

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

1. Gambaran Umum RS

Penelitian ini telah dilaksanakan di RSUD Panembahan Senopati Bantul yang terletak di Jalan Dr. Wahidin Sudirohusodo Bantul 55714. RSUD yang masih dibawah pemerintah Kabupaten Bantul ini telah terakreditasi B, berdiri sejak tahun 1953 sebagai RS Hongeroedem (HO). Pada tahun 1982 meresmikannya menjadi RSUD Kabupaten Bantul dengan tipe D. Kemudian pada tahun 1993 RS ini ditetapkan statusnya menjadi RS tipe C. Nama RSUD ini kemudian berubah menjadi RSUD Panembahan Senopati Bantul sejak tahun 2003. Pada tahun 2007 RSUD Panembahan Senopati kembali mengalami peningkatan kelas menjadi RS tipe B hingga saat ini. RSUD Panembahan Senopati Bantul memiliki Visi, Misi, Nilai nilai, dan Motto Sebagai berikut

1. Visi

Terwujudnya rumah sakit yang unggul dan menjadi kebanggaan seluruh masyarakat

2. Misi

- a. Memberikan pelayanan prima pada pelanggan
- b. Meningkatkan Profesionalisme Sumber Daya Manusia
- c. Melaksanakan peningkatan mutu berkelanjutan dalam pelayanan kesehatan
- d. Meningkatkan jalinan kerjasama dengan mitra terkait
- e. Meningkatkan ketersediaan sarana prasarana yang berkualitas
- f. Menyelenggarakan tata kelola keuangan yang sehat untuk mendukung pertumbuhan organisasi

3. Nilai nilai

- a. Jujur
- b. Rendah hati
- c. Kerjasama

d. Profesional

e. Inovasi

4. Motto

Melayani sepenuh hati untuk kualitas hidup yang lebih baik. Rumah sakit ini dapat memberi pelayanan kedokteran spesialis maupun subspecialis terbatas, selain itu rumah sakit ini juga melayani rujukan dari rumah sakit lainnya. RSUD Panembahan Senopati Bantul menjadi pendukung bagi penyelenggaraan pemerintah daerah yang dipimpin oleh Direktur rumah sakit yang berkedudukan dibawah tanggung jawab bupati Bantul melalui sekretaris daerah.

Pada penelitian ini peneliti mengambil tempat dibangsal alamanda yang merupakan bangsal bagi para pasien kebidanan. Bangsal alamanda tersebut diantaranya memiliki ruang konsultasi dokter, nurse station, kamar jaga perawat, kamar jaga dokter muda, kamar jaga residen, ruang untuk linen, ruang perawatan bayi, dan tentunya ruang rawat inap dari

kelas utama, I, II dan III. Bangsal alamanda sendiri memiliki jumlah bed sebanyak 46 buah dan pada tiap ruang rawat inap sendiri memiliki fasilitas umum seperti toilet dan wastafel.

Bangsal alamanda yang merupakan bangsal khusus obstetric dan ginekologi memiliki tenaga perawat dan bidan sebanyak 29 orang. Rincian jumlah tenaga kesehatan yang bekerja dibangsal ini terdapat pada tabel 4.1 berikut ini

Tabel 4.1 Jumlah tenaga kesehatan bangsal alamanda

Tenaga kerja	Jumlah
Dokter spesialis Obstetri dan Ginekologi	3 orang
Residen Obsgyn	1 orang
Kepala ruang bangsal Alamanda	1 orang
Perawat dan Bidan	28 orang
Asisten Perawat	1 orang
Tenaga administrasi	2 orang

2. Karakteristik Responden dan Jalannya penelitian

Dalam penelitian ini yang menjadi responden adalah pasien post operasi section cesarean yang berjumlah total 44 orang, dimana 22 orang pada kelompok kontrol, dan 22 orang pada kelompok intervensi. Karakteristik responden pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut

Tabel 4.2 Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Kelompok intervensi F (%)	Kelompok control F (%)
Usia		
< 20 tahun	3 (13.6)	4 (18.2)
21 – 30 tahun	13 (59.1)	11 (50)
30 – 40 tahun	4 (18.2)	5 (22.7)
>40 tahun	2 (9.1)	2 (9.1)
Gestasi		
G1	10 (45.4)	8 (36.4)
G2	6 (27.3)	6 (27.3)
G3	3 (13.6)	4 (18.2)
G4	1 (4.5)	3 (13.6)
G5	2 (9.1)	1 (4.5)
Pendidikan		
SD	1 (4.5)	3 (9.1)
SMP	8 (36.4)	7 (22.7)
SMA	9 (40.9)	8 (36.4)
S1	4 (18.2)	4 (18.2)

Berdasarkan tabel karakteristik responden diatas maka berdasarkan usia dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden berusia 21-30 tahun yaitu sebanyak 24 orang, dan paling sedikit berada pada rentang usia >40 tahun sebanyak 4 orang. Sedangkan berdasarkan riwayat gestasi atau riwayat kehamilan terbanyak yaitu G1 atau kehamilan pertama yaitu sebanyak 18 orang, dan paling sedikit yaitu G5 atau kehamilan ke 5 sebanyak 3 orang. Berdasarkan riwayat pendidikan terbanyak dari responden penelitian ini adalah SMA yaitu sebanyak 17 orang, sedangkan riwayat pendidikan paling sedikit yaitu SD sebanyak 4 orang.

Pada hasil uji menggunakan SPSS didapatkan hasil crosstab skor nyeri dan usia didapatkan hasil yang tidak signifikan yaitu sebesar 0.757 atau sebesar >0.05 sehingga dapat dikatakan antara nyeri dan usia tidak ada korelasi. Sedangkan hasil crosstab skor nyeri dan riwayat gestasi juga didapatkan hasil yang sama dimana didapatkan angka 0.792 atau sebesar >0.05 sehingga antara nyeri dan riwayat gestasi juga tidak ada korelasi. Pada hasil crosstab skor nyeri dan riwayat pendidikan pun didapatkan hasil yang

sama sama tidak ada korelasi karena didapatkan angka 0.645 atau sebesar >0.05 .

Secara umum penelitian telah dilakukan dengan baik. Jalannya penelitian secara lebih rinci terdapat pada tabel 4.3 berikut

Tabel 4.3 Jalannya penelitian yang telah dilakukan

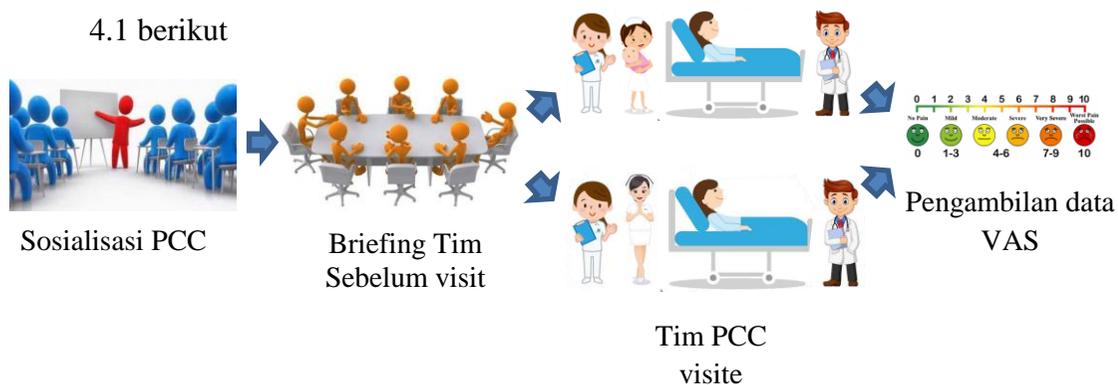
No	Tanggal	Kegiatan	Keterangan
1	24 November 2018	Permohonan tempat izin di RSUD Panembahan Senopati Bantul.	Surat izin masuk melalui bagian diklat kemudian diteruskan ke bangsal dan dokter DPJP.
2	1 sd 26 Desember 2018	Jalannya penelitian dan pengambilan data kelompok kontrol. Kelompok ini mengambil seluruh pasien dari 3 dokter	Peneliti mengambil data skor nyeri secara langsung ke pasien, kemudian menulis data pada logbook.

		DPJP yang masuk kriteria inklusi.	
3	29 Desember 2018	Sosialisasi <i>PCC</i> dan tanya jawab dengan tim <i>PCC</i> .	Sosialisasi dilakukan diruang pertemuan didekat bangsal dengan dihadiri oleh beberapa perwakilan antara lain 1 orang kepala ruang bangsal alamanda, 2 orang PJ alamanda 2 dan 3, 1 orang petugas farmasi, 1 orang dokter spesialis obstetric ginekologi.
4	1 Januari 2019 sd 31 Januari	Jalannya penelitian dan pengambilan data kelompok Intervensi.	Peneliti memantau jalannya penelitian dan mengambil data

	2019	<p>Kelompok intervensi ini mengambil dari pasien dari salah satu dokter DPJP. Setiap sebelum masuk ke pasien selalu dilakukan briefing tim di nurse station. Kemudian tim <i>PCC</i> visite secara bersama-sama menuju ke kamar pasien yang ditemani keluarganya.</p>	<p>secara langsung, mengawasi dan mengevaluasi tim <i>PCC</i> secara langsung.</p>
5	1 Februari 2019 sd 29 Februari 2019	Pengolahan data	<p>Data dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan data dengan SPSS.</p>

Secara lebih sederhana jalannya penelitian terutama untuk kelompok PCC yang telah dilakukan terangkum dalam gambar

4.1 berikut



Gambar 4.1 Jalannya Penelitian yang telah dilakukan

Pada saat jalannya penelitian, tim PCC terkadang tidak bisa selalu hadir secara full team. Pada satu waktu visite dilakukan oleh bidan, terkadang oleh perawat, dan terkadang tanpa hadirnya petugas farmasi. Namun pada saat visite minimal ada 3 orang petugas kesehatan yang datang untuk visite. Pada saat sebelum dilakukan sosialisasi tentang pendekatan *PCC*, dokter DPJP biasanya jarang untuk duduk diskusi terlebih dahulu dengan petugas kesehatan lainnya. Akan tetapi dengan adanya implementasi *PCC* yang telah dilakukan dibangsal tersebut, para tim *PCC* berdiskusi terlebih dahulu mengenai kondisi pasien,

diskusi tentang keluhan apa saja yang dirasakan pasien, serta terapi apa saja yang telah diberikan. Semua hal tersebut dilakukan sebelum masuk visit menemui pasien beserta keluarganya. Jalannya penelitian terutama saat dilakukan briefing tim sebelum masuk visit ke pasien terdokumentasi pada gambar 4.2. Gambar tersebut menggambarkan suasana kegiatan di Bangsal Alamanda 3 dimana bangsal tersebut adalah bangsal kebidanan kelas 1 dan 2.



Gambar 4.2 Dokumentasi penelitian di Bangsal Alamanda 3

Tidak hanya dilakukan disatu bangsal saja penelitian ini. Namun juga dilakukan dibangsal kelas 3 yaitu Bangsal Alamanda 2.

Walau dibangsal yang berbeda kelasnya namun jalannya penelitian tidak ada perbedaan dengan yang dilakukan di Bangsal Alamanda 3. Jalanya penelitian di Bangsal Alamanda terdokumentasi pada gambar 4.3 berikut.



Gambar 4.3 Dokumentasi penelitian di Bangsal Alamanda 2

3. Gambaran derajat nyeri post section cesarean kelompok intervensi dan kontrol

Tabel 4.4 Hasil Nilai VAS Minimal dan Maksimal Kelompok

Intervensi dan Kelompok Kontrol

	Nilai Min	Nilai Max
Kelompok		
Intervensi	2	7
Kelompok Kontrol	2	8

Pada tabel 4.4 diatas, pada kelompok intervensi didapatkan nilai minimal VAS sebesar 2, sedangkan nilai maksimumnya sebesar 7. Sedangkan pada kelompok control didapatkan nilai minimal VAS sebesar 2, namun untuk nilai maksimalnya didapatkan perbedaan yaitu sebesar 8.

4. Pengaruh Implementasi Patient Centered Care dalam menurunkan tingkat nyeri pada pasien post section cesarea

Pada penelitian ini data terlebih dahulu diuji normalitasnya menggunakan uji *Kolmogorov Smirnov*. Didapatkan data berdistribusi normal karena hasil nilai sig >0.05 yaitu sebesar 0.42. Karena data berdistribusi normal maka data dianalisa menggunakan *Independent Sample T Test*.

Tabel 4.5 Mean Skor VAS

	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	<i>p value</i>
Mean Skor VAS	4.68	5.32	0.028

Karena didapatkan hasil sig <0.05 maka didapatkan hasil H_0 diterima, artinya dapat dikatakan bahwa ada perbedaan tingkat nyeri pada pasien post section cesarea pada kelompok *PCC* (kelompok interensi) dibandingkan dengan kelompok tanpa *PCC* (kelompok control). Sehingga dapat dikatakan bahwa

Implementasi *PCC* dapat menurunkan tingkat nyeri pasien post section cesarean.

B. Pembahasan

1. Hubungan Usia, Riwayat Gestasi dan Pendidikan terhadap derajat nyeri pasien post section cesarean

Responden pada penelitian ini merupakan pasien post operasi section cesarean yang berjumlah total 44 orang, dimana 22 orang pada kelompok control, dan 22 orang pada kelompok intervensi. Dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden berusia 21-30 tahun, berdasarkan riwayat gestasi terbanyak yaitu G1 atau kehamilan pertama, sedangkan berdasarkan riwayat pendidikan terbanyak dari responden penelitian ini adalah SMA yaitu sebanyak 17 orang. Akan tetapi pada hasil crosstab antara hasil skor nyeri dengan usia, riwayat gestasi dan riwayat pendidikan didapatkan semua hasil tidak signifikan (>0.05). Sehingga dapat dikatakan bahwa antara usia, riwayat gestasi dan pendidikan tidak terdapat hubungan dengan skor nyeri.

Riwayat gestasi atau paritas dan usia kelahiran pertama yang dihubungkan dengan *Health related Quality of Life* (HRQoL) pernah dilakukan suatu studi di Korea. Dalam studi tersebut dibagi menjadi beberapa kuartil usia, dimana terdapat perbedaan skor yang signifikan antar kuartilnya. Studi tersebut juga mengatakan bahwa rentang usia lebih tua terbukti mempunyai skor HRQoL yang lebih baik. Riwayat gestasi atau paritas juga turut serta berkontribusi dalam skor tersebut, dimana makin banyak riwayat gestasinya makin meningkat pula skor HRQoL tersebut (Park and Choi, 2018). Sedangkan pada studi tentang operasi hernia disebutkan bahwa Chronic postoperative inguinal pain (CPIP) atau nyeri kronis setelah operasi akan beresiko lebih tinggi angka kejadiannya pada orang usia dewasa muda (Langeveld et al., 2015).

Hasil tersebut bertolak belakang dengan hasil penelitian kali ini dimana antara usia dan riwayat gestasi atau paritas tidak terdapat hubungan yang signifikan, akan tetapi memang parameter yang dipakai berbeda dengan penelitian sebelumnya yang menggunakan HRQoL. Dalam studi lain oleh Pereira et

al., 2017 menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan keterbatasan fungsional pada seorang pasien post partus, dimana keterbatasan fungsional ini juga dinilai derajat nyerinya.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Caumo et al., 2002 yang dalam penelitiannya sama-sama menggunakan parameter VAS dan sama-sama menggunakan pasien post operatif abdominal dikatakan bahawa riwayat operasi diarea abdominal akan menurun tingkat nyerinya apabila sudah ada riwayat operasi terdahulu. Hal ini berkebalikan dengan hasil penelitian kali ini yang ternyata tidak ada hubungan antara riwayat paritas atau riwayat operasi sebelumnya dengan derajat nyeri. Hal tersebut kemungkinan besar dikarenakan walaupun paritas seorang pasien tersebut tinggi, akan tetapi pada kehamilan pertama atau riwayat melahirkan sebelumnya pasien tidak menggunakan metode cesarean (perabdominal), sehingga faktor paritas tidak berhubungan dengan derajat nyeri post operasi.

Pada penelitian Februanty et al., 2019 didapatkan hasil bahwa riwayat pendidikan dan pekerjaan tidak ada hubungan dan tidak berpengaruh terhadap pasien post section cesarean pada saat menyusui ASI eksklusif untuk bayinya. ASI yang keluar dari seorang ibu tentunya juga dipengaruhi oleh emosi dan tingkat kenyamanan ibu, dimana kedua faktor tersebut ada dalam komponen *PCC*. Semakin nyaman ibu semakin lancar ASI yang diberikan, namun ternyata pada penelitian tersebut antara pendidikan dan pekerjaan tidak terdapat hubungan yang signifikan. Begitu juga dengan penelitian ini yang didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan skor nyeri.

2. Derajat nyeri pasien dengan intrvensi Patient Centered Care dan pasien control non Patient Centered Care

Derajat nyeri yang diukur dengan *Visual Analogue Scale* sering digunakan dalam beberapa studi salah satunya studi oleh Myles et al., 2017 dimana dalam penelitian tersebut juga menggunakan parameter VAS dalam mengukur derajat nyeri

pasien post operatif. Peneliti tersebut membagi operasi dalam 3 besar yaitu minor, intermediate dan mayor, dimana Sectio cesarean termasuk dalam operasi mayor. Dalam hasil studi tersebut didapatkan rata-rata skor pada hari pertama visit sebesar 19 untuk minor, 29 untuk intermediate dan 34 untuk operasi mayor. Dalam studi tersebut digunakan skor 0 sampai dengan 100. Untuk operasi besar seperti Cesarea didapatkan skor rata rata diangka 37 pada visite hari pertama post operasi. Sedangkan menurut penelitian kali ini yang menggunakan skor antara 0 sampai dengan 10 didapatkan nilai minimal 2 untuk masing masing grup dan maksimal angka 7 untuk kelompok intervensi dan 8 untuk kelompok kontrol. Angka ini nampaknya agak jauh berbeda dengan penelitian sebelumnya, akan tetapi bila dilihat dari hasil nilai mean yang ada dikisaran 4 sampai dengan 5 tentunya hasil tersebut tidak jauh beda dari penelitian sebelumnya.

Pada studi lain yang sama sama menggunakan VAS sebagai parameternya, dikatakan bahwa wanita lebih sering merasakan derajat nyeri yang lebih tinggi dibandingkan

dengan laki-laki. Hasil studi ini juga menerangkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara gejala nyeri sebelum dilakukan operasi dengan gejala nyeri setelah dilakukan operasi, hal ini berarti apabila persiapan preoperative cukup baik maka gejala nyeri post operatif dapat diminimalkan (Sadaf and Ahmad, 2014).

3. Pengaruh Patient Centered Care terhadap derajat nyeri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa didapatkan hasil sig <0.05 maka dapat dikatakan H_0 diterima, artinya dapat dikatakan bahwa dengan adanya model *PCC* dapat menurunkan derajat nyeri. Hal ini juga sekaligus menjawab tujuan dari penelitian yang dilakukan bahwa dengan *PCC* dapat menurunkan derajat nyeri pada pasien post section cesarean. *PCC* ini dinilai cukup efektif karena mudah dan murah dilakukan. Hal ini diperkuat pada suatu studi systematic review yang dilakukan Chieng et al., 2014 menunjukkan bahwa persiapan perioperative yang baik terutama petugas kesehatannya akan meningkatkan outcome pasien

postoperative pada usia anak-anak maupun dewasa. Persiapan perioperative tersebut didalamnya termasuk mengandung unsur dari 8 dimensi *PCC*, terutama unsur nomor dua, tiga dan empat, yaitu *emotional support, physical comfort, dan information & education*.

Memang sulit untuk memanager tenaga kesehatan supaya dapat berkolaborasi membentuk team yang solid. Hal ini terbukti dari penelitian Bernhofer and Sorrell, 2015 dimana dikatakan bahwa kesulitan komunikasi pada perawat/dokter dan kurangnya edukasi terhadap apa itu nyeri akan menjadi barrier dalam mengoptimalkan manajemen nyeri, sehingga hal ini mengindikasikan perlunya edukasi interprofesional dalam manajemen nyeri. Oleh karena itu *PCC* disini hadir sebagai jawaban atas salah satu permasalahan tersebut.

Pada studi lainnya berupa systematic review yang mengambil literature dari beberapa sumber tahun 2009 sampai dengan 2014, yang dilakukan oleh Taplin et al., 2015 menyatakan bahwa dengan adanya *Multidisciplinary Care Team* (MDT) yang didalamnya juga terdapat petugas

kesehatan dari berbagai bidang seperti dokter, perawat, farmasi, gizi, radiologi, bedah dll terbukti akan meningkatkan outcome pasien dari berbagai stadium cancer termasuk didalamnya yang hanya mendapatkan *palliative care*. Selain itu dengan MDT juga akan menurunkan durasi perawatan dirumah sakit dan meningkatkan *quality of life* pasien cancer. Perbedaan yang cukup mendasar antara *PCC* dan MDT ini adalah dari posisi pasiennya, dimana apabila *PCC* benar-benar meletakkan pasien ditengah tengah proses perawatan. Berbeda dengan MDT yang mereka sama-sama berkolaborasi dan ada *partnership* diantara petugas kesehatan namun tidak meletakkan keinginan dan kemauan si pasien ditengah-tengah proses perawatan, walaupun keduanya memiliki goal yang hampir sama.

Pada studi yang dilakukan di beberapa rumah sakit di Malaysia menyatakan bahwa Patient centered Care memiliki outcome yang sangat positif dan hal ini berhubungan dengan durasi shif jaga petugas kesehatan terutama perawat. Dalam studi tersebut menyatakan bahwa selama ini pernah dicoba

dengan 24 jam, 12 jam, 10 jam dan 8 shif jaga. Hasil yang memuaskan dan menyebabkan kualitas layanan kesehatan yang lebih, serta pendekatan lebih maksimal dengan pasien yang lebih baik justru hanya dengan 8 jam shif namun dengan metode patient centered care. Outcome yang baik dapat dicapai tidak hanya karena durasi bertemunya pasien dengan perawat saja yang lama, namun dengan waktu yang lebih singkat tetapi dengan metode *PCC* ini justru akan menambah kualitas hubungan antara pasien dan perawat, sehingga pasien benar-benar merasa diperhatikan kebutuhan dan keinginannya (Jarrar et al., 2019).

Hasil positif karena metode patient centered care ini juga dirasakan dibagian bedah ortopedi disuatu rumah sakit di Amerika. Studi kohort ini rata-rata melibatkan pasien osteoarthritis, herniated disc, spinal stenosis, dan fraktur tulang. Pada studi ini terdapat *Shared Decision Making* (SDM) yang berarti keputusan diambil secara bersama-sama antara petugas kesehatan merupakan bagian dari *PCC*. SDM tersebut memastikan bahwa pasien benar-benar menerima

informasi kondisinya dan menerima intervensi sesuai yang pasien sukai atau butuhkan. Dalam studi ini parameter yang digunakan yaitu *Quality of Life* (QoL) dan survey pengetahuan pasien terhadap sakitnya. Dibandingkan dengan kelompok kontrol, kelompok intervensi dengan *PCC* tentunya didapatkan hasil atau skor yang lebih tinggi (Sepucha et al., 2018).

Dukungan Emosional dan Pengendalian Ketakutan dan Kecemasan merupakan salah satu bagian dari 8 dimensi dari *PCC* yang tentunya akan meringankan keluhan nyeri pasien postoperative dan meningkatkan outcome. Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ali et al., 2014, dimana peneliti menyatakan bahwa adanya faktor kecemasan dapat mempengaruhi outcome pasien pada saat postoperative. Pada kelompok pasien dengan kecemasan yang rendah didapatkan skor VAS yang lebih rendah pula, durasi menginap diRS juga lebih pendek serta penggunaan analgesic yang lebih sedikit dosisnya dibandingkan kelompok pasien dengan kecemasan yang tinggi. Hal tersebut semakin menguatkan bahwa adanya persiapan preoperative khususnya dukungan

emosional dan management kecemasan pasien yang merupakan komponen *PCC* adalah suatu hal yang penting untuk diperhatikan.

Salah satu komponen *PCC* yang tidak boleh terlupakan dan justru malah menjadi komponen pertama dalam delapan dimensi dari *PCC* adalah *patient preferences* dimana disini diartikan bahwa sebagai petugas kesehatan tentunya harus menghormati nilai-nilai yang ada pada pasien, preferensi, dan kebutuhan pasien. Dalam studi Aziato and Adejumo, 2014 menyebutkan bahwa banyak petugas kesehatan terutama perawat tidak mempercayai dan mempedulikan keluhan nyeri yang dilaporkan oleh pasien postoperative. Tentunya hal ini sangat bertolak belakang dengan tujuan dari *PCC* sehingga menyebabkan outcome pasien menjadi lebih buruk. Dalam studi itu juga disebutkan bahwa teamwork yang baik, komunikasi yang efektif, hubungan interpersonal yang baik, saling memahami kekurangan dari masing-masing individu, apresiasi dan fleksibilitas bila semua dikombinasi dan diintegrasikan dapat membantu meraih tujuan, yaitu

meningkatkan outcome pasien dan tentunya nyeri postoperative pain (POP). Untuk itu *PCC* merupakan suatu cara yang hadir agar semua kebutuhan tersebut diatas dapat tercapai.

Dalam studi lain yang juga dibidang bedah khususnya pasien dibagian orthopedic menyatakan bahwa dengan strategi *Continuous Quality Improvement (CQI)* maka kualitas management nyeri akan mengalami peningkatan. Strategi CQI sendiri termasuk reassessment dan analisis dari suatu proses dan outcome dalam manage tingkat nyeri. Hal tersebut dapat dicapai dengan interdisiplin teamwork dan edukasi bagi petugas kesehatan yang sangat berpengaruh terhadap penurunan nyeri. Selain itu pasien pada penelitian ini yaitu pasien *Total Hip Arthroplasty (THA)* terbukti meningkat tingkat kepuasannya (Benditz et al., 2016).

Pada studi terdahulu yang sama-sama meneliti *PCC* dengan mengumpulkan beberapa literature menyatakan bahwa dalam *PCC* ada 3 komponen yang dipakai sebagai pendekatan untuk memuaskan pasien. Komponen tersebut terdiri dari

komunikasi efektif, partnership atau kemitraan, dan promosi kesehatan. Apabila ketiganya bersatu padu dan bersimfoni menjadi suatu pendekatan yang baik maka tentunya dapat memberi dampak positif bagi pasien dalam berbagai hal (Constand et al., 2014).

Bentuk pelayanan yang diberikan dengan *PCC* ini adalah pelayanan yang mengutamakan kebutuhan dan keinginan pasien. Serta memberikan pasien pemahaman dan dukungan untuk membuat keputusan atas perawatan yang diterima. Hal ini memerlukan hubungan yang baik antara dokter, pasien dan keluarga. Inti dari *PCC* adalah perawatan kesehatan yang holistik dan merupakan perkembangan dari perawatan tradisional (Moreau et al., 2012). Beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya juga menunjukkan beberapa manfaat yang sangat positif seperti penelitian yang telah dilakukan dimana *PCC* ini dapat mengurangi malpraktik, mengurangi keluhan, meningkatkan kepatuhan minum obat, mengurangi keparahan gejala, dan mengurangi biaya perawatan (Hudon et al., 2011).

Akan tetapi model *PCC* ini tidak selamanya berjalan mulus, dimana masih harus berkaca pada hambatan dalam mencapai dan melaksanakan *PCC* seperti kesulitan dalam merekrut dan mempertahankan dokter, kurangnya mendefinisikan batasan untuk mencapai keberhasilan staf yang mungkin kewalahan untuk menentukan kesepakatan dengan tenaga kesehatan lain, sosial, budaya dan faktor ekonomi pasien. Selain itu persyaratan perekrutan yang ketat dapat menimbulkan hambatan untuk memperoleh tenaga kesehatan dari lingkungan sekitar. Kurangnya alat untuk mengukur dan memberikan reward kinerja *PCC* juga menjadi hambatan. Kendala finansial serta kebiasaan lama dari staf yang tidak mau merubah paradigma lama sebagai penyedia layanan dan hubungan atau relasi dengan pasien dan budaya serta faktor sosial ekonomi juga menjadi kendala (Alteras et al., 2006). Hambatan hambatan tersebut diatas juga dialami peneliti saat melakukan penelitian.

Walaupun dalam penelitian ini didapatkan hasil *p value* yang signifikan, namun bila ditinjau dari segi efektifitasnya,

secara matematis didapatkan nilai keefektifan yang tergolong rendah dengan adanya implementasi *PCC* yang dilakukan dalam penelitian ini. Hal tersebut dapat dihitung dengan menggunakan rumus effect size cohen's *d* dimana pada penelitian kali ini didapatkan hasil 0.35. Hasil tersebut pada penelitian ini dapat terjadi karena masih didapatkan beberapa hambatan dan keterbatasan yang telah dipaparkan sebelumnya. Oleh karena itu masih diperlukan beberapa koreksi dan evaluasi seperti memperbaiki atau memperjelas metode penerapan *PCC*, supaya para petugas kesehatan lebih mudah dan terbiasa dalam menjalankan *PCC* ini.

Berbagai literature yang telah dibahas diatas menjelaskan akan pentingnya memberikan pelayanan yang baik khususnya terkait kenyamanan pasien yaitu dengan manajemen nyeri yang adekuat. Dengan adanya management nyeri yang adekuat membuat pasien akan merasakan kenyamanan yang tidak biasa mereka dapatkan difasilitas kesehatan lainnya, sehingga membuat pasien merasa lebih diperhatikan dan membuat nyeri yang semestinya mereka rasakan menjadi berkurang secara

signifikan. Pendekatan *PCC* ini tidak hanya menyelesaikan probelma kenyamanan pasien dalam hal ini terkait nyerinya, akan tetapi hal-hal lain seperti durasi hospitalisasi juga ikut mendapat dampak positif dari implementasi *PCC* tersebut.