umum. Edukasi pasien merupakan salah satu pengembangan dimensi dari PCC, yang sangat penting untuk meningkatkan kepuasan pasien (Pager, McCluskey, and Retsas 2004). PCC bertujuan menghasilkan *outcomes* yang diharapkan serta meningkatkan kepuasan pasien (Talley-Rostov 2008; Delaney 2018).

## G. Kerangka Konsep



### Keterangan :



Variabel yang diteliti



Variabel tidak diteliti

**Gambar 2. 3 Kerangka konsep**

## **H. Hipotesis**

- H1: Terdapat perbedaan tingkat kecemasan pasien operasi katarak sebelum dan sesudah pelayanan PCC.
- H2: Terdapat perbedaan tingkat kecemasan pasien operasi katarak antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi PCC.
- H3: Terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien setelah operasi katarak antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi PCC.
- H4: PCC efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan pasien yang akan dilakukan operasi katarak.
- H5: PCC efektif dalam meningkatkan kepuasan pasien setelah operasi katarak.