



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA BERPIKIR KRITIS PERAWAT
DENGAN KUALITAS ASUHAN KEPERAWATAN
DI UNIT PERAWATAN ORTOPEDI RUMAH SAKIT
UMUM PUSAT FATMAWATI JAKARTA**

TESIS

**APRISUNADI
NPM. 0906594186**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA BERPIKIR KRITIS PERAWAT
DENGAN KUALITAS ASUHAN KEPERAWATAN
DI UNIT PERAWATAN ORTOPEDI RUMAH SAKIT
UMUM PUSAT FATMAWATI JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sabagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan**

**APRISUNADI
NPM. 0906594186**


**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Aprisunadi

NPM : 0906594186

Tanda tangan : 

Tanggal : Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Aprisunadi
NPM : 0906594186
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan antara Berpikir Kritis Perawat dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc
Pembimbing II : Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes
Penguji : Agung Waluyo, S.Kp., M.Sc, Ph.D
Penguji : Uun Nurulhuda, M.Kep, Sp.KMB

(Krisna Yetti)
(Dewi Gayatri)
(Agung Waluyo)
(Uun Nurulhuda)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 18 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Peneliti panjatkan kehadirat Allah *Subhanahuwata'ala* atas segala limpahan rahmat, taufik, hidayah dan karunia-Nya, sehingga Peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Hubungan antara Berpikir Kritis Perawat dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta”.

Dalam penyusunan tesis ini, Peneliti banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu Peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Ibu Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc, selaku pembimbing I yang penuh kesabaran dalam memberikan masukan berharga, arahan, dukungan moril dan bimbingan dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini.
2. Ibu Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes, selaku pembimbing II yang juga telah memberikan masukan, arahan, dukungan moril dengan penuh kesabaran dan ketelitian dalam pembimbingan selama penyusunan tesis ini.
3. Ibu Enie Novieastari, S.Kp, MSN, selaku Penguji Ujian Proposal yang telah memberikan masukan untuk penyempurnaan saat penyusunan proposal penelitian.
4. Ibu Tuti Herawati, S.Kp, MN, selaku Penguji Ujian Hasil Penelitian yang telah memberikan masukan untuk penyempurnaan penyusunan hasil penelitian.
5. Bapak Agung Waluyo, S.Kp, M.Sc, Ph.D, selaku Penguji Sidang Tesis yang telah memberikan masukan untuk penyempurnaan penyusunan tesis ini.
6. Ibu Uun Nurulhuda, M.Kep, Sp.KMB, selaku Penguji Sidang Tesis yang juga telah memberikan masukan untuk penyempurnaan penyusunan tesis ini.
7. Seluruh dosen dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu menyediakan fasilitas yang dibutuhkan Peneliti.
8. Ibunda dan Ayahanda yang tidak pernah berhenti menghaturkan doa untuk kelancaran dan kemudahan dalam menyelesaikan pendidikan.
9. Istri dan anak-anakku yang selalu bisa menjadi motivatorku.
10. Sahabat dan rekan-rekan kerja di Universitas Respati Indonesia Jakarta, yang selalu memberikan dukungan pengembangan ilmu pengetahuan demi kemajuan institusi.

11. Sahabat angkatan 2009 khususnya Program Magister Keperawatan Medikal Bedah yang selalu saling mendukung, saling memotivasi dan saling mengingatkan selama menempuh proses pendidikan.
12. Semua pihak yang telah membantu Peneliti dalam menempuh pendidikan.

Semoga segala bantuan dan kebaikan serta dukungan yang telah diberikan kepada Peneliti mendapatkan imbalan yang tak terhingga dari Allah *Subhanahuwata'ala*.

Selanjutnya, Peneliti mengharapkan masukan, saran dan kritik yang sifatnya melengkapi penelitian ini demi penyempurnaan penelitian. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya bagi hamba-hamba-Nya yang selalu mengamalkan ilmu pengetahuan yang bermanfaat bagi sesamanya, Amin.



Depok, Juli 2011
Peneliti,

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aprisunadi
NPM : 0906594186
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-free right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Hubungan antara Berpikir Kritis Perawat dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 18 Juli 2011

Yang menyatakan



Aprisunadi

ABSTRAK

Nama : Aprisunadi
Program : Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Hubungan antara Berpikir Kritis Perawat dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

Rentang perawatan pasien ortopedi sangat bervariasi mulai dari kasus sederhana hingga kasus yang kompleks, sehingga menuntut perawat untuk berpikir kritis. Berpikir kritis memiliki kaitan dalam proses pengambilan keputusan dan penilaian klinis yang akan menjadi penentu pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas, namun beberapa penelitian tentang hubungan berpikir kritis dengan kualitas asuhan keperawatan masih menunjukkan hasil yang tidak konsisten. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan di unit ortopedi. Penelitian ini menggunakan desain survey analitik *cross sectional study* pada 45 responden perawat yang diukur kecenderungan berpikir kritisnya kemudian kualitas asuhan keperawatan yang dibuat oleh perawat dinilai berdasarkan dokumentasi asuhan keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan ($p=0,017$; $\alpha 0,05$). Perawat yang berpikir kritis berpeluang 6 kali menunjukkan kualitas asuhan keperawatan yang baik. Rekomendasi dari penelitian ini adalah diperlukan adanya penyusunan dan pelaksanaan program pelatihan berpikir kritis bagi perawat untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan diperlukan penelitian lebih lanjut untuk pengembangan instrumen pengukuran berpikir kritis spesifik untuk perawat.

Kata kunci:

Berpikir kritis, kualitas asuhan keperawatan, diagnosis, intervensi, *outcomes*, ortopedi.

ABSTRACT

Name : Aprisunadi
Program : Postgraduate Nursing Faculty of Nursing University of Indonesia
Title : Relationship between Nurses Critical Thinking with Nursing Care Quality in Orthopaedic Care Unit, Fatmawati Hospital Jakarta

The range of orthopedic patient care varies widely from simple cases to complex cases, thus requires nurses to think critically. Critical thinking has links in decision making and clinical judgments that will be the determinant of the quality of nursing care, but some research on the relationship of critical thinking with the quality of nursing care still show inconsistent results. This study aimed to identify the relationship of nurses critical thinking with the quality of nursing care on an orthopedic unit. This study is an analytic cross sectional study in 45 nurses who measured the tendency to think critically and then the quality of nursing care made by nurses assessed based on the documentation of nursing care. The result showed that there was a significant relationship between nurses critical thinking with the quality of nursing care ($p = 0.017$; $\alpha 0.05$). Nurses who think critically chance 6times to showed a good quality of nursing care. Recommendations from this finding are need to design and perform a critical thinking training for nurses to increase the quality of nursing care, and need to perform further studies to developed an instrument to measure critical thinking spesifically for nurses.

Key words:

Critical thinking, quality of nursing care, diagnosis, interventions, outcomes, orthopedics.

DAFTAR ISI

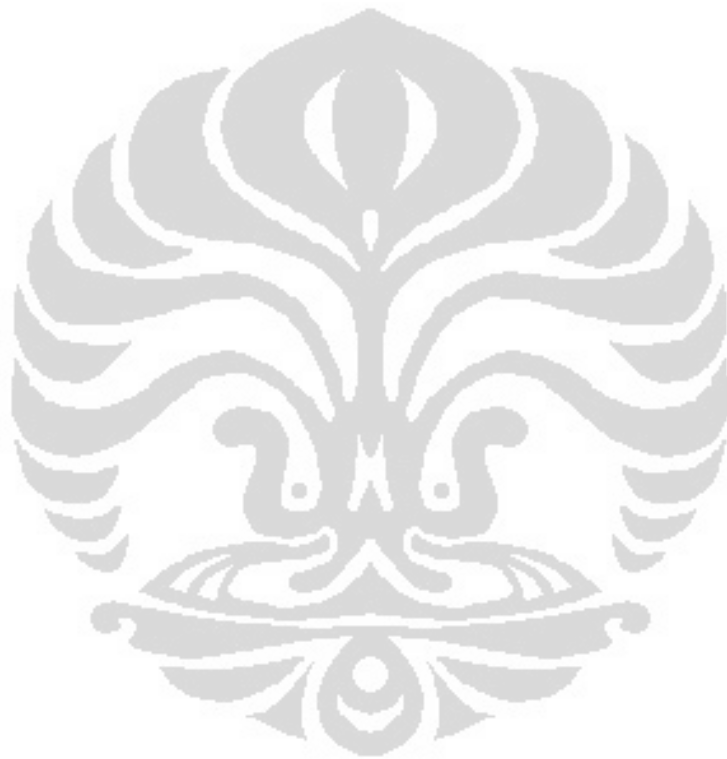
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Berpikir Kritis	10
2.1.1 Definisi	10
2.1.2 Sikap Berpikir Kritis	11
2.1.3 Proses Berpikir Kritis	12
2.1.4 Aplikasi Berpikir Kritis dalam Praktik Keperawatan	13
2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan dan Keterampilan Berpikir Kritis	15
2.2 Sistem Klasifikasi Keperawatan yang Terstandarisasi	17
2.2.1 Diagnosis Keperawatan	17
2.2.2 Intervensi Keperawatan	20
2.2.3 <i>Outcomes</i> Keperawatan.....	23
2.3 Standar Asuhan Keperawatan Ortopedi	24
2.4 Asuhan Keperawatan pada Pasien Ortopedi	28
2.5 Kualitas Diagnosis, Intervensi dan <i>Outcomes</i> Keperawatan	34
2.6 Peran Perawat Spesialis Keperawatan Medikal Bedah	37

2.7 Kerangka Teori	39
3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	40
3.1 Kerangka Konsep	40
3.2 Hipotesis	41
3.3 Definisi Operasional	42
4 METODE PENELITIAN	44
4.1 Desain Penelitian	44
4.2 Populasi dan Sampel	44
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	45
4.4 Etika Penelitian	45
4.5 Alat Pengumpulan Data	46
4.6 Prosedur Pengumpulan Data	49
4.7 Pengolahan dan Analisis Data	49
5 HASIL PENELITIAN	53
5.1 Analisis Univariat	53
5.1.1 Karakteristik Responden	53
5.1.2 Berpikir Kritis	55
5.1.3 Kualitas Asuhan Keperawatan	55
5.2 Analisis Bivariat	57
5.3 Analisis Multivariat	61
6 PEMBAHASAN	64
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil	64
6.1.1 Karakteristik Responden	64
6.1.2 Hubungan Berpikir Kritis dengan Kualitas Asuhan Keperawatan	67
6.2 Keterbatasan Penelitian	71
6.3 Implikasi Penelitian dan Pelayanan Keperawatan	71
7 KESIMPULAN DAN SARAN	73
7.1 Kesimpulan	73
7.2 Saran	73
DAFTAR REFERENSI	75

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	42
Tabel 4.1	Kisi-Kisi <i>Critical Thinking Disposition Self-Rating Form</i>	47
Tabel 4.2	Analisis Univariat	51
Tabel 4.3	Analisis Bivariat	51
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Pengalaman Praktik dan Lama Bekerja di Ortopedi RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011.....	53
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Usia, Pengalaman Praktik dan Lama Bekerja di Unit Ortopedi di RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011	54
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Pelatihan di RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011 ..	55
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Kecenderungan Berpikir Kritis di Unit Ortopedi RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011	55
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Asuhan Keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011	56
Tabel 5.6	Distribusi Berpikir Kritis Perawat dan Kualitas Diagnosis Keperawatan sebagai Proses di RSUP Fatmawati Mei-Juni 2011 ..	57
Tabel 5.7	Distribusi Berpikir Kritis Perawat dan Kualitas Diagnosis Keperawatan sebagai Proses di RSUP Fatmawati Juni 2011	58
Tabel 5.8	Distribusi Berpikir Kritis Perawat dan Kualitas Intervensi Keperawatan di RSUP Fatmawati Juni 2011.....	58
Tabel 5.9	Distribusi Berpikir Kritis Perawat dan Kualitas Outcomes Keperawatan di RSUP Fatmawati Juni 2011	59
Tabel 5.10	Hasil Uji Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik Variabel Independent dan Variabel Konfounding dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Ortopedi RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011	60
Tabel 5.11	Hasil Pemodelan Baku Emas Variabel Independent dan Variabel Konfounding dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Ortopedi RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011	61

Tabel 5.12 Hasil Uji Interaksi Berpikir Kritis dan Usia dalam Hubungan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Ortopedi RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011	62
Tabel 5.13 Hasil Pemodelan Akhir Variabel Utama dan Variabel Konfounding dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Ortopedi RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011	62



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori	39
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	41



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian untuk Berpartisipasi sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 2 Formulir Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Kuesioner Data Demografi
- Lampiran 4 Kuesioner *Critical Thinking Disposition Self-Rating Form*
- Lampiran 5 Kuesioner Penilaian Kualitas Asuhan Keperawatan (Modifikasi dari Instrumen *Q-DIO – Quality of Diagnosis, Intervention and Outcomes*)
- Lampiran 6 Jadwal Pelaksanaan Tesis
- Lampiran 7 Permohonan Ijin Penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 8 Keterangan Lolos Kaji Etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 9 Persetujuan Penelitian dari RSUP Fatmawati Jakarta
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pasien ortopedi adalah individu yang mengalami gangguan muskuloskeletal yang diakibatkan oleh gangguan degeneratif, traumatik, inflamasi, kongenital, metabolik ataupun onkologi (CONA, 2000). Dilaporkan bahwa satu dari empat orang Amerika mengalami gangguan muskuloskeletal dan sekitar 40% gangguan muskuloskeletal ini menjadi penyebab ketidakmampuan fisik (*Orthopaedic Research Foundation*, 2010). Di Indonesia, sekitar 13.000 pasien dengan kasus ortopedi datang ke Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, dimana jumlah kunjungan setiap tahunnya mencapai 168.000 pasien. Sekitar 80% diantara datang akibat trauma kecelakaan dan 20% lainnya adalah kasus non trauma (PERKI, 2001). Sedangkan di Rumah Sakit Umum Fatmawati sepanjang tahun 2010 merawat pasien ortopedi sebanyak 1328 pasien.

Dewasa ini pasien dengan gangguan muskuloskeletal semakin bertambah banyak. Bertambahnya jumlah pengendara kendaraan bermotor dan pengguna jalan raya, menjadi penyebab semakin bertambahnya angka kecelakaan yang menimbulkan cedera pada organ tubuh termasuk cedera pada tulang. Meningkatnya angka kriminalitas dengan tindak kekerasan juga menjadi faktor penyebab terjadinya cedera pada tulang. Selain itu, peningkatan angka gangguan muskuloskeletal ini juga diakibatkan oleh faktor kecelakaan kerja dan faktor-faktor lain seperti degeneratif, kongenital dan onkologi (Rasjad, 2007).

Kasus ortopedi dapat dibedakan menjadi dua faktor, yaitu faktor penyakit dan faktor non penyakit. Kasus ortopedi yang sering terjadi karena faktor penyakit adalah artritis, osteoartritis, nyeri punggung bawah, gangguan jaringan lunak, gangguan diskus servikal dan intervertebral, miopati dan reumatisme. Sedangkan kasus ortopedi yang disebabkan oleh faktor non penyakit (karena kecelakaan, jatuh dan atau cedera) antara lain adalah fraktur tengkorak dan tulang muka, fraktur leher, thoraks atau panggul, fraktur paha, fraktur tulang anggota gerak dan fraktur atau cedera pada bagian tubuh lainnya (Ignatavicius & Workman, 2006; Lewis *et al*, 2007).

Perawat yang bekerja di unit ortopedi merawat pasien dengan kasus ortopedi atau mengalami gangguan sistem muskuloskeletal yang melibatkan tulang, otot dan saraf, baik karena faktor penyakit maupun karena faktor non penyakit, sehingga rentang asuhan keperawatan di unit ini sangat bervariasi mulai dari fraktur sederhana hingga fraktur multipel bahkan penyakit tulang dan sendi kronis. Luasnya rentang asuhan keperawatan pada pasien ortopedi ini memberikan bidang jangkauan perawatan yang dinamis dan menuntut perawat untuk meningkatkan profesionalitasnya dalam memberikan asuhan dengan melakukan pengembangan diri dan keterampilan berpikir kritis (*Queensland Health Government, 2002*). *National Association of Orthopaedic Nurses* (2010) mengemukakan bahwa perawat ortopedi harus memiliki keterampilan berpikir kritis untuk mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi asuhan keperawatan pada berbagai macam kasus ortopedi termasuk gangguan spinal, penyakit sendi degeneratif, penyakit inflamasi, penyakit tulang metabolik, tumor muskuloskeletal, *operative orthopaedic*, komplikasi ortopedi, trauma dan cedera ortopedi.

Perawat akan menghadapi bermacam-macam situasi klinis yang berhubungan dengan pasien, anggota keluarga, dan staf pelayanan kesehatan lainnya, sehingga penting untuk berpikir cerdas pada setiap situasi. Untuk berpikir cerdas, perawat harus mengembangkan cara berpikir kritis dalam menghadapi setiap masalah dan pengalaman baru yang menyangkut pasien dengan cara berpikiran terbuka, kreatif, percaya diri dan bijaksana. Perawat memiliki tanggung jawab untuk membuat keputusan klinis yang tepat dan akurat. Pengambilan keputusan klinis merupakan hal yang membedakan antara perawat dan staf teknis. Perawat profesional akan mengambil tindakan yang cepat ketika keadaan klien memburuk, mendeteksi jika pasien mengalami komplikasi dan memiliki inisiatif untuk mengatasinya (Potter & Perry, 2009).

Perawat melakukan pengambilan keputusan dalam setiap tindakan, sementara itu perawat juga merencanakan dan memberikan asuhan. Efektifitas dan ketepatan pengambilan keputusan membutuhkan kemahiran dalam mengumpulkan data dan keterampilan berpikir kritis. Berpikir kritis dalam keperawatan merupakan komponen yang sangat penting dari akuntabilitas profesional dan salah satu penentu kualitas asuhan keperawatan. Perawat yang memiliki kemampuan berpikir kritis akan menunjukkan sikap percaya diri, berpandangan konseptual, kreatif, fleksibel, rasa

ingin tahu, berpikiran terbuka, tekun dan reflektif (Fesler-Birch, 2005; Ingram, 2008). Ignatavicius & Workman (2006) mendukung pendapat ini dengan mengungkapkan bahwa berpikir kritis merupakan kompetensi yang perlu dimiliki oleh perawat agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas karena berpikir kritis sangat berkaitan dengan pengambilan keputusan dan penilaian klinis yang tepat.

Lebih lanjut, Christensen & Kenney (2009) mengemukakan bahwa perawat sebagai seorang praktisi yang berpendidikan, diharapkan mempunyai kemampuan intelektual untuk menggunakan pemikiran rasional dan reflektif saat perawat mempertimbangkan pengamatan dan informasi tentang kondisi masing-masing pasien. Sepanjang setiap komponen dari proses keperawatan, perawat menggunakan sikap dan kemampuan berpikir kritis untuk menentukan relevansi, makna dan interrelasi data pasien serta untuk memilih dan menerapkan asuhan keperawatan yang sesuai. Kualitas asuhan keperawatan didasarkan pada pemanfaatan berpikir kritis guna membuat penilaian yang baik. Keputusan perawat menentukan tindakan mana yang dilakukan yang pada akhirnya mempengaruhi asuhan keperawatan dan kesehatan pasien.

Selain menjadi komponen yang penting dalam keperawatan, berpikir kritis juga menjadi topik yang penting dalam keperawatan akibat semakin kompleksnya pengambilan keputusan klinis dalam pemberian pelayanan keperawatan untuk mengatasi masalah pasien dan akan terjadi risiko yang merugikan kondisi pasien jika perawat melakukan kesalahan dalam membuat keputusan (Bucknall, 2003; Lewis *et al*, 2007). Bahkan Alfaro-LeFevre (2004) mengidentifikasi bahwa berpikir kritis merupakan suatu faktor tunggal yang secara potensial sangat penting untuk menentukan apakah perawat tersebut berhasil atau gagal dalam memberikan asuhan keperawatan.

Pendapat serupa dikemukakan juga oleh Edwards (2003), Myrick (2002) dan Simpson & Courtney (2002) bahwa saat ini sistem pelayanan kesehatan menjadi semakin kompleks dan rentang pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan oleh perawat menjadi lebih bervariasi, sehingga penting bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan penyelesaian masalah untuk mengembangkan keterampilan pengambilan keputusan klinisnya (Hoffman, Duffield, & Donoghue,

2004). Martin (2002) mendukung pendapat ini dengan mengemukakan bahwa saat ini perawat menghadapi banyak keputusan karena perkembangan praktik keperawatan semakin memperluas otonomi perawat, sehingga perawat harus mampu mempertimbangkan lebih dari satu kemungkinan dan membuat keputusan dengan cepat.

Penelitian yang dilakukan Hoffman & Elwin (2003) menunjukkan hasil yang berbeda dengan beberapa pendapat di atas yang mendukung adanya hubungan berpikir kritis perawat dengan kemampuan pengambilan keputusan. Penelitian ini dilakukan pada 82 sampel perawat yang kumpulan dari dua jenis rumah sakit, dimana 61 perawat dari rumah sakit daerah dan 21 perawat dari rumah sakit kota di Australia. Hasil penelitian menunjukkan temuan yang menarik dan mengejutkan bahwa berpikir kritis tidak memiliki korelasi yang positif dalam meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam proses pengambilan keputusan. Tetapi walaupun demikian, peneliti tetap menganjurkan untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya menciptakan iklim yang mendorong seorang perawat untuk berperilaku terbuka dalam mengambil keputusan.

Berpikir kritis dalam lahan praktik keperawatan merupakan proses pengambilan keputusan yang membutuhkan keterampilan kognitif untuk menganalisis standar-standar, mendiskriminasi, mencari informasi, memberi alasan secara logis, memprediksi dan mentransfer ilmu (Lewis *et al*, 2007). Bahkan Alfaro-LeFevre (2004) telah mengembangkan indikator untuk mengidentifikasi keterampilan dan perilaku pemikir kritis, yang terdiri atas tiga aspek yaitu pengetahuan, perilaku afektif dan perilaku emosional. Ketiga aspek ini harus dimiliki oleh seorang perawat medikal bedah khususnya di unit ortopedi agar dapat mengembangkan keterampilan dan perilaku berpikir kritis untuk memberikan *high-quality care*.

Keputusan klinis berupa diagnosis yang ditegakkan oleh perawat akan mengarahkan dalam pemilihan intervensi dan *outcomes* yang akan mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Diagnosis keperawatan adalah suatu respon manusia terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan (NANDA-I, 2007). Jika perawat memberikan label pada hasil interpretasi dari data-data yang diperoleh dari pasien maka kualitas asuhan keperawatan akan semakin meningkat

karena interpretasi merupakan dasar pemilihan intervensi dan hasil yang diharapkan (Lunney, 2006).

Terkait kualitas asuhan keperawatan, telah dikembangkan suatu alat ukur berupa instrumen Q-DIO (*Quality of Diagnoses, Intervention and Outcomes*) sejak tahun 2005 hingga 2006. Instrumen ini merupakan suatu alat ukur untuk menilai kualitas diagnosis, intervensi dan *outcomes* keperawatan melalui dokumentasi asuhan keperawatan. Instrumen ini menggunakan 29 item pertanyaan bertipe *Likert* yang terdiri dari 4 item yaitu (1) diagnosis keperawatan sebagai suatu proses, (2) diagnosis keperawatan sebagai suatu produk/hasil, (3) intervensi keperawatan, dan (4) *outcomes* keperawatan (Muller-Staub *et al*, 2008).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Muller-Staub *et al* (2010), instrument Q-DIO memungkinkan untuk mengukur kualitas asuhan keperawatan melalui dokumentasi keperawatan yang terdiri dari diagnosis, intervensi dan *outcomes* dengan atau tanpa implementasi teori dan bahasa keperawatan yang terstandarisasi. Penelitian ini juga mendukung penggunaan klasifikasi keperawatan seperti NANDA, NIC dan NOC.

Penilaian kualitas pelayanan keperawatan ini harus difokuskan pada pengukuran kinerja perawat atau proses keperawatan yang wujudnya dapat terlihat pada dokumentasi keperawatan (Bostick *et al*, 2003). Perawat sebagai salah satu tim tenaga kesehatan perlu mengembangkan pengukuran kualitas dokumentasi karena kualitas dokumentasi ini merupakan cerminan kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat. Dokumentasi keperawatan dianggap sangat penting untuk mengevaluasi asuhan keperawatan, yang dapat dinilai melalui kesesuaian dengan teori dan penggunaan istilah yang terstandarisasi (Muller-Staub *et al*, 2008).

Tanpa istilah dan bahasa yang terstandarisasi, dokumentasi keperawatan akan menjadi tidak spesifik dan ambigu yang dapat berakibat pada ketidakpastian dan kerusakan pertukaran informasi yang dapat berakibat pada terputusnya pemberian pelayanan keperawatan. Pengembangan bahasa diagnosis keperawatan yang terstandarisasi telah dilakukan sejak 1973 (NANDA International, 2006), dan diikuti dengan pengembangan klasifikasi intervensi dan *outcome* keperawatan (Dotcherman & Bulechek, 2004; Moorhead, Johnson & Mass, 2003).

Pada lahan praktek, penggunaan istilah dan bahasa dalam dokumentasi keperawatan harus dibarengi dengan pengukuran kualitas untuk memperoleh penilaian keluaran pasien yang dirawat. Diagnosis keperawatan harus dinyatakan secara akurat sebagai dasar dalam menentukan intervensi yang efektif untuk mencapai *outcome* pasien yang positif dan spesifik (Muller-Staub *et al*, 2008).

Diagnosis keperawatan diartikan sebagai ‘suatu penilaian klinis mengenai respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan memberikan dasar dalam menyeleksi intervensi keperawatan untuk mencapai *outcomes*/hasil yang menjadi tanggung jawab seorang perawat’ (NANDA International, 2005). Definisi ini mengasumsikan bahwa diagnosis keperawatan dengan tanda dan gejalanya, dapat diatasi dan diubah dengan intervensi keperawatan (McFarland & McFarlane, 1997). Intervensi keperawatan diartikan sebagai terapi keperawatan, yang didasarkan pada penilaian dan ilmu klinis yang dilaksanakan oleh perawat untuk memperbaiki *outcomes* pasien. Intervensi keperawatan meliputi terapi keperawatan baik yang dilaksanakan secara langsung oleh perawat maupun terapi keperawatan yang secara tidak langsung dilaksanakan untuk kesejahteraan pasien (Dochterment & Bulecheck, 2004).

Sedangkan *outcomes* keperawatan diartikan sebagai perubahan pada status kesehatan pasien sebagai hasil dari intervensi keperawatan (Mass *et al*, 1996), dimana status kesehatan ini merupakan reaksi terhadap intervensi keperawatan dan bukan terhadap faktor-faktor lainnya. *Outcomes* keperawatan merupakan suatu kondisi status individu, keluarga dan komunitas, perilaku atau persepsi yang dapat diukur dan berespons terhadap intervensi keperawatan (Moorhead *et al*, 2004).

Secara internasional, diagnosis keperawatan telah dianggap sebagai komponen yang penting dari proses keperawatan (Gordon & Bartholomeyczik, 2001). Di samping itu, intervensi dan *outcome* sebagai bagian dari proses keperawatan juga telah diterapkan di berbagai rumah sakit (Needham, 1990). Menurut Currel & Urquhart (2003), ketika mengaplikasikan bahasa atau istilah yang telah terstandarisasi, diperlukan adanya konsistensi antara diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan *outcomes* keperawatan. Konsistensi yang dimaksudkan adalah sesuai dengan teori, jelas, dan secara logika terdapat kaitan antara diagnosis, intervensi dan *outcomes*. Perawat

perlu merumuskan diagnosis keperawatan secara akurat yang didasarkan atas penilaian klinis (*clinical judgement*) untuk memilih dan menentukan intervensi yang efektif serta *outcomes* yang spesifik bagi setiap pasien sehingga tersusun suatu rencana asuhan keperawatan yang berkualitas.

Proses keperawatan telah diterapkan pada hampir seluruh rumah sakit besar di Indonesia, termasuk RSUP Fatmawati Jakarta. Namun walaupun proses keperawatan saat ini diterapkan, berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti sekitar satu bulan (23 November s.d. 17 Desember 2010) di ruang perawatan ortopedi dan berdasarkan keterangan dari kepala ruangan, kualitas dari diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan *outcomes* keperawatan tersebut masih perlu ditingkatkan, seperti pernyataan diagnosis yang tidak sesuai dengan formula NANDA, etiologi yang tidak sesuai dengan diagnosis serta etiologi yang tidak konsisten dengan tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien. Selain itu ditemukan pula, pernyataan intervensi yang kurang jelas dan konkrit, serta tidak sesuai dengan diagnosis yang telah ditetapkan. Begitupun dengan *outcome* keperawatan, kriteria hasil yang ditetapkan belum akurat dan masih kurang dievaluasi sesuai dengan jadwal berkala yang telah ditetapkan. Dengan kondisi yang demikian, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan di Unit Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.

1.2. Rumusan Masalah

Prevalensi kasus ortopedi memiliki kecenderungan untuk terus meningkat, tidak hanya di negara maju tapi juga di negara berkembang seperti di Indonesia. Rentang perawatan pasien ortopedi sangat bervariasi mulai dari kasus sederhana hingga kasus yang memiliki kompleksitas yang tinggi. Selain itu asuhan keperawatan pada pasien ortopedi memiliki bidang jangkauan perawatan yang dinamis sehingga menuntut perawat untuk meningkatkan profesionalitas dan pengembangan diri perawat termasuk keterampilan berpikir kritis, karena berpikir kritis merupakan proses pengambilan keputusan dan penilaian klinis dalam menentukan diagnosis keperawatan yang akurat, penyusunan intervensi dan *outcome* keperawatan yang sesuai guna memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Walaupun berpikir kritis telah dikenal memiliki kaitan dalam proses pengambilan keputusan dan penilaian klinis yang akan menjadi penentu pemberian asuhan

keperawatan yang berkualitas, namun beberapa penelitian masih menunjukkan hasil yang tidak konsisten. Selain itu belum banyak penelitian dan jurnal yang secara pasti meneliti hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis, intervensi dan *outcomes* keperawatan pada asuhan keperawatan pasien ortopedi.

Oleh karena belum diketahuinya hubungan antara berpikir kritis dengan kualitas asuhan keperawatan di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta maka pertanyaan penelitian yang akan dijawab pada penelitian ini adalah “Adakah hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan di Unit Perawatan Ortopedi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Diketahuinya karakteristik responden yang terdiri atas usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman praktik dan lama bekerja di unit ortopedi.
- b. Diketahuinya hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis pada asuhan keperawatan di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.
- c. Diketahuinya hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas intervensi pada asuhan keperawatan di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta
- d. Diketahuinya hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas *outcomes* pada asuhan keperawatan di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.

1.4. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diharapkan dari penelitian ini yaitu:

1.4.1. Manfaat Aplikatif

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan bahan pertimbangan bagi perawat untuk selalu melakukan upaya dalam mengembangkan keterampilan berpikir kritisnya terutama dalam menegakkan diagnosis keperawatan, karena diagnosis keperawatan ini adalah pengarah/pemandu dalam memilih intervensi dan *outcomes*/hasil yang tepat dan sesuai untuk pasien ortopedi, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan/asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

1.4.2. Manfaat Keilmuan

- a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai *evidence based practice* dalam praktek keperawatan medikal bedah dan memperkuat dukungan teoritis bagi pengembangan ilmu Keperawatan Medikal bedah, sehingga dapat dijadikan sebagai materi dalam pembelajaran pendidikan keperawatan medikal bedah, khususnya dalam peningkatan kemampuan berpikir kritis.
- b. Memberikan gambaran tentang hubungan berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis, intervensi dan *outcomes* pada asuhan keperawatan pasien ortopedi yang tertuang dalam dokumentasi keperawatan, dimana dokumentasi keperawatan ini merupakan wujud nyata dari proses keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat.

1.4.3. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan dan data dasar bagi penelitian berikutnya terutama yang terkait dengan topik berpikir kritis dan pengukuran kualitas diagnosis, intervensi dan *outcome* keperawatan yang tercermin dari dokumentasi keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan tentang konsep dan teori berpikir kritis, sistem klasifikasi keperawatan yang terstandarisasi, standar asuhan keperawatan, peran perawat spesialis keperawatan medikal bedah. Selain itu akan diuraikan juga tentang teori diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, *outcomes* keperawatan yang sering ditegakkan di bagian ortopedi.

2.1 Berpikir Kritis

2.1.1 Definisi

Menurut Black & Hawks (2009), berpikir merupakan karakter khusus pada manusia yang melibatkan organisasi informasi baru dan mereorganisasi informasi sebelumnya ke dalam bentuk-bentuk yang mengarah kepada respon-respons baru, kemudian menggeneralisasi suatu situasi baru.

Walaupun berpikir kritis dijelaskan dalam berbagai definisi, namun berpikir kritis lebih banyak digambarkan sebagai suatu proses daripada sebagai suatu tujuan (Facione & Facione, 2004; Petress, 2004). Istilah berpikir kritis (*critical thinking*) berasal dari bahasa Yunani Kuno. Paul, Elder dan Bartell berpendapat bahwa kata *critical* berasal dari dua kata yaitu '*kriticos*' yang berarti penilaian perbedaan dan '*kriterion*' berarti standar. Secara etimologis, kedua kata ini menyiratkan makna perkembangan penilaian perbedaan pada standar-standar (Chabeli, 2007).

Berpikir kritis adalah suatu istilah yang digunakan untuk menjelaskan suatu proses kognitif yang mengarahkan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan, dimana merupakan proses perbaikan dari pikiran yang mengubah metode proses berpikir untuk meyakinkan bahwa kesimpulan yang diambil telah tepat, beralasan dan teliti (Black & Hawk, 2009).

LeMone & Burke (2008) mengartikan berpikir kritis sebagai keterampilan berpikir *divergent* (berbeda) untuk menimbang pentingnya suatu informasi yang diperoleh untuk mengeksplorasi alternatif-alternatif dan menarik kesimpulan dari data relevan yang telah dikumpulkan. Perawat harus mampu membedakan fakta dan non-fakta sehingga keputusan yang dibuat sistematis dan logis untuk memecahkan masalah. Kemampuan perawat untuk menjelaskan persamaan dan perbedaan dari informasi

yang tidak relevan, juga akan membantu perawat fokus pada situasi yang sedang dihadapinya saat ini.

2.1.2 Sikap Berpikir Kritis

Menurut Facionate (2006), individu menunjukkan berpikir kritisnya dikombinasikan dengan kemampuan kognitif dan kecenderungan (*disposition*) afektif untuk berpikir kritis. Kecenderungan afektif pada seorang pemikir kritis meliputi rasa ingintahu, sistematis, bijaksana, mencari kebenaran, analitis, berpikiran terbuka, percaya diri dalam menyampaikan alasan dan penilaian (Scheffer & Rubenfeld, 2000; Simpson & Courtney, 2002). Berpikir kritis terjadi ketika individu dengan kecenderungannya diperhadapkan dengan masalah yang sangat sering terjadi dengan data yang tidak memadai dan mengembangkan suatu strategi untuk mencari solusinya (Rogal & Young, 2008).

Seseorang yang berpikir kritis akan memiliki sikap-sikap berikut ini (Paul, 1998 dalam Christensen & Kenney, 2009):

a. *Intellectual Humanity*

Suatu kesadaran terhadap keterbatasan pengetahuan diri dan kepekaan diri terhadap kemungkinan bias dan prasangka. Perawat dan tenaga kesehatan sebaiknya tidak mengklaim bahwa mereka mengetahui lebih banyak dari apa yang sebenarnya mereka ketahui.

b. *Intellectual Courage*

Keinginan dan keterbukaan untuk mendengar dan secara jujur mengkaji ide-ide orang lain, meskipun perawat sangat berlawanan dengan ide-ide tersebut. Membutuhkan keberanian untuk mempertimbangkan dan mengkaji sudut pandang orang lain dan dengan jujur menimbang kekuatan dan kelemahan pendapat diri.

c. *Intellectual Emphaty*

Kemampuan untuk membayangkan diri sendiri di posisi orang lain sehingga dapat memahami pandangan dan jalur penalaran orang tersebut.

d. *Intellectual Integrity*

Keinginan untuk menerapkan standar bukti intelektual yang baku dan sama terhadap pengetahuan yang kita miliki yang kita terapkan terhadap pengetahuan yang dimiliki oleh orang lain. Hal ini membutuhkan kejujuran untuk menelaah

dan mengakui kesalahan atau ketidakkonsistenan pikiran, penilaian dan tindakan diri.

e. Intellectual Perseverance

Keinginan untuk mencari wawasan dan kebenaran lebih jauh meskipun sulit dan frustrasi. Banyak waktu dan energi mungkin dibutuhkan untuk mendapatkan dan mempertimbangkan informasi baru dan membentuk wawasan baru.

f. Faith in Reason

Percaya pada diri sendiri dan keinginan untuk mencari pemikiran rasional dan percaya bahwa orang lain juga mampu melakukan hal serupa.

g. Intellectual Sense of Justice

Keinginan untuk menelaah sudut pandang orang lain dengan standar intelektual yang sama, dan tidak dipengaruhi oleh kepentingan atau keuntungan diri sendiri atau orang lain.

2.1.3 Proses Berpikir Kritis

Berpikir kritis juga membutuhkan beberapa proses intelektual aktif yang esensial dalam pengumpulan data, pengambilan keputusan, penyusunan prioritas, penyelesaian masalah dan perencanaan asuhan keperawatan. Proses ini adalah (Christensen & Kenney, 2009):

a. Berpikir rasional, logis dan beralasan

Didasarkan pada pembuatan hubungan antara bukti solid, observasi dan fakta untuk menarik kesimpulan, bukan pengambilan keputusan yang berdasarkan ketidaktahuan, kesukaan, prasangka atau kepentingan sendiri.

b. Berpikir reflektif

Meluangkan waktu untuk meneliti dan menganalisis data yang secara akurat mengidentifikasi masalah pasien dan hasil akhir kesehatan yang diinginkan. Kemungkinan tindakan untuk mencapai hasil tersebut dipertimbangkan dan diperbandingkan dengan keuntungan, bahaya, dan kerugian dari setiap tindakan. Perawat tidak hanya sekedar mengambil kesimpulan, tetapi menimbang informasi dengan cara yang sesuai dengan disiplin yang dianut.

c. Berpikir otonomi

Berpikir dengan diri sendiri, tidak hanya menerima atau dapat dimanipulasi oleh pandangan orang lain. Pemikir otonomi menganalisis informasi dan memutuskan dimana yang paling benar dan terpercaya.

d. Berpikir kreatif

Cara yang bertujuan dan mengarah pada tujuan guna menghubungkan atau mensintesis informasi sehingga terlibat dengan cara baru atau memberikan konklusi yang unik. Berpikir kreatif adalah kemampuan untuk membina hubungan, mentransfer informasi ke dalam situasi baru, merancang pilihan alternatif, dan menemukan penyelesaian baru terhadap masalah.

e. Memutuskan konklusi dan tindakan

Mencakup menganalisis dan mengevaluasi bukti-bukti, membandingkan pilihan, menimbang kerugian, risiko dan keuntungan dan memperkirakan keberhasilan pencapaian hasil akhir yang diinginkan.

2.1.3 Aplikasi Berpikir Kritis dalam Praktik Keperawatan

Penggunaan berpikir kritis dalam mengembangkan perencanaan asuhan keperawatan membutuhkan pertimbangan faktor-faktor kemanusiaan yang dapat mempengaruhi rencana perawatan sebagai hasil interaksi dengan pasien dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat dan sesuai serta spesifik untuk masing-masing pasien. Budaya, perilaku dan proses berpikir pasien, perawat dan orang-orang lainnya mempengaruhi proses berpikir kritis yang terjadi melalui interaksi perawat-pasien (Wilkinson, 2001).

Perawat harus menggunakan keterampilan berpikir kritisnya pada seluruh lahan praktik. Walaupun pada setiap lahan praktik, memiliki karakteristik pasien yang juga berbeda, unik dan dinamis. Faktor-faktor keunikan yang dibawa oleh pasien dan perawat ke dalam situasi perawatan harus dipertimbangkan, dikaji, dianalisa dan diinterpretasi. Interpretasi informasi memungkinkan perawat berfokus pada faktor-faktor yang paling relevan dan signifikan pada situasi klinis. Keputusan mengenai apa yang harus dikerjakan dan bagaimana mengerjakannya, dikembangkan dalam suatu rencana tindakan. Keterampilan ini meliputi pengkajian sistematis dan komprehensif, pengenalan asumsi dan inkonsistensi, verifikasi realibilitas dan akurasi, identifikasi informasi yang kurang, pembedaan antara informasi yang relevan dan tidak relevan, mendukung bukti dengan fakta dan kesimpulan, penyusunan prioritas dengan penentuan pengambilan keputusan secara berkala pada kriteria hasil pencapaian pasien dan pengkajian ulang respons dan *outcomes* (Alfaro-LeFavre, 2003).

Menurut Pacione (2011) dan Potter & Perry (2009), berpikir kritis terdiri atas enam sub-skill dan aplikasinya dalam keperawatan adalah sebagai berikut:

a. Interpretasi (*Interpretation*)

Interpretasi merupakan proses memahami dan menyatakan makna atau signifikansi variasi yang luas dari pengalaman, situasi, data, peristiwa, penilaian, persetujuan, keyakinan, aturan, prosedur dan kriteria. Interpretasi meliputi sub-skill kategorisasi, pengkodean dan penjelasan makna (Pacione, 2011). Menurut Potter & Perry (2009), aplikasi interpretasi dalam keperawatan yaitu melakukan pengumpulan data secara sistematis. Mencari pola data lalu membuat kategori dan mengklarifikasi semua data yang belum jelas.

b. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah proses mengidentifikasi hubungan antara pernyataan, pertanyaan, konsep, deskripsi, atau bentuk-bentuk representasi lainnya untuk mengungkapkan keyakinan, penilaian, pengalaman, alasan, informasi dan opini. Selain itu diartikan pula dengan memeriksa ide dan mendeteksi argumen (Pacione, 2011). Menurut Potter & Perry (2009), aplikasi analisis dalam keperawatan yaitu berpikiran terbuka dalam melihat data informasi pasien, tidak membuat asumsi yang terburu-buru dan ceroboh dan menanyakan apakah data tidak sesuai dengan yang perawat ketahui.

c. Inferensi (*Inference*)

Inferensi merupakan proses mengidentifikasi dan memperoleh unsur yang dibutuhkan untuk menarik kesimpulan, untuk membentuk suatu dugaan atau hipotesis, mempertimbangkan informasi yang relevan dan mengembangkan konsekuensi yang sesuai dengan data, pernyataan, prinsip, bukti, penilaian, keyakinan, opini, konsep, deskripsi, pertanyaan dan bentuk-bentuk representasi lainnya (Pacione, 2011). Menurut Potter & Perry (2009), aplikasi inferensi dalam keperawatan yaitu melihat arti dari data yang dikumpulkan dan menentukan signifikansinya, apakah terdapat hubungan antar data, apakah data tersebut dapat membantu untuk mengetahui adanya masalah pasien

d. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan suatu proses pengkajian kredibilitas pernyataan atau representasi yang menilai atau menggambarkan persepsi, pengalaman, situasi, penilaian, keyakinan atau opini seseorang serta mengkaji kekuatan logis dari hubungan aktual antara dua atau lebih pernyataan, deskripsi, pertanyaan atau

bentuk representasi lainnya. Menurut Potter & Perry (2009), aplikasi evaluasi dalam keperawatan yaitu melihat situasi secara objektif dan menggunakan kriteria untuk menentukan hasil yang diharapkan atau tindakan keperawatan, evaluasi dilakukan pada tindakan yang telah perawat kerjakan

e. Eksplanasi (*Explanation*)

Eksplanasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk mempresentasikan hasil penilaian seseorang dengan cara meyakinkan dan koheren. Ini berarti bahwa eksplanasi adalah kemampuan untuk memberikan pandangan penuh terhadap suatu gambaran besar. Menurut Potter & Perry (2009), aplikasi eksplanasi dalam keperawatan adalah menjelaskan penemuan dan kesimpulan yang dibuat oleh perawat, menggunakan semua pengetahuan dan pengalaman perawat untuk menentukan cara yang tepat dalam merawat pasien.

f. Pengontrolan diri (*Self-Regulation*)

Pengontrolan diri diartikan sebagai kesadaran untuk memantau aktivitas kognitif sendiri, unsur-unsur yang digunakan dalam aktivitas tersebut, dan hasil-hasil yang dikembangkan, terutama melalui penggunaan keterampilan dalam menganalisis, mengevaluasi penilaian infrensial seseorang dengan suatu pandangan melalui pengajuan pertanyaan, konfirmasi, validasi atau pembetulan terhadap hasil penilaian seseorang. Menurut Potter & Perry (2009), aplikasi pengontrolan diri dalam keperawatan yaitu melihat kejadian yang telah dialami dan menemukan cara bagaimana dapat memperbaiki kinerja perawat dan menanyakan apakah yang dapat membuat perawat merasa telah berhasil.

2.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemampuan dan Keterampilan Berpikir Kritis

Menurut Potter & Perry (2009), faktor yang mempengaruhi kemampuan berpikir kritis perawat adalah lamanya pengalaman klinik dan tingkat pendidikan. Keperawatan merupakan sebuah disiplin ilmu yang menerapkan praktik. Pengalaman belajar klinis diperlukan untuk memenuhi keterampilan membuat keputusan (Roche, 2002). Dengan pengalaman, perawat akan mulai mengerti situasi klinis, mengenali pola kesehatan pasien, dan menilai apakah pola tersebut berhubungan atau tidak dengan kesehatan pasien (Potter & Perry, 2009).

Keterpaparan dengan masalah klinik di lahan praktik keperawatan memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengaplikasikan dan membiasakan keterampilannya (Martin, 2002), sehingga seseorang yang mengabaikan kemampuan berpikir kritisnya akan semakin menumpulkan keterampilannya. Pentingnya berpikir kritis sebagai salah satu kriteria dalam berbagai disiplin telah banyak diakui termasuk dalam disiplin ilmu keperawatan (*Australian Nursing Council Incorporated*, 2002; Heath, 2002; Higbee, 2003). Strategi yang dapat digunakan oleh seorang pendidik untuk mengembangkan kemampuan berpikir kritis perawat adalah dengan melakukan ujian tulis teoritis, studi kasus, *problem based learning*, dan *role play* (Braun, 2004; Magnussen, Ishida, & Itano, 2000; Wright, 2002; Yuretich, 2003).

Penelitian yang dilakukan oleh Ingram (2008), menunjukkan hasil yang berbeda. Hasil penelitiannya tidak mendukung asumsi bahwa berpikir kritis sejalan dengan peningkatan pengalaman. Walaupun Oerman (1999) mengungkapkan bahwa perawat membangun keterampilan berpikir kritisnya melalui pengalaman tapi pada penelitian ini tidak mendukung asumsi ini. Lebih lanjut Oerman (1999) tetap mengemukakan bahwa perawatan membutuhkan integrasi strategi untuk memperkuat pengembangan berpikir kritis selama masa orientasi, melalui program pendidikan berkelanjutan dan dengan menjalani interaksi dengan staf-staf perawat. Inganavicius (2001) mendukung pendapat bahwa pada perawat baru, pengalaman diperlukan untuk membantu pengembangan berpikir kritis.

Lebih lanjut, Potter & Perry (2009) juga mengemukakan bahwa pengetahuan seorang perawat bervariasi bergantung pada jenjang pendidikan yang dimilikinya. Hal ini berkaitan dengan dengan kesempatan perawat untuk mengikuti perkembangan dari ilmu keperawatan. Kedalaman dan luasnya pengetahuan akan mempengaruhi kemampuan perawat untuk berpikir kritis dalam menangani masalah keperawatan.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Feng *et al* (2010), faktor-faktor yang paling mempengaruhi kompetensi dan kecenderungan (*disposition*) berpikir kritis perawat selain lamanya pengalaman praktik klinik dan tingkat pendidikan adalah usia dan pengalaman di rumah sakit lain secara signifikan mempengaruhi kompetensi berpikir kritis perawat ($p < 0,05$).

2.2 Sistem Klasifikasi Keperawatan yang Terstandarisasi

Ketika memulai pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien, perawat mengumpulkan informasi dan mengkaji data pasien untuk mengembangkan suatu rencana perawatan. Hasil pengkajian ini kemudian dianalisis dan membuat keputusan tentang masalah yang dialami pasien. Diagnosis keperawatan telah digunakan oleh perawat untuk memberi nama dan mengklasifikasikan keputusan ini dalam kerangka keperawatan. Taksonomi diagnosis keperawatan telah dikembangkan oleh *North American Nursing Diagnoses Association (NANDA)* sebagai suatu sistem klasifikasi untuk proses analisis dan penyajian akhir data pengkajian dan identifikasi masalah pasien. Penggunaan sistem klasifikasi akan memudahkan perencanaan dan intervensi untuk membantu pasien mengatasi masalah penyakitnya dan memperoleh kembali status kesehatan dan aktivitasnya yang normal. Sistem klasifikasi yang juga telah dikembangkan dalam keperawatan adalah *Nursing Intervention Classification (NIC)* dan *Nursing Outcome Classification (NOC)* (Ross, 1998). Berikut ini akan diuraikan tentang ketiga jenis sistem klasifikasi tersebut.

2.2.1 Diagnosis Keperawatan

a. Definisi

Diagnosis keperawatan diartikan sebagai “suatu penilaian klinis mengenai respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan memberikan dasar dalam menyeleksi intervensi keperawatan untuk mencapai *outcomes*/hasil yang menjadi tanggung jawab seorang perawat” (*NANDA International, 2005*).

Secara internasional, diagnosis keperawatan telah dianggap sebagai komponen yang krusial dan penting dari proses keperawatan. Di samping itu, intervensi dan *outcome* sebagai bagian dari proses keperawatan juga telah diterapkan di berbagai rumah sakit (Gordon & Bartholomeyczik, 2001; Needham, 1990).

b. Formulasi Diagnosis Keperawatan

NANDA-I telah mengidentifikasi empat tipe diagnosis keperawatan, yaitu:

a) Diagnosis keperawatan aktual

Diagnosis ini menggambarkan respons manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang terdapat dalam individu, keluarga dan

komunitas. Karakteristik definisi yang dikelompokkan dalam pola petunjuk yang berhubungan atau gangguan yang mendukung pengkajian diagnosis ini. Pemilihan diagnosis aktual menunjukkan data pemeriksaan yang ada sudah cukup untuk menegakkan diagnosis keperawatan (*NANDA International, 2007*).

b) **Diagnosis Keperawatan Risiko**

Diagnosis ini menggambarkan respons manusia terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan yang mungkin menyebabkan individu, keluarga atau komunitas menjadi rentan. Pengkajian utama untuk tipe diagnosis ini adalah adanya data yang menunjang faktor risiko (insisiasi dan lingkungan rumah sakit) yang mendukung kerentanan pasien. Data tersebut dapat berupa faktor fisiologis, psikososial, keturunan, gaya hidup, dan lingkungan yang meningkatkan kerentanan pasien, atau kecenderungan untuk berkembang ke kondisi tersebut (*NANDA International, 2007*).

c) **Diagnosis Keperawatan Sejahtera**

Diagnosis ini menggambarkan respons manusia terhadap tingkat kesejahteraan pada individu, keluarga atau komunitas yang memiliki kesiapan untuk peningkatan. Ini merupakan penilaian klinis tentang individu, keluarga atau komunitas dalam transisi dari tingkat kesejahteraan tertentu ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi. Perawat memilih tipe diagnosis ini ketika pasien berharap atau telah mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Dalam pelaksanaannya, perawat menggabungkan kekuatan pasien dan sumber daya yang ada ke dalam rencana keperawatan dengan tujuan untuk meningkatkan tingkat adaptasi (*NANDA International, 2007; Potter & Perry, 2009*).

d) **Diagnosis Keperawatan Promosi Keperawatan**

Diagnosis ini merupakan penilaian klinis terhadap motivasi individu, keluarga atau komunitas serta keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan aktualisasi potensi kesehatan manusia sebagai ungkapan kesiapan mereka untuk meningkatkan perilaku kesehatan tertentu seperti nutrisi dan olahraga. Diagnosis promosi kesehatan dapat digunakan pada berbagai bidang kesehatan dan tidak membutuhkan tingkat kesejahteraan tertentu (*NANDA International, 2007*).

c. Komponen Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan berasal dari proses pengkajian dan diagnosis. Melalui kalimat tersebut, kalimat diagnosis berada dalam format dua bagian yaitu label diagnosis yang diikuti oleh pernyataan faktor terkait. Format dua bagian tersebut memberikan makna diagnosis dan hubungannya dengan pasien tertentu. Sebagai tambahan, semua diagnosis yang disetujui NANDA-I memiliki sebuah definisi dimana faktor risiko adalah komponen dari diagnosis keperawatan risiko (Potter & Perry, 2009).

a) Label Diagnosis

Label diagnosis merupakan nama diagnosi keperawatan yang disetujui NANDA International. Hal ini menggambarkan inti dari respons pasien terhadap kondisi kesehatan dalam kata-kata yang sesedikit mungkin. Label diagnosis melibatkan penggunaan kata penjelas/deskriptor dalam memberikan pengertian tambahan tentang diagnosis. Sebagai contoh, diagnosis *kerusakan mobilitas fisik* termasuk dalam deskriptor *kerusakan* untuk menjelaskan keaslian atau perubahan mobilitas yang menggambarkan dengan baik respons pasien. Contoh deskriptor lainnya adalah *penurunan, defisiensi, keterlambatan, efektif, ketidakseimbangan* dan *peningkatan* (Potter & Perry, 2009).

b) Faktor Terkait

Faktor terkait adalah kondisi atau etiologi yang ditemukan dari data pemeriksaan pasien. Ini berhubungan dengan respons potensial atau aktual pasien terhadap masalah kesehatan dan dapat diubah melalui intervensi keperawatan. Faktor terkait untuk diagnosis NANDA-I terdiri atas empat kategori yaitu: patofisiologi (biologis atau psikologis), pengobatan terkait, situasi (lingkungan atau personal) dan maturasi (Carpenito Moyet, 2005). Ungkapan 'berhubungan dengan' bukan merupakan pernyataan penyebab atau efek tetapi lebih menunjukkan kepada etiologi atau berhubungan dengan diagnosis pasien. Memasukkan ungkapan 'berhubungan dengan' membutuhkan keterampilan berpikir kritis untuk membuat diagnosis keperawatan dan kemudian memilih tindakan keperawatan (Potter & Perry, 2009).

Etiologi diagnosis keperawatan selalu berada dalam ruang lingkup praktik keperawatan dan kondisi yang menentukan diagnosis keperawatan. Terkadang, perawat memasukkan diagnosis medis sebagai etiologi keperawatan yang tentunya hal ini tidak benar. Intervensi keperawatan bukan untuk mengubah diagnosis medis, namun perawat menempatkan intervensi keperawatan pada perilaku atau kondisi yang dapat ditangani oleh perawat (Potter & Perry, 2009).

2.2.2 Intervensi Keperawatan

a. Definisi

Intervensi keperawatan diartikan sebagai terapi keperawatan, yang didasarkan pada penilaian dan ilmu klinis yang dilaksanakan oleh perawat untuk memperbaiki *outcomes* pasien. Intervensi keperawatan meliputi terapi keperawatan langsung (*direct care*) yang dilaksanakan secara langsung oleh perawat dan terapi keperawatan tidak langsung (*indirect care*) yang dilaksanakan untuk kesejahteraan pasien (Dochterment & Bulecheck, 2004).

b. Klasifikasi Intervensi Keperawatan

Klasifikasi Intervensi Keperawatan (*Nursing Intervention Classification*) dirancang oleh University of Iowa. Melalui *Iowa International Project*, disusun intervensi keperawatan yang menyediakan standarisasi untuk peningkatan komunikasi dalam asuhan keperawatan di seluruh lingkungan kesehatan, dan untuk membandingkan *outcomes*/hasil (Bulechek et al, 2008; *Iowa Intervention Project*, 1993) dan juga membantu pemisahan praktik keperawatan dari profesional kesehatan lainnya. Sistem ini memberikan standarisasi yang meningkatkan komunikasi asuhan keperawatan pada berbagai tatanan dan perbandingan hasilnya. Dengan NIC, perawat mempelajari intervensi keperawatan yang disarankan untuk berbagai diagnosis keperawatan sesuai kategori *NANDA International*. Perawat juga mempelajari berbagai aktivitas keperawatan untuk tiap intervensi NIC (Potter & Perry, 2009).

c. Tujuan Klasifikasi Intervensi Keperawatan

Pengklasikasian intervensi keperawatan keperawatan dalam bentuk bahasa yang terstandarisasi berupa NIC ini bertujuan untuk:

- a) Standarisasi nomenklatur (contoh: label, deskripsi) intervensi keperawatan. Memberikan standar bahasa yang digunakan perawat untuk menjelaskan tindakan dalam perawatan pasien.
- b) Memperluas pengetahuan keperawatan tentang hubungan antara diagnosis keperawatan, terapi dan hasil. Hubungan ini akan ditentukan melalui penelitian pasien di lapangan dengan menggunakan data dasar hasil klasifikasi tersebut
- c) Membangun sistem informasi keperawatan dan pelayanan kesehatan
- d) Mengajarkan proses pengambilan keputusan kepada siswa keperawatan. Mendefinisikan dan mengklasifikasikan intervensi keperawatan untuk mengajar perawat baru menentukan kebutuhan pasien dan meresponnya dengan cepat
- e) Menentukan biaya perawatan oleh perawat
- f) Merencanakan sumber daya yang dibutuhkan pada semua tatanan praktik keperawatan
- g) Sebagai bahasa untuk menyampaikan fungsi unik keperawatan
- h) Sebagai penghubung dengan sistem klasifikasi pada pelayanan kesehatan lainnya (Bulechek, Butcher & Dochterman; 2008)

d. Model Klasifikasi Intervensi Keperawatan

Model NIC meliputi 3 tingkat, yaitu domain, kelas dan tindakan untuk kemudahan penggunaan. Domain merupakan tingkat tertinggi (level 1) pada model tersebut. Disini digunakan istilah yang luas (seperti: keamanan dan fisiologi dasar) untuk mengatur kelas dan tindakan yang lebih spesifik. Tingkat kedua pada model tersebut mencakup 542 tindakan, yang didefinisikan sebagai terapi yang didasarkan pada pertimbangan dan pengetahuan klinis yang dilakukan perawat untuk meningkatkan hasil pasien (Bulechek et al, 2008). Selanjutnya setiap tindakan akan mencakup berbagai aktivitas keperawatan yang dapat dipilih. Ini merupakan aktivitas keperawatan yang akan sering digunakan oleh perawat dalam perencanaan perawatan.

Tindakan NIC juga dihubungkan dengan diagnosis keperawatan NANDA International untuk kemudahan pennggunaanya (NANDA International, 2007). NIC adalah sumber yang berguna untuk memilih tindakan dan aktivitas bagi pasien. NIC terus diperbaiki dan berorientasi pada praktik. Klasifikasi ini bersifat

komprehensif dan mencakup intervensi keperawatan independen dan kolaboratif. Keputusan akhir untuk memilih tindakan dan kegiatan yang terbaik bagi pasien tetap berada di tangan perawat (Potter & Perry, 2009).

Dalam memilih intervensi keperawatan, Bulechek *et al* (2008) mengemukakan 6 (enam) aspek yang harus dipertimbangkan oleh perawat, yaitu:

a) Karakteristik Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan memiliki 3 karakteristik yaitu terdiri atas (1) Tindakan harus mengubah faktor etiologi (berhubungan dengan), atau tanda dan gejala yang berhubungan dengan etiologi, (2) Saat faktor etiologi tidak dapat diubah, arahkan tindakan untuk menangani tanda dan gejala (contoh: kriteria definisi NANDA International), dan (3) Untuk diagnosis risiko tinggi, arahkan tindakan pada perubahan atau eliminasi faktor risiko untuk diagnosis tersebut.

b) Hasil yang Diharapkan

Hasil yang diharapkan harus dipertimbangkan karena perawat menyatakan hasil sebagai indikator evaluasi efek dari tindakan, bahasa ini membantu pemilihan tindakan. NIC dirancang untuk menunjukkan hubungan dengan NOC (Moorhead *et al*, 2008)

c) Dasar Bukti/Penelitian

Intervensi keperawatan didasarkan pada bukti/penelitian, yaitu (1) Bukti penelitian akan menunjukkan efektifitas tindakan untuk pasien tertentu, (2) Jadikan bukti sebagai rujukan (contoh: artikel penelitian atau protokol praktik berbasis bukti pada situasi klinis yang sama), dan (3) Saat penelitian tidak tersedia, gunakan prinsip ilmiah (contoh: pengendalian infeksi) atau lakukan konsultasi dengan ahli klinis tentang populasi pasien tersebut.

d) Kemudahan

Agar intervensi keperawatan mudah diimplementasikan maka (1) Suatu tindakan dapat berinteraksi dengan tindakan lainna, (2) Memiliki pengetahuan tentang keseluruhan rencana pelayanan, (3) Pertimbangkan tentang biayanya: apakah tindakan ini efektif secara klinis dan memiliki biaya yang efisien?, dan (4) Pertimbangkan tentang waktu: apakah waktu dan staf tersedia?

e) Kesiediaan Pasien

Dalam perencanaan dan implementasi intervensi keperawatan maka (1) Rencana intervensi harus dapat diterima oleh pasien dan keluarga, serta sesuai dengan tujuan, nilai dan budaya pasien, (2) Dukung pilihan yang diambil setelah menerima informasi yang cukup dan bantu pasien mengetahui cara berpartisipasi dan mengantisipasi efek dari tindakan

f) Kemampuan Perawat

Kemampuan perawat dapat dicapai dengan (1) Mempersiapkan diri untuk melakukan tindakan, (2) Mengetahui rasionalisasi ilmiah untuk tindakan tersebut, (3) Miliki keterampilan psikososial dan psikomotor yang dibutuhkan untuk melaksanakan tindakan, dan (4) Miliki kemampuan untuk berfungsi dalam lingkungan khusus dan menggunakan sumber pelayanan kesehatan secara efisien dan efektif.

2.2.3 *Outcomes* Keperawatan

a. Definisi

Hasil (*outcomes*) memiliki banyak definisi pada berbagai kepustakaan pelayanan kesehatan. Donabedian (1980) mengartikan hasil sebagai perubahan yang baik atau buruk pada status kesehatan pasien sebagai hasil pelayanan sebelumnya atau sedang berjalan. Sedangkan Moorhead *et al* (2004) berpendapat bahwa *outcomes* keperawatan merupakan suatu kondisi status individu, keluarga dan komunitas, perilaku atau persepsi yang dapat diukur dan berespon terhadap intervensi keperawatan.

b. Klasifikasi *Outcomes* Keperawatan

Salah satu sumber yang berguna dalam memilih hasil yang dapat diobservasi pada status, perilaku, dan persepsi pasien adalah *Nursing Outcomes Classification* (NOC) yang akan menggambarkan pencapaian tujuan pemberian tindakan keperawatan. NOC ini memberikan sistem klasifikasi hasil yang sensitif keperawatan. NOC dirancang untuk menyediakan bahasa sebagai langkah untuk melakukan evaluasi proses keperawatan.

Klasifikasi berisi 190 kriteria hasil yang diberi label, definisi dan indikator atau ukuran untuk menentukan kriteria hasil yang diterima. NOC melengkapi taksonomi NIC karena NOC adalah hasil yang diharapkan setelah klien

mendapat tindakan secara komprehensif dengan menggunakan bahasa yang sudah distandarisasi.

c. Manfaat NOC

Manfaat NOC dalam asuhan keperawatan adalah (1) Memberikan label dan ukuran-ukuran untuk kriteria hasil yang komprehensif, (2) Sebagai hasil dari intervensi keperawatan, (3) Mendefinisikan kriteria hasil yang berfokus pada pasien dan dapat digunakan perawat-perawat dan disiplin ilmu lain, (4) Memberikan informasi kriteria hasil yang lebih spesifik dari status kesehatan yang umum, dan (5) Menggunakan skala untuk mengukur kriteria hasil dan memberikan informasi kuantitatif (Potter & Perry, 2009).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Behrenbeck *et al* (2005) pada 434 pasien selama 14 bulan menunjukkan bahwa penggunaan *outcome* NOC dapat memberikan petunjuk yang akurat dalam memberikan intervensi keperawatan.

2.3 Standar Asuhan Keperawatan Ortopedi

The Canadian Orthopaedic Nursing Association (2000) menetapkan 15 standar pada praktik keperawatan ortopedi yaitu (1) Proses keperawatan sebagai metode pengambilan keputusan yang didasari dengan keterampilan berpikir kritis, (2) Menganalisa, membuat prioritas, merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi perawatan dengan bekerja sama dan berkolaborasi dengan pasien dan tim kesehatan lainnya, (3) Melakukan pengkajian holistik pada pasien, (4) Mengembangkan rencana keperawatan yang terindividualisasi pada pasien ortopedi dengan terutama pada masalah nyeri, kesejajaran tungkai dan sendi, mobilisasi, integritas kulit, integritas neurovaskuler, nutrisi, perawatan diri, manajemen risiko, sistem sosial, kebutuhan belajar dan koping, (5) mengupayakan aplikasi intervensi keperawatan berbasis bukti (*evidence-based*) pada perawatan pasien dengan cara yang efektif, (6) Mengevaluasi respons pasien terhadap rencana perawatan dan mendokumentasikan hasilnya secara keseluruhan, (7) Merencanakan intervensi terkait pembelajaran pasien dan mengevaluasi responnya, (8) Mendemonstrasikan pendekatan kolaboratif dan interdisipliner dalam membuat keputusan, (9) Memfasilitasi aktivitas tim interdisipliner, (10) Mengimplementasikan rencana keperawatan yang dikembangkan oleh tim interdisipliner, (11) Memastikan pemahaman, relevansi dan keakuratan komunikasi baik tulis maupun verbal, (12)

mendemonstrasikan keterampilan interpersonal yang efektif, (13) melibatkan dan memberi dukungan pada pasien dalam mengambil keputusan memfasilitasi keberlanjutan perawatan, (14) berpartisipasi dalam proses evaluasi praktik perawatan yang telah diimplementasikan, dan (15) meningkatkan praktik rekreasional dan vokasional untuk mencegah cedera sistem muskuloskeletal.

Di Indonesia, pada rumah sakit khusus ortopedi seperti Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati juga sedang dikembangkan standar asuhan keperawatan ortopedi yang terdiri atas :

a. Standar Pengkajian Keperawatan Ortopedi

(a) Standar I: Proses Pengkajian Keperawatan Ortopedi

Perawat ortopedi melakukan identifikasi kebutuhan asuhan pelayanan keperawatan kepada setiap pasien berdasarkan standar proses pengkajian yang sudah ditetapkan.

Indikator penilai standar ini meliputi: (1) Didapatkannya hasil pengkajian awal terhadap kebutuhan keperawatan pasien ortopedi dalam maksimal 24 jam pertama pada pasien rawat inap dan maksimal 2 jam pertama pada pasien rawat jalan, (2) Didapatkan hasil pengkajian ulang selama proses keperawatan disesuaikan dengan respon pasien terhadap terapi yang telah diberikan, rencana keperawatan, kebutuhan masing-masing pasien, atau disesuaikan dengan kebijakan dan standar pelayanan keperawatan ortopedi, (3) Ada perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian pelayanan keperawatan ortopedi secara langsung, dan berkolaborasi dengan medis serta staf terkait dalam menganalisa dan mengintegrasikan data pengkajian dan informasi pasien, (4) Ada perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian pelayanan keperawatan ortopedi secara langsung sesuai dengan prioritas kebutuhan pasien, (5) Ada perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian informasi kepada pasien dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan, rencana keperawatan, penatalaksanaan serta berpartisipasi dalam mengambil keputusan tentang kebutuhan prioritas yang harus terpenuhi.

(b) Standar II: Ruang lingkup pengkajian Keperawatan Ortopedi

Ruang lingkup pengkajian keperawatan ortopedi disesuaikan dengan ketentuan institusi masing-masing dan fasilitas yang tersedia.

Indikator penilaian standar ini meliputi: (1) Ruang lingkup pengkajian keperawatan ortopedi terdiri dari psikologi (tingkat pengetahuan, kemampuan bahasa dan kemampuan belajar), fisik (pengkajian sistem muskuloskeletal), sosial, spiritual, faktor ekonomi, riwayat penyakit, tanda-tanda vital, pengkajian nyeri dan perencanaan pulang, (2) Screening pola kebutuhan dasar manusia, (3) Data lain yang terkait dikumpulkan menggunakan teknik dan instrument pengkajian yang sesuai, (4) Hasil pengkajian keperawatan didokumentasikan pada catatan pasien dan mudah diakses pada yang bertanggungjawab melakukan perawatan pada pasien, dan (4) Perencanaan pulang sesuai dengan hasil pengkajian.

b. Standar Pelayanan Keperawatan Pasien Ortopedi

(a) Standar I: Proses Keperawatan Ortopedi

Pelayanan keperawatan ortopedi melaksanakan proses keperawatan secara terpadu di tatanan klinik yang merefleksikan integrasi dan koordinasi dengan tim kesehatan lain pada pasien ortopedi dengan kondisi tertentu.

Elemen yang diukur dari standar ini adalah kesesuaian kebijakan dan prosedur dalam pengembangan proses keperawatan dengan bertanggung jawab kepada organisasi, termasuk didalamnya: (1) Keperawatan pasien dengan kegawatan ortopedi: fraktur terbuka, dislokasi. Sindroma kompartemen, septic arthritis, (2) Keperawatan pasien dengan risiko (dekubitus, DVT, gangguan neuro vaskuler, kompartemen sindrom, perdarahan, emboli paru, infeksi paru, konstipasi, UTI, resiko jatuh, atropi otot, kontraktur sendi, dislokasi sendi), (3) Keperawatan pasien dengan masalah nyeri, (4) Keperawatan pasien dengan masalah keterbatasan gerak (terpasang gips/ traksi/amputasi), (5) Keperawatan pasien yang mendapatkan transfusi darah, (6) Keperawatan pasien yang mendapat pengobatan dengan resiko tinggi, (7) Keperawatan pasien dengan terapi nutrisi, (8) Keperawatan pasien perioperatif (pra-intra-post operasi), dan (9) Keperawatan pasien dengan terapi intravena.

(b) Standar II: Perencanaan Keperawatan Ortopedi

Perawat ortopedi memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan mengembangkan dan berdasarkan pada data terbaru dari pasien yang dicatat pada perencanaan keperawatan di rekam medik pasien dengan target waktu.

Elemen yang diukur dari standar ini adalah (1) Terdapat catatan rencana keperawatan setiap pasien yang dirawat oleh perawat berdasarkan hasil pengkajian data 24 jam pertama atau terkini, (2) Adanya data riwayat keluarga pasien dan data lain yang signifikan yang dimasukkan dalam proses perencanaan keperawatan, (3) Pasien berpartisipasi dalam perencanaan keperawatan disesuaikan dengan suku, agama, dan kepercayaan pasien, contoh: pemilihan makanan, (4) Perencanaan keperawatan mencerminkan hubungan dan kesesuaian kebutuhan dan masalah setiap pasien yang dirawat, (5) Perencanaan keperawatan berdasarkan prioritas masalah keperawatan, (6) Perencanaan keperawatan diperbaharui berdasarkan data dari hasil pengkajian ulang, dan (7) Perencanaan keperawatan didokumentasikan pada rekam medik setiap pasien untuk menjamin kesinambungan asuhan keperawatan.

(c) Standar III: Implementasi Keperawatan Ortopedi

Perawat ortopedi memberikan tindakan keperawatan kepada pasien dan memberikan pengobatan sesuai program medik dengan berpikir kritis dan penilain klinik untuk peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan perbaikan tingkat kesehatan pasien.

Elemen yang diukur dari standar ini adalah (1) Terdapat data perawat ortopedi yang memberikan asuhan keperawatan pada pasien, melaksanakan tindakan dan pengobatan sesuai program medik dengan berpikir kritis dan berdasarkan penilaian klinik., (2) Dalam lingkup praktik keperawatan ortopedi yang diberikan berdasarkan ketentuan dan peraturan yang berlaku, meliputi praktik keperawatan pasien dengan kegawatan ortopedi: fraktur terbuka, dislokasi, sindroma kompartemen, septic arthritis; Keperawatan pasien dengan risiko; dekubitus, DVT, gangguan neurovaskuler, kompartemen sindrom, perdarahan, emboli paru, infeksi paru, konstipasi, UTI, resiko jatuh, atropi otot, kontraktur sendi, dislokasi sendi; Keperawatan

pasien dengan masalah nyeri; Keperawatan pasien dengan masalah keterbatasan gerak (terpasang gips/traksi/amputasi); Keperawatan pasien yang mendapatkan transfusi darah; Keperawatan pasien yang mendapat pengobatan dengan resiko tinggi; Keperawatan pasien dengan terapi nutrisi; Keperawatan pasien perioperatif (pra-intra-post operasi); Keperawatan pasien dengan terapi intravena; Praktik keperawatan pencegahan dan pengendalian infeksi; Praktik berdasar bukti ilmiah (*evidence-based practice*); Pemberian obat berdasarkan standar 10 benar; Kode etik keperawatan; Kebenaran administrasi pembayaran pasien, dan (3) Adanya bukti pelaksanaan intervensi keperawatan yang diberikan dengan kaidah keselamatan pasien untuk meminimalkan komplikasi dan memelihara kehidupan sesuai situasi.

(d) Standar IV: Evaluasi Keperawatan

Perawat ortopedi mengevaluasi asuhan keperawatan secara sistematis dan terus menerus berdasar kemajuan pasien dalam pemberian intervensi keperawatan dan manajemen pengobatan sesuai program

Elemen yang diukur dari standar ini adalah (1) Evaluasi secara sistematis dan terus menerus pada kemajuan pasien dan efektifitas tindakan keperawatan yang dibuktikan adanya catatan pasien secara individual, (2) Terdapat bukti evaluasi dan hasil keperawatan dengan kesesuaian target waktu setelah tindakan (perawat atau medik), (3) Terdapat bukti respon pasien setelah tindakan yang terdokumentasi, dan (4) Revisi rencana keperawatan jika tercantum dalam catatan rekam medik pasien.

2.4 Asuhan Keperawatan pada Pasien Ortopedi

Menurut survey yang dilakukan oleh *National Association of Orthopaedic Nursing* (NAON) pada tahun 1998, terdapat tujuh diagnosis keperawatan yang paling sering ditegakkan selama perawatan perioperatif di bagian ortopedi yaitu nyeri (90%), hambatan mobilitas fisik (71%), risiko kerusakan integritas kulit (68%), kurang pengetahuan (67%), intoleransi aktivitas (57%), risiko infeksi (54%) dan kerusakan integritas kulit (54%).

Sedangkan selama perawatan periprocedural di bagian ortopedi, terdapat enam diagnosis yang paling sering ditegakkan yaitu nyeri (75%), kurang pengetahuan (57%), risiko infeksi (51%), hambatan mobilitas fisik (49%), risiko kerusakan integritas kulit (48%) dan kerusakan integritas kulit (45%).

Berikut ini diuraikan beberapa diagnosis keperawatan berdasarkan NANDA-I, intervensi keperawatan berdasarkan NIC dan *outcome* keperawatan berdasarkan NOC pada kasus ortopedi, yaitu (Wilkinson, 2007):

a. Nyeri

a) Definisi: Pengalaman sensori serta emosi yang tidak menyenangkan dan meningkat akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, digambarkan dalam istilah seperti kerusakan, awitan yang tiba-tiba atau perlahan dari intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan.

b) Batasan karakteristik:

Terdiri atas karakteristik subjektif dan karakteristik objektif. Karakteristik subjektif terdiri dari mengungkapkan secara verbal atau melaporkan dengan isyarat. Sedangkan kriteria objektif terdiri dari gerakan menghindari nyeri; Posisi menghindari nyeri; Perubahan autonomik dari tonus otot (dapat dalam rentang tidak berenergi sampai kaku); Respons-respons autonomik (misalnya diaforesis, tekanan darah, pernapasan atau perubahan nadi, dilatasi pupil); Perubahan nafsu makan dan makan; Perilaku distraksi (misalnya, mondar-mandir, mencari orang atau aktivitas lain, aktivitas berulang); Perilaku ekspresif (misalnya, kegelisahan, merintih, menangis, kewaspadaan berlebih, peka terhadap rangsang, dan menarik napas panjang); Wajah topeng (nyeri), Perilaku menjaga atau melindungi; Fokus menyempit (misalnya perubahan pada persepsi waktu, perubahan proses pikir; pengurangan interaksi dengan orang lain atau lingkungan); Bukti yang dapat diamati (nyeri); Berfokus pada diri sendiri; dan Gangguan tidur (mata terlihat kuyu, gerakan tidak teratur atau tidak menentu, dan menyeringai)

c) Hasil yang Disarankan (NOC)

Terdiri atas empat yaitu (1) Tingkat Kenyamanan: Perasaan senang secara fisik dan psikologis, (2) Perilaku Mengendalikan Nyeri: Tindakan seseorang untuk mengendalikan nyeri, (3) Nyeri: Efek Merusak: Efek merusak dari

nyeri terhadap emosi dan perilaku yang diamati atau dilaporkan, dan (4) Tingkat Nyeri: jumlah nyeri yang dilaporkan atau ditunjukkan

d) Intervensi Prioritas NIC

Terdiri atas empat yaitu (1) Pemberian Analgetik: penggunaan agens-agens farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri, (2) Sedasi Sadar: pemberian sedatif, memantau respons pasien, dan pemberian dukungan fisiologis yang dibutuhkan selama prosedur diagnostik atau terapeutik, (3) Penatalaksanaan Nyeri: Meringankan atau mengurangi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima pasien, dan (4) Bantuan Analgesia yang Dikendalikan oleh Pasien (*Patient-Controlled Analgetia*): Memudahkan pengendalian pasien pada pemberian dan pengaturan analgesik.

b. Hambatan Mobilitas Fisik

a) Definisi: Suatu keterbatasan dalam kemandirian, pergerakan fisik yang bermanfaat dari tubuh atau ekstremitas atau lebih (sebutkan tingkatannya).

b) Batasan Karakteristik

Memiliki karakteristik objektif berupa Penurunan waktu rekreasi; Kesulitan bergerak, Terlibat dalam penggantian pergerakan (misalnya, peningkatan perhatian terhadap aktivitas orang lain, perilaku mengendalikan, berfokus pada kondisi sebelum sakit/ketidakmampuan aktivitas); Perubahan cara berjalan (misalnya, penurunan aktivitas dan kecepatan berjalan, kesulitan untuk memulai berjalan, langkah kecil, berjalan dengan menyeret kaki, pada saat berjalan badan mengayun ke samping); Keterbatasan kemampuan untuk melaksanakan keteampilan motorik halus; Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar; Keterbatasan rentang pergerakan; Tremor yang diinduksi oleh pergerakan; Ketidakstabilan posisi tubuh saat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari; Melambatnya pergerakan dan Pergerakan tak terkoordinasi atau menyentak

c) Faktor yang Berhubungan

Terdiri atas Perubahan metabolisme sel; Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai dengan usia; Penurunan kekuatan, kendali dan massa otot; Ketidaknyamanan; Intoleransi aktivitas / penurunan kekuatan dan ketahanan; Kaku sendi atau kontraktur; Kurangnya pengetahuan terhadap nilai dari

aktivitas fisik; Kurangnya dukungan lingkungan fisik atau sosial; Hilangnya integritas struktur tulang; Pengobatan; Kerusakan muskuloskeletal; Kerusakan neuromuskuler; Nyeri; Anjuran pembatasan pergerakan; Ketidakmauan untuk memulai pergerakan; Gaya hidup yang tidak banyak bergerak atau *disuse* atau melemah; dan Malnutrisi umum atau selektif.

d) Hasil yang Disarankan NOC

Terdiri atas (1) Ambulasi, Berjalan: Kemampuan untuk berjalan dari satu tempat ke tempat lain, (2) Ambulasi, Kursi Roda: Kemampuan untuk berpindah dari satu tempat ke tempat lain dengan menggunakan kursi roda, (3) Pergerakan Sendi, Aktif: Rentang pergerakan sendi dengan gerakan atas inisiatif sendiri, (3) Tingkat Mobilitas: Kemampuan untuk melakukan pergerakan yang bermanfaat, (3) Perawatan Diri: Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS): Kemampuan untuk melakukan tugas fisik paling dasar dan aktivitas perawatan diri, dan (4) Pelaksanaan Berpindah: Kemampuan untuk mengubah letak tubuh.

e) Intervensi Prioritas NIC

Terdiri dari (1) Terapi Aktivitas, Ambulasi: Meningkatkan dan membantu berjalan untuk mempertahankan atau memperbaiki fungsi tubuh volunter atau autonom selama perawatan serta pemulihan dari sakit atau cedera, (2) Terapi Aktivitas, Mobilitas Sendi: Penggunaan pergerakan tubuh aktif atau pasif untuk mempertahankan atau memperbaiki fleksibilitas sendi, dan (3) Perubahan Posisi: Memindahkan pasien atau bagian tubuh untuk memberikan kenyamanan, menurunkan risiko kerusakan kulit, mendukung integritas kulit dan meningkatkan penyembuhan.

c. Intoleransi Aktivitas

a) Definisi: Suatu keadaan seorang individu yang tidak cukup mempunyai energi fisiologis atau psikologis untuk bertahan atau memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari yang diinginkan

b) Batasan Karakteristik

Terdiri dari karakteristik subjektif dan objektif. Karakteristik subjektifnya berupa Ketidaknyamanan atau dispnea yang membutuhkan pengerahan tenaga; dan Melaporkan kelelahan atau kelemahan secara verbal. Sedangkan batasan objektifnya adalah Denyut jantung atau tekanan darah tidak normal

sebagai respons terhadap aktivitas, dan Perubahan EKG selama aktivitas yang menunjukkan aritmia atau iskemia.

c) Faktor yang Berhubungan

Faktor yang berhubungan dengan diagnosis ini terdiri atas Tirah baring/imobilitas; Nyeri kronis; Kelemahan umum; Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen; dan Gaya hidup monoton.

d) Hasil yang Disarankan NOC

Hasil yang disarankan terdiri atas empat yaitu (1) Daya Tahan: Tingkat energi yang memungkinkan seseorang untuk beraktivitas, (2) Penghematan Energi: Tingkat pengolahan energi aktif untuk memulai dan memelihara aktivitas, (3) Perawatan Diri, Aktivitas Kehidupan Sehari-hari: Kemampuan untuk melakukan tugas-tugas fisik yang paling dasar dan aktivitas perawatan pribadi, (4) Perawatan Diri, Aktivitas Kehidupan Sehari-hari Instrumental: Kemampuan untuk melakukan aktivitas yang dibutuhkan dan berfungsi di rumah atau komunitas

e) Intervensi Prioritas NIC

Intervensi prioritas terdiri dari (1) Terapi Aktivitas: Saran tentang bantuan dalam aktivitas fisik, kognitif dan spiritual yang spesifik untuk meningkatkan rentang, frekuensi atau durasi aktivitas individu, (2) Pengolahan Energi: Pengaturan penggunaan energi untuk merawat atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi.

d. Risiko Infeksi

a) Definisi: Suatu kondisi individu yang mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik

b) Faktor Risiko

Faktor risiko dari diagnosis ini adalah Penyakit kronis; Imonusupresi; Imunitas yang tidak adekuat; Pertahanan tubuh yang tidak adekuat (kulit terluka, trauma jaringan); Pertahanan lapis kedua yang tidak memadai (hemoglobin turun, leukopenia, dan respons inflamasi tersupresi); Pengetahuan yang kurang untuk menghindari paparan patogen; Prosedur invasif; Malnutrisi; Agens farmasi; Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan terhadap lingkungan; dan Trauma.

c) Hasil yang Disarankan NOC

Hasil yang disarankan yaitu (1) Status Imun: Keadekuatan alami yang didapat dan secara tepat ditujukan untuk menahan antigen-antigen internal maupun ekstrenal, (2) Pengetahuan, Pengendalian Infeksi: Tingkat pemahaman mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi, (3) Pengendalian Risiko: Tindakan untuk menghilangkan atau mengurangi ancaman kesehatan aktual, pribadi, serta dapat dimodifikasi, (3) Deteksi Risiko: Tindakan yang dilakukan untuk mengidentifikasi ancaman kesehatan seseorang.

d) Intervensi Prioritas NIC

Intervensi Prioritas yaitu (1) Pengendalian Infeksi: meminimalkan penularan agen infeksius, dan (2) Perlindungan terhadap infeksi: mencegah dan mendeteksi dini infeksi pada pasien yang berisiko.

e. Kerusakan Integritas Kulit

a) Definisi: Suatu kondisi seorang individu yang mengalami perubahan dermis dan/atau epidermis

b) Batasan Karakteristik

Batasan karakteristiknya terdiri atas Gangguan pada permukaan kulit (epidermis); Kerusakan pada lapisan kulit (dermis); dan Invasi dari struktur tubuh

c) Faktor yang Berhubungan

Faktor yang berhubungan dengan diagnosis ini terdiri atas faktor lingkungan ekstrenal (lingkungan) dan internal (somatik). Faktor eksternal (lingkungan) terdiri dari Zat kimia; Kelembapan; Hiperglikemia; Hipotermia; Faktor mekanik (misalnya, terpotong, terkena tekanan, dan akibat restrein); Pengobatan; Imobilisasi fisik; dan Radiasi. Sedangkan faktor internal (somatik) terdiri dari Perubahan sirkulasi; Perubahan turgor kulit (elastisitas); Perubahan status cairan; Perubahan status metabolik; Perubahan status nutrisi (misalnya, obesitas, kekurangan); Perubahan pigmentasi; Perubahan sensasi; dan Penonjolan tulang.

d) Hasil yang Disarankan NOC

(a) Integritas Jaringan, Membran Mukosa dan Kulit: Keutuhan struktural dan fungsi fisiologis dari kulit dan membran mukosa

- (b) Penyembuhan Luka: Tujuan Utama: Tingkat regenerasi yang telah dicapai oleh sel dan jaringan setelah penutupan yang diharapkan
- (c) Penyembuhan Luka: Tujuan Sekunder: Tingkat regenerasi yang telah dicapai oleh sel dan jaringan pada luka terbuka.
- e) Intervensi Prioritas NIC

Intervensi prioritas yaitu: (1) Perawatan Tempat Insisi: Pembersihan, pemantauan, dan peningkatan proses penyembuhan pada luka yang ditutup dengan jahitan, klip, atau staples, (2) Pengawasan Kulit: Pengumpulan dan analisis data pasien untuk memepertahankan integritas mukosa dan kulit, dan (3) Perawatan Luka: Pencegahan dari komplikasi luka dan peningkatan proses penyembuhan luka

2.5 Kualitas Diagnosis, Intervensi dan *Outcome* Keperawatan

2.5.1 Konsep Kualitas

Kualitas diagnosis, intervensi dan *outcomes* keperawatan yang menggambarkan kualitas asuhan keperawatan dinilai dari empat konsep yaitu:

a. *Nursing Diagnoses as Process* (Diagnosis Keperawatan sebagai Proses)

Item diagnosis keperawatan sebagai suatu proses menggambarkan diagnosis keperawatan terdiri atas empat tahapan yaitu pengumpulan data, interpretasi data, pengelompokan data dan penyusunan nama atau judul untuk data yang bermakna tersebut. Diagnosis keperawatan merupakan suatu proses analisis data, pengkajian, mempertimbangkan beragam diagnosis yang mungkin muncul dan membuat pernyataan diagnosis. Keakuratan diagnosis bergantung pada kualitas hubungan antara perawat dan pasien dan hubungan antara pasien dengan orang-orang yang berarti bagi pasien (Ehnerberg et al, 1996; Muller-Staub, 2002). Diagnosis keperawatan disusun melalui kolaborasi dengan pasien sebagai dasar untuk membuat kesepakatan mengenai tujuan dan intervensi yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut (Erickson *et al*, 1991).

Penilaian diagnosis keperawatan sebagai proses harus memenuhi tujuh kriteria yaitu: (1) Perawat berusaha untuk memahami persepsi pasien, (2) Kualitas proses mengarahkan pengkajian yang individual dan holistik untuk memperoleh fenomena keperawatan yang relevan. Termasuk kebutuhan pasien, masalah dan sumber-sumber personal, (3) Situasi aktual yang mengarah kepada hospitalisasi,

ansietas, kekuatiran, koping terkait hospitalisasi dan harapan serta keinginan pasien dikemukakan, (4) Aspek sosio-kultural, spiritual, gender dan psikologis dipertimbangkan, (5) Pengkajian menjadi dasar untuk mengingatkan proses keperawatan, termasuk diagnosis, intervensi dan *outcomes*, (6) Tujuan keperawatan dan intervensi yang sesuai dengan pengkajian

b. *Nursing Diagnoses as Product* (Diagnosis Keperawatan sebagai produk)

Item diagnosis keperawatan sebagai suatu produk terdiri atas kriteria perumusan pernyataan (*statement*) masalah/diagnosis keperawatan yang memiliki komponen *problem, etiology, sign and symptoms*, yang biasa kita kenal dengan akronim PES. Diagnosis yang diputuskan setelah melalui seluruh proses diagnostik dapat dikatakan sebagai ‘produk’ dari proses diagnostik. Diagnosis keperawatan sebagai produk mengisyaratkan bahwa diagnosis harus diformulasikan secara komprehensif dan tepat. Menurut model Gordon (1994), diagnosis keperawatan harus disusun dengan menggunakan format PES (*Problem, Etiology, Sign/Symptom*), dimana P adalah pernyataan masalah, E adalah etiologi atau faktor yang berhubungan dan S adalah tanda dan gejala yang berkaitan atau batasan karakteristik. Pernyataan diagnosis keperawatan merupakan aspek sentral dalam asuhan keperawatan, apakah diagnosis diformulasikan dalam teks bebas untuk menyatakan masalah atau menggunakan bahasa yang terstandarisasi (Gordon, 1994).

Penilaian diagnosis keperawatan sebagai produk harus memiliki empat kriteria yaitu: (1) Perawat mendokumentasikan status individual pasien sesuai dengan format PES, (2) Diagnosis keperawatan dinomori sesuai dengan catatan keperawatan, (3) Diagnosis keperawatan diformulasikan dengan benar (sesuai label NANDA) dan memiliki etiologi serta tanda dan gejala terkait, (4) Tujuan keperawatan diformulasikan dan didomunetasikan dengan benar serta dapat dicapai.

c. *Nursing Intervention* (Intervensi Keperawatan)

Item intervensi keperawatan menggambarkan tindakan yang dilakukan perawat berdasarkan kondisi pasien, yang secara internal berkaitan dengan diagnosis keperawatan, apakah diuraikan, direncanakan dan dilaksanakan dengan benar (Muller-Staub *et al*, 2008).

Intervensi keperawatan yang telah terstandarisasi telah terangkum dalam NIC. Ini dapat menjadi pengetahuan dasar yang memungkinkan penggunaan dalam bidang pendidikan, praktik dan penelitian keperawatan. Jika dikaitkan dengan diagnosis keperawatan dan *outcomes* keperawatan, klasifikasi ini memungkinkan peneliti untuk menguji efektifitas asuhan keperawatan (Dochterman & Bulechek, 2004).

Penilaian intervensi keperawatan harus memenuhi dua kriteria yaitu: (1) Intervensi keperawatan diformulasikan dengan benar (sesuai label NIC) pada rencana keperawatan. Intervensi keperawatan dipilih dengan benar, yang berarti bahwa intervensi tersebut berkaitan dengan etiologi yang dinyatakan pada diagnosis keperawatan, (2) Intervensi keperawatan didokumentasikan setelah melakukan implementasi tindakan.

- d. *Nursing-sensitive Patient Outcomes* (Hasil Keluaran keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien)

Item *outcomes* keperawatan menggambarkan keluaran yang terencana dan tercapai serta memiliki keterkaitan erat dengan intervensi dan diagnosis keperawatan. *Nursing-sensitive patient outcomes* merujuk kepada hasil yang oleh perawat bertanggung jawab untuk mencapainya. *Outcomes* pasien diukur dari sejauh mana pencapaian tujuan keperawatan untuk mengatasi diagnosis keperawatan (Muller-Staub *et al*, 2008).

Pengujian *nursing-sensitive patient outcomes* harus memenuhi lima kriteria yaitu: (1) *Outcomes* dikaji dan sesuai, diagnosis keperawatan baru dinyatakan, (2) *Outcomes* merupakan pernyataan pasien dan dapat dicapai dengan intervensi keperawatan (sesuai label NOC). *Outcomes* didokumentasikan, (3) *Outcomes* didokumentasikan sesuai perubahan status kesehatan pasien sebagai hasil dari intervensi keperawatan, (4) Perubahan status pasien memasukkan perubahan dalam gejala, status fungsional, status pengetahuan, strategi koping dan intervensi keperawatan lainnya yang diketahui sebagai *outcomes* yang sesuai dengan kondisi pasien, (5) Efektifitas intervensi keperawatan dievaluasi dalam kaitannya dengan kemampuan untuk membaik atau penatalaksanaan diagnosis keperawatan secara sukses.

2.5.2 Penilaian Kualitas

Sejak tahun 2005, Muller-Staub *et al* telah mengembangkan suatu alat ukur berupa instrumen yang diberi nama Q-DIO (*Quality of Diagnoses, Intervention and Outcomes*) untuk menilai kualitas diagnosis, intervensi dan *outcomes* keperawatan melalui dokumentasi asuhan keperawatan. Instrumen ini menggunakan 29 item pertanyaan bertipe *Likert* yang terdiri dari 4 item yaitu (1) diagnosis keperawatan sebagai suatu proses, (2) diagnosis keperawatan sebagai suatu produk/hasil, (3) intervensi keperawatan, dan (4) *outcomes* keperawatan (Muller-Staub *et al*, 2008).

Instrumen *Q-DIO* merupakan alat ukur untuk menilai kualitas dokumentasi keperawatan dengan konsep yang diungkapkan dengan gaya bebas sehingga instrumen ini dapat digunakan baik pada situasi perawat menggunakan bahasa keperawatan yang terstandarisasi maupun tidak. Hal ini memungkinkan alat ukur ini digunakan sebagai *pre-test* dan *post-test* untuk mengevaluasi implementasi bahasa keperawatan yang terstandarisasi yaitu NANDA-I, NIC dan NOC (Muller-Staub *et al*, 2008).

Instrumen Q-DIO dirancang untuk menilai asuhan keperawatan yang tercermin dalam dokumentasi asuhan keperawatan melalui empat konsep yang telah diuraikan sebelumnya, sehingga instrumen ini juga terdiri atas empat *sub-scale* untuk melihat kualitas dokumentasi keperawatan. Pada item *Nursing Diagnoses as Process*, kriteria-kriterianya dijabarkan menjadi 11 item penilaian, item *Nursing Diagnoses as Product*, kriteria-kriterianya dijabarkan menjadi 8 item, pada item *Nursing Intervention*, kriteria-kriterianya dijabarkan menjadi 3 item penilaian, sedangkan pada item *Nursing Intervention*, kriteria-kriterianya dijabarkan menjadi 3 item penilaian, sehingga total item penilaian dari keempat subskala ini berjumlah 29 item (Muller-Staub *et al*, 2008).

2.6 Peran Perawat Spesialis Keperawatan Medikal Bedah

The Canadian Orthopaedic Nursing Association (2000), mengemukakan bahwa perawat spesialis ortopedi memiliki peran dalam empat domain yaitu :

a. Praktik

Perawat spesialis ortopedi menjalankan praktik keperawatan dengan tujuan untuk mendukung peningkatan dan perbaikan kesehatan individu yang

mengalami gangguan neuromuskuler dan skeletal. Intervensi keperawatan ortopedi bertujuan untuk mencegah dan mendukung perbaikan deformitas sistem muskuloskeletal, membantu mereduksi fraktur dan dislokasi tulang dan sendi, serta mendukung pemulihan fungsi tulang dan sendi. Perawat spesialis ortopedi bekerja bersama pasien untuk memaksimalkan dan memperoleh status kesehatan pasien melalui upaya rehabilitasi. Jika penyembuhan tidak mungkin terjadi, perawat ortopedi memberikan dukungan perawatan paliatif.

b. Pendidikan

Perawat spesialis ortopedi memiliki peran dalam pendidikan. Pendidikan perawat ortopedi terdiri atas pengetahuan kekhususan untuk meningkatkan keterampilan klinis. Keterampilan klinik praktik keperawatan berbasis bukti diperoleh dengan merawat pasien dengan gangguan neuromuskuler dan skeletal, serta ditingkatkan melalui program pendidikan spesialis dan program pendidikan berkelanjutan. Dengan menggunakan proses keperawatan, perawat spesialis ortopedi memberikan perawatan yang komprehensif sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan, teknologi, riset dan praktik.

c. Kepemimpinan

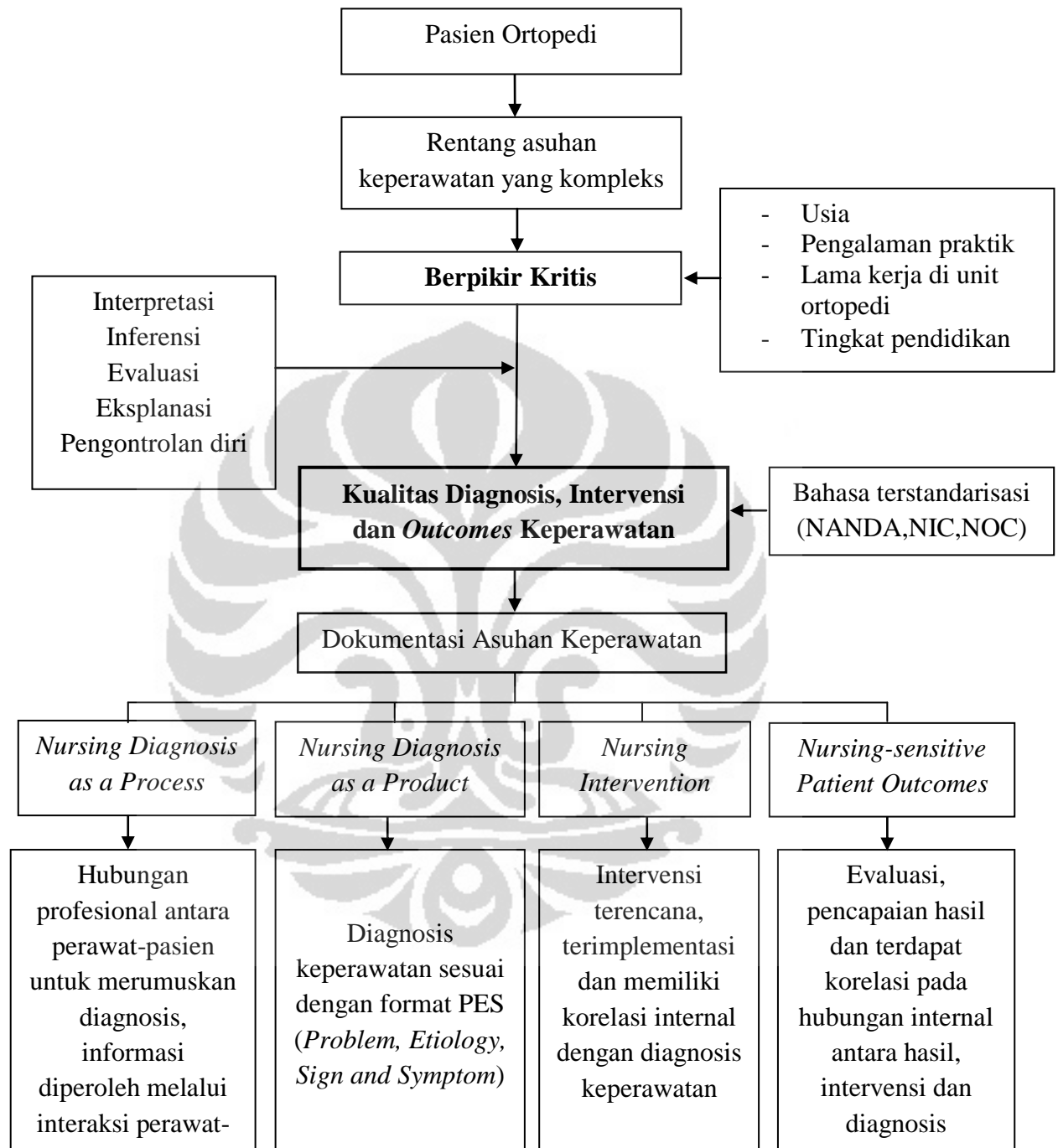
Perawat spesialis ortopedi menjalankan peran sebagai pemimpin karena kepemimpinan merupakan tindakan mempengaruhi aktivitas individu atau kelompok untuk mencapai tujuan bersama. Kepemimpinan tampak dari keterlibatan dan proses saling ketergantungan dalam upaya mewujudkan iklim perubahan, inovasi, dan visi. Perawat spesialis ortopedi diharapkan memerankan keterampilan kepemimpinannya dalam merawat pasien.

d. Riset

Selain itu perawat spesialis ortopedi memiliki peran sebagai seorang peneliti karena riset adalah merupakan bagian integral dalam pengembangan praktik keperawatan. Riset dapat mengembangkan praktik dan praktik dapat mengembangkan riset. Interaksi antara keduanya adalah kunci untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan ortopedi. Perawat spesialis ortopedi harus berupaya untuk membangun dasar praktiknya dengan mengembangkan batang tubuh keilmuan yang relevan dengan isu-isu keperawatan.

2.7 Kerangka Teori

Skema 2.1. Kerangka Teori Dasar Hubungan Berpikir Kritis dengan Kualitas Asuhan Keperawatan pada Pasien Ortopedi



Sumber: Bostick *et al*, 2003; Dotcherman & Bulecheck, 2004; Moorhead, Johnson & Mass, 2003; Muller-Staub *et al*, 2008; Potter & Perry, 2009.

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL

Kerangka konsep merupakan rangkuman dari kerangka teori yang dibuat dalam bentuk skema/bagan yang menghubungkan antar variabel yang diteliti dan variabel lain yang terkait (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Hipotesis adalah pernyataan peneliti yang menjelaskan hubungan antara variabel dalam penelitian. Sedangkan definisi operasional adalah prosedur yang spesifik dengan menggunakan alat ukur untuk mengukur suatu variabel (Polit & Beck, 2005). Berikut ini akan dijelaskan kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional.

3.1. Kerangka Konsep

Peneliti mencoba melihat hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan yang terdiri atas diagnosis, intervensi dan *outcomes* keperawatan pada pasien ortopedi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. Variabel penelitian ini terdiri dari variabel *independent*, variabel *dependent* dan variabel *confounding*.

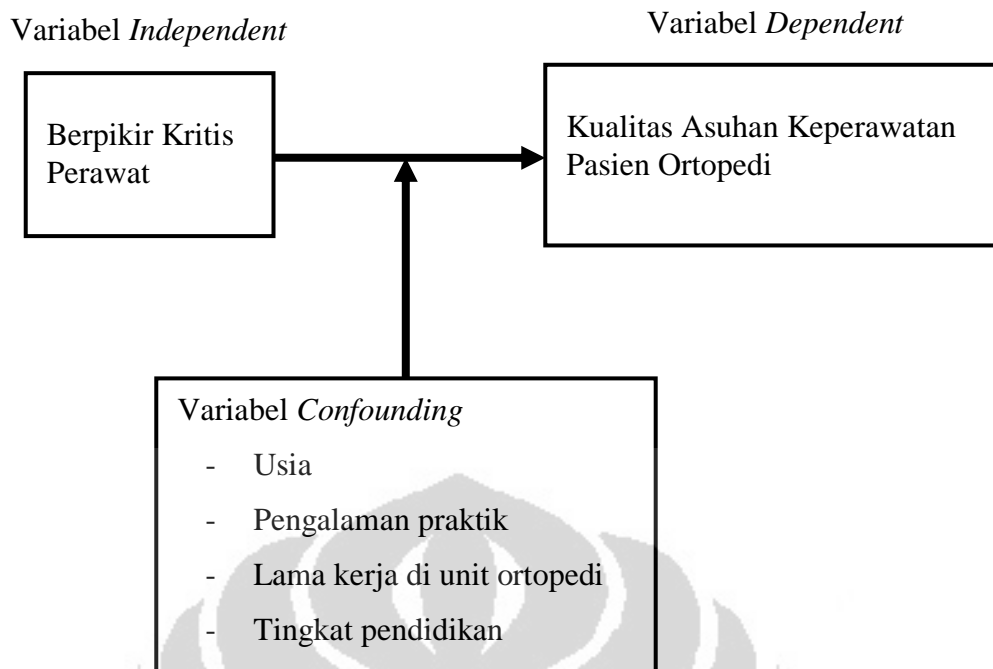
Variabel *independent* atau disebut juga dengan variabel bebas adalah variabel yang bila ia berubah akan mengakibatkan perubahan variabel lain (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Variabel *independent* penelitian ini adalah berpikir kritis perawat.

Variabel *dependent* atau disebut juga dengan variabel tergantung adalah variabel yang berubah akibat perubahan dari variabel *independent*. Variabel *dependent* penelitian ini adalah kualitas asuhan keperawatan pada pasien ortopedi.

Selain variabel *independent* dan variabel *dependent*, perlu diidentifikasi juga adanya variabel lainnya yang dapat mengganggu terhadap hubungan antara variabel *independent* dan variabel *dependent*, variabel ini disebut dengan variabel *confounding* (Notoatmodjo, 2010). Variabel *confounding* dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman praktik dan lama kerja di unit ortopedi.

Hubungan antara variabel-variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema berikut :

Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



3.2. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini terdiri atas hipotesis mayor dan hipotesis minor, yang dirumuskan sebagai berikut :

3.2.1 Hipotesis Mayor

Hipotesis mayor pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan pasien ortopedi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

3.2.1 Hipotesis minor pada penelitian ini adalah:

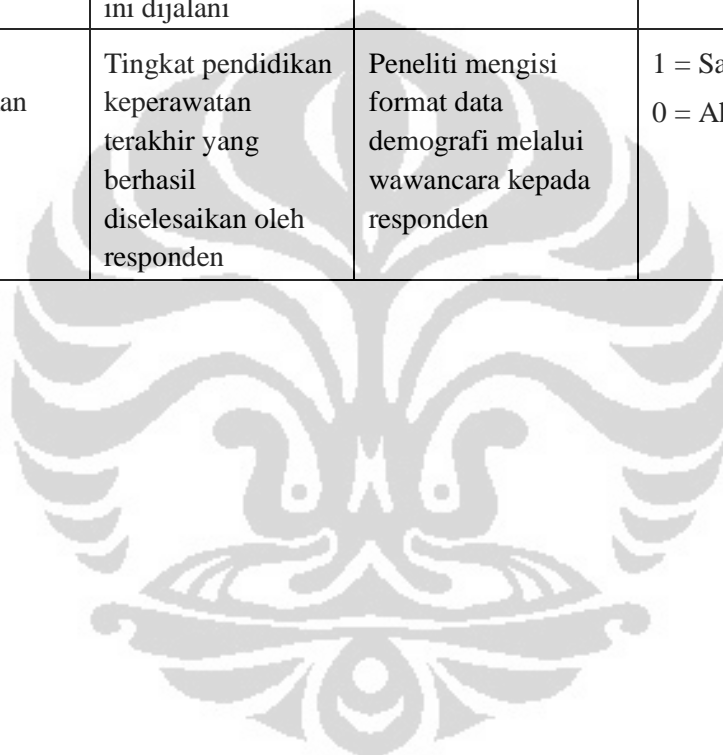
- Terdapat hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis asuhan keperawatan pada pasien ortopedi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati
- Terdapat hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas intervensi asuhan keperawatan pada pasien ortopedi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati
- Terdapat hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas *outcomes* asuhan keperawatan pada pasien ortopedi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

3.3. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independent				
Berpikir Kritis	Kecenderungan responden untuk melakukan proses kognitif yang mengarahkan responden dalam mengambil keputusan dan memecahkan masalah	Menggunakan <i>Critical Thinking Disposition Self-Rating Form</i> . Skor 5 pada setiap jawaban “Ya” pada pertanyaan bernomor dan “Tidak” pada pertanyaan bernomor ganjil	1 = Skor > <i>cut of point</i> , menilai diri cenderung berpikir kritis 0 = Skor < <i>cut of point</i> : menilai diri tidak cenderung berpikir kritis <i>Cut of point</i> = 85	Ordinal
Variabel Dependent				
Kualitas Asuhan Keperawatan	Keakuratan diagnosis keperawatan serta kesesuaian intervensi dan <i>outcomes</i> yang didokumentasikan oleh responden berdasarkan kondisi pasien.	Menggunakan kuesioner kualitas asuhan keperawatan dengan rentang nilai 0 - 4 pada setiap kriteria yang diinformasikan pada empat aspek dokumentasi asuhan keperawatan yaitu : - <i>Diagnosis as a process</i> yang terdiri atas 11 item kriteria - <i>Diagnosis as a product</i> yang terdiri atas 8 item kriteria <i>Nursing Intervention</i> , terdiri atas 3 item kriteria - <i>Nursing Intervention</i> yang terdiri atas 7 item kriteria	1 = Kualitas Baik, jika rata-rata total skor > 2 0 = Kualitas Kurang, jika rata-rata total skor ≤ 2	Nominal
Variabel Confounding				
Usia	Lama hidup dalam tahun yang dihitung sejak ulang tahun terakhir	Peneliti mengisi format data demografi melalui wawancara kepada responden	1 = Jika usia 21 – 40 tahun 0 = Jika usia 41 – 60 tahun	Nominal

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Pengalaman Praktik	Jumlah tahun yang telah dilalui responden dalam menjalani praktik sebagai perawat	Peneliti mengisi format data demografi melalui wawancara kepada responden	1 = Jika pengalaman praktik >5 tahun 0 = Jika pengalaman praktik ≤ 5 tahun	Nominal
Lama Kerja di Unit Ortopedi	Jumlah tahun yang telah dilalui responden sejak pergantian ke unit kerja/bagian ortopedi yang saat ini dijalani	Peneliti mengisi format data demografi melalui wawancara kepada responden	1 = Jika lama kerja di ortopedi > 10 tahun 0 = Jika lama kerja di unit ortopedi ≤ 10 tahun	Nominal
Tingkat Pendidikan Perawat	Tingkat pendidikan keperawatan terakhir yang berhasil diselesaikan oleh responden	Peneliti mengisi format data demografi melalui wawancara kepada responden	1 = Sarjana/Ners 0 = Ahli Madya	Ordinal



BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain survey analitik *cross sectional study* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika hubungan antara faktor risiko dan efek dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu waktu (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis, intervensi dan *outcomes* keperawatan, dimana keduanya dilakukan pengukuran pada waktu yang sama.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditentukan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di unit perawatan ortopedi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. Berdasarkan data Bagian Sumber Daya Manusia dan Rumah Tangga RSUP. Fatmawati, perawat di Unit Perawatan Ortopedi berjumlah 45 perawat.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2005). Sampel disebut juga sebagai bagian dari populasi yang dipilih melalui cara-cara tertentu yang juga memiliki karakteristik tertentu, jelas dan lengkap yang dianggap bisa mewakili populasi (Sastroasmoro, 2010). Sampel yang dipilih pada penelitian ini adalah perawat yang bekerja di unit perawatan ortopedi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditetapkan sebagai subjek penelitian.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di unit perawatan ortopedi dan bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah perawat yang sedang cuti (hamil, tahunan, hari besar, atau sakit), atau sedang mengikuti pelatihan atau pendidikan di luar rumah sakit selama penelitian dilakukan.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling* dimana semua perawat yang bekerja Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta dan memenuhi kriteria penelitian dimasukkan sebagai subyek penelitian.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan bahwa di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta merupakan rumah sakit pusat rujukan yang memiliki unit khusus untuk mengelola pasien ortopedi, sehingga mempunyai perawat yang mencukupi untuk dilakukan penelitian. Penelitian telah dilaksanakan selama bulan Juni 2011. Jadwal kegiatan penelitian seperti pada lampiran 5.

4.4 Etika Penelitian

Penelitian dilaksanakan setelah mendapatkan surat lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Etika penelitian merupakan prosedur penelitian dengan tanggung jawab profesional, legal dan sosial bagi subjek penelitian (Polit & Hungler, 2004). Secara umum prinsip etik yang menjadi dasar dalam penelitian ini adalah :

a. *Anonimity* (Kerahasiaan)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak menuliskan nama sebenarnya, tetapi dengan kode responden sehingga responden merasa aman dan tenang. Responden penelitian tidak menuliskan namanya pada lembar pengumpulan data dan hanya nomor yang dituliskan sebagai kode responden diharapkan responden merasa aman dan tenang dalam mengisikan data pada lembar pengumpulan data.

b. *Confidentially*

Peneliti menjaga kerahasiaan responden dan informasi yang diberikan. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian. Semua catatan yang diisikan pada lembar pengumpulan data disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

c. *Beneficience*

Hasil penelitian ini mempunyai manfaat sebagai bentuk identifikasi berpikir kritis pada perawat dan mengetahui hubungannya dengan kualitas diagnosis, intervensi dan *outcomes* keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Penilaian berpikir kritis pada perawat membantu perawat untuk melakukan refleksi diri dan memiliki kesadaran untuk selalu berpikir kritis dalam membuat diagnosis, intervensi dan *outcomes* keperawatan sehingga meningkatkan kualitas asuhan keperawatan keperawatan yang diberikan kepada pasien ortopedi.

d. *Justice*

Penelitian ini tidak melakukan diskriminasi pada kriteria yang tidak relevan saat memilih subyek penelitian, namun berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sesuai dengan masalah penelitian. Perawat yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan responden.

4.5 Alat Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini, berupa instrumen yang berhubungan dengan karakteristik responden, berpikir kritis dan kualitas diagnosis, intervensi dan *outcomes* keperawatan.

a. Data Karakteristik Responden

Data karakteristik responden yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian yang berisi data demografi, seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman praktik. Kuesioner data demografi pada penelitian seperti pada lampiran 3.

b. Data Berpikir Kritis

Data berpikir kritis diukur dengan menggunakan *Critical Thinking Disposition Self-Rating Form* yang dikembangkan oleh Facione pada tahun 2011. Kuesioner ini merupakan penilaian kecenderungan berpikir kritis yang dilakukan sendiri oleh responden. Kuesioner ini terdiri atas 20 item pertanyaan yang bertujuan untuk menilai kecenderungan berpikir kritis dalam 2 hari terakhir. Responden mendapatkan skor 5 jika menjawab pertanyaan bernomor ganjil dengan “Ya” dan menjawab pertanyaan bernomor genap dengan “Tidak”, karena pertanyaan bernomor ganjil adalah pertanyaan positif yang mendukung berpikir kritis sedangkan pertanyaan bernomor genap adalah pertanyaan negatif yang tidak mendukung berpikir kritis. Kuesioner ini seperti pada lampiran 4.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Feng *et al* (2010), diperoleh nilai *Chronbach's alpha coefficient* 0,85. Nilai ini mendukung validitas dan reliabilitas instrumen dalam mengukur berpikir kritis. Kisi-kisi kuesioner *Critical Thinking Disposition Self-Rating Form* dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Kisi-Kisi *Critical Thinking Disposition Self-Rating Form*

Item Pertanyaan	Nomor Pertanyaan	Jumlah
Positif	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17,19	10
Negatif	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20	10
Total		20

(Sumber : Pacione, P. A. 2011 “telah diolah kembali”)

c. Data Kualitas Asuhan Keperawatan

Kualitas asuhan keperawatan dinilai dengan menggunakan Kuesioner Penilaian Asuhan Keperawatan yang diadopsi dari instrumen Q-DIO (*Quality of Diagnoses, Intervention and Outcomes*) dan telah dimodifikasi oleh peneliti. Kuesioner ini terdiri atas penilaian diagnosis, intervensi dan *outcomes* keperawatan. Instrumen ini telah dikembangkan sejak tahun 2005 hingga 2006. Instrumen ini terdiri atas 29 item kriteria bertipe *Likert* yang terdiri dari 4 aspek penilaian yaitu (1) diagnosis keperawatan sebagai suatu proses, (2) diagnosis keperawatan sebagai suatu produk/hasil, (3) intervensi keperawatan, dan (4) *outcomes* keperawatan (Muller-Staub *et al*, 2008).

Muller-Staub *et al* (2010) pernah melakukan penelitian untuk menguji instrumen Q-DIO ini. Pengujian instrumen yang dilakukan adalah konsistensi internal, realibilitas *test-retest*, realibilitas *interrater*, analisis item dan pengkajian objektivitas instrumen. Untuk memperoleh variasi skor maka 60 buah dokumentasi keperawatan diambil secara random, yang dibagi menjadi 30 dokumentasi keperawatan tidak menggunakan bahasa keperawatan yang terstandarisasi dan 30 dokumentasi keperawatan yang menggunakan bahasa yang terstandarisasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa konsistensi internal pada subskala *diagnosa keperawatan sebagai proses* menunjukkan Cronbach's Alpha 0,83 (0,78 ; 0,88), *diagnosa keperawatan sebagai produk* 0,98 (0,94 ; 0,99), intervensi keperawatan 0,90 (0,85 ; 0,94), dan *outcome* keperawatan 0,99 (0,95 ; 0,99), dengan Cohen's Kappa 0,95 menunjukkan bahwa realibilitas *interrater* instrumen ini baik. Penelitian ini membuktikan bahwa Q-DIO merupakan alat ukur yang *reliable*

(0,90 ; 0,96). Sehingga instrumen Q-DIO ini memungkinkan untuk mengukur kualitas dokumentasi keperawatan yang terdiri dari diagnosa, intervensi dan *outcomes* dengan atau tanpa implementasi teori dan bahasa keperawatan yang terstandarisasi.

Kuesioner penilaian kualitas asuhan keperawatan berupa instrumen Q-DIO yang telah dimodifikasi oleh peneliti tetap terdiri dari 29 kriteria dan telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dengan beberapa modifikasi yang dianggap perlu untuk dilakukan agar kuesioner lebih mudah dipahami dan lebih sesuai dengan kondisi di Indonesia. Peneliti memodifikasi skor penilaian pada masing-masing kriteria dengan menetapkan skor 0 – 4 untuk seluruh kriteria penilaian, dimana skor 0 jika informasi yang didokumentasikan **tidak sesuai**, skor 1 jika informasi yang didokumentasikan **kurang sesuai**, skor 2 jika informasi yang didokumentasikan **cukup sesuai**, skor 3 jika informasi yang didokumentasikan **sesuai** dan skor 4 jika informasi yang didokumentasikan **sangat sesuai**. Hasil penilaian kualitas asuhan keperawatan diperoleh dengan menjumlah seluruh skor pada setiap kriteria kemudian dibagi dengan jumlah item maksimal yaitu 29. Jika nilai yang diperoleh > 2 maka kualitas asuhan keperawatan dinyatakan baik dan jika nilai yang diperoleh ≤ 2 maka kualitas asuhan keperawatan dinyatakan kurang.

Untuk memastikan validitas dan reliabilitas kuesioner maka sebelumnya telah dilakukan uji coba kuesioner. Kuesioner *Critical Thinking Disposition Self-Rating Form* diujicobakan pada 10 sampel perawat di Rumah Sakit Polri Jakarta dan Kuesioner Penilaian Kualitas Asuhan Keperawatan diujicobakan pada dokumentasi asuhan keperawatan di Rumah Sakit Polri Jakarta. Validitas dan reliabilitas kuesioner dilihat dari nilai *Chronbach's alpha coefficient*.

Setelah memastikan validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian, dilanjutkan dengan melaksanakan pelatihan bagi *data collector* untuk menyetarakan persepsi dan pemahaman antara peneliti dengan *data collector* terhadap Kuesioner Penilaian Kualitas Asuhan Keperawatan. *Data collector* bertugas untuk membantu peneliti mengumpulkan data, dimana kriteria *data collector* ini adalah berpendidikan minimal S1 Ners, memiliki pengalaman praktik di bagian perawatan ortopedi minimal 1 tahun dan bukan staf perawat RSUP Fatmawati. Setelah pelatihan *data*

collector dilaksanakan, maka dilanjutkan dengan *uji interrater* untuk menguji kesamaan pemahaman dan persepsi peneliti dengan *data collector* melalui *uji interrater reliabilitas* dengan melihat nilai *Kappa*. Nilai *Kappa* yang diperoleh sebesar 0,737. Karena nilai *Kappa* yang diperoleh lebih besar dari 0,6 maka persepsi peneliti dan *data collector* dianggap sama dalam menilai kualitas asuhan keperawatan.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

4.6.1 Tahap Persiapan

- a. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati melalui kepala bidang penelitian dan pengembangan Rumah Sakit.
- b. Setelah peneliti mendapatkan ijin dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan mendapatkan keterangan lolos kaji etik, selanjutnya peneliti menemui Kepala Diklit Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta untuk memperoleh ijin penelitian.
- c. Peneliti menyampaikan ijin penelitian kepada Kepala Ruangan Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta
- d. Peneliti bekerjasama dengan Kepala Ruangan Unit Perawatan Ortopedi untuk memilih perawat yang dilibatkan dalam penelitian.

4.6.2 Tahap Pelaksanaan

- a. Perawat di Unit Perawatan Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati yang memenuhi kriteria inklusi diminta untuk mengisi kuesioner *Critical Thinking Disposition Self-Rating Form*.
- b. Setelah itu, peneliti dan *data collector* melakukan penilaian kualitas asuhan keperawatan melalui dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat di Unit Perawatan Ortopedi dengan menggunakan Kuesioner Penilaian Asuhan Keperawatan.

4.7 Pengolahan dan Analisis data

4.7.1 Pengolahan Data

Analisis data penelitian harus menghasilkan informasi yang benar, maka tahapan sebelumnya yaitu pengolahan data harus dilakukan secara benar (Hastono, 2007).

Tahapan pengolahan data yang dilalui yakni :

a. *Editing*

Setelah semua responden mengisi data pada kedua kuisisioner, selanjutnya peneliti melakukan pengecekan kuisisioner untuk memastikan kelengkapan, kejelasan, relevansi dan kekonsistenan jawaban.

b. *Coding*

Data yang telah diisikan pada kedua kuisisioner kemudian diubah dari data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Kegunaan *coding* adalah untuk mempermudah saat analisis dilakukan dan mempercepat saat entri data.

c. *Processing*

Proses data dengan melakukan *entry* pada komputer. Berbagai macam program dapat digunakan untuk memproses data dengan masing-masing kelebihan dan kekurangannya. Peneliti memasukkan data ke dalam komputer dengan menggunakan program pengolahan data yang telah dipilih.

d. *Cleaning*

Langkah selanjutnya adalah pengecekan data yaitu data yang sudah dimasukkan ada kesalahan atau tidak. Kesalahan sangat mungkin terjadi pada saat entri data. Cara untuk membersihkan data adalah dengan mengetahui *missing* data (tidak ada nilai yang hilang), mengetahui variasi data, dan mengetahui konsistensi data. Peneliti memastikan pengecekan data dilakukan secara benar.

4.7.2 Analisis data

Langkah selanjutnya setelah pengolahan data adalah analisis data. Analisis data menurut Sugiyono (2007) adalah mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, menyajikan data variabel yang diteliti, melakukan penghitungan statistik untuk menjawab rumusan masalah dan hipotesa. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Karakteristik responden yang merupakan variabel *confounding*, variabel independen dan variabel dependen dideskripsikan berdasarkan jenis data variabel. Analisis univariat masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Analisis Univariat

No	Variabel	Jenis Data	Deskripsi
Karakteristik Responden (Variabel <i>Confounding</i>)			
1	Usia	Numerik	Mean, Median, SD, Min-Mak, 95% CI
2	Pengalaman Praktik	Numerik	Mean, Median, SD, Min-Mak, 95% CI
3	Lama Bekerja di Unit Ortopedi	Numerik	Mean, Median, SD, Min-Mak, 95% CI
4	Tingkat Pendidikan Perawat	Kategorik	Jumlah, presentase (%)
Variabel Independen			
5	Berpikir Kritis	Kategorik	Jumlah, presentase (%)
Variabel Dependen			
6	Kualitas Asuhan Keperawatan	Kategorik	Jumlah, presentase (%)

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan *Chi-Square* untuk mengetahui apakah ada hubungan antara berpikir kritis perawat terhadap kualitas diagnosis, intervensi, dan *outcomes* keperawatan pada asuhan keperawatan pasien ortopedi. Analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Analisis Bivariat

Variabel Independen	Jenis Data	Variabel Dependen	Jenis Data	Analisis Statistik
Berpikir Kritis Perawat	Kategorik	Kualitas Asuhan Keperawatan	Kategorik	<i>Chi-Square</i>

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik ganda. Analisis ini dipilih karena variabel dependen kualitas asuhan keperawatan yang telah dikompositkan adalah variabel kategorik. Kualitas asuhan keperawatan yang terdiri dari 3 variabel (diagnosis, intervensi dan *outcomes*)

dikompositkan menjadi satu variabel utama menjadi variabel kualitas asuhan keperawatan berskala kategorik dan dikotomik 2 variasi data yaitu baik dan kurang. Analisis ini bertujuan untuk mengestimasi secara valid hubungan berpikir kritis dengan kualitas asuhan keperawatan dengan mengontrol variabel *confounding* usia, lama pengalaman praktik, lama pergantian staf dan tingkat pendidikan perawat.

Adapun langkah-langkah pemodelan sebagai berikut :

- (a) Dilakukan pemodelan lengkap, mencakup variabel utama berpikir kritis, semua kandidat *confounding* dan kandidat interaksi (interaksi dibuat antara variabel berpikir kritis dengan dengan semua variabel *confounding*).
- (b) Dilakukan penilaian interaksi, variabel dikatakan berinteraksi jika p *value*-nya $<0,05$. Caranya dengan mengeluarkan variabel interaksi yang nilai p *value*-nya tidak signifikan ($p>0,05$). Pengeluaran dilakukan secara bertahap satu per satu, dimulai dari variabel interaksi yang p *value*-nya terbesar.
- (c) Dilakukan penilaian *confounding*, dengan cara mengeluarkan variabel kovariat/*confounding* satu per satu dimulai dari yang memiliki p *value* terbesar, bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor/variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel kovariat dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai *confounding* dan harus tetap berada dalam model (Hastono, 2007).

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan dan menjelaskan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Unit Ortopedi RSUP Fatmawati selama bulan Juni 2011 terhadap 45 responden. Hasil penelitian diuraikan melalui tiga tahap analisis, meliputi analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat. Analisis univariat untuk melihat distribusi karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman praktik dan lama bekerja di Unit Ortopedi, kecenderungan berpikir kritis perawat dan kualitas asuhan keperawatan berdasarkan studi dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat. Kemudian dilanjutkan dengan analisis bivariat untuk melihat hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan serta menjelaskan kontribusi karakteristik responden terhadap kualitas asuhan keperawatan. Setelah itu, dilanjutkan dengan analisis multivariat untuk mengetahui estimasi secara valid hubungan berpikir kritis dengan kualitas asuhan keperawatan dengan mengontrol variabel *confounding* usia, jenis kelamin, lama pengalaman praktik, lama bekerja di unit ortopedi dan tingkat pendidikan perawat.

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Karakteristik Responden

a. Usia, Pengalaman Praktik dan Lama Bekerja di Unit Ortopedi

Distribusi responden berdasarkan usia, pengalaman praktik dan lama bekerja di unit ortopedi dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1
Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Pengalaman Praktik dan Lama Bekerja
di Unit Ortopedi RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011 (n=45)

Variabel	Mean	Median	SD	Min - Maks	95% CI	
					Min	Mak
Usia	33,11	29,00	9,26	22 - 56	30,33	35,89
Pengalaman Praktik	9,86	6,00	9,02	0,3 - 30	7,15	12,57
Lama Bekerja di Unit Ortopedi	3,70	2,00	4,89	0,3 - 23	2,23	5,17

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia responden dalam penelitian ini sebesar 33,11 tahun dengan standar deviasi 9,2 tahun. Responden termuda berusia 22 tahun dan tertua berusia 56 tahun. Dari estimasi diyakini 95% bahwa usia responden berada pada rentang 30,33 sampai dengan 35,89 tahun.

Rata-rata pengalaman praktik responden sebesar 9,86 tahun dengan standar deviasi 9,02 tahun. Lama pengalaman praktik paling sedikit sebesar 0,3 tahun (4 bulan) dan paling lama 30 tahun. Dari estimasi diyakini 95% bahwa pengalaman praktik berada pada rentang 7,15 tahun sampai dengan 12,58 tahun.

Rata-rata lama bekerja di unit ortopedi responden sebesar 3,70 tahun dengan standar deviasi 2,00 tahun. Lama praktik yang paling singkat di unit ortopedi adalah 0,3 tahun (4 bulan) dan paling lama 23 tahun. Dari estimasi diyakini 95% bahwa lama praktik di unit ortopedi berada pada rentang 2,23 tahun sampai dengan 5,17 tahun.

Distribusi responden berdasarkan kategori usia, pengalaman praktik dan lama bekerja di ortopedi dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini.

Tabel 5.2
Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Usia, Pengalaman Praktik dan Lama Bekerja di Unit Ortopedi di RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011 (n=45)

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
1	Usia	20 – 40 tahun	36	80,0
		41 – 60 tahun	21	20,0
2	Pengalaman Praktik	≤ 10 tahun	27	60,0
		> 10 tahun	18	40,0
3	Lama Bekerja di Ortopedi	≤ 5 tahun	36	80,0
		> 5 tahun	9	20,0

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa proporsi responden yang berusia 20-40 tahun lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berusia 41-60 tahun. Proporsi responden yang memiliki pengalaman praktik di bawah 10 tahun lebih banyak dibandingkan dengan responden yang memiliki pengalaman praktik di atas 10 tahun. Sedangkan proporsi responden yang bekerja di unit ortopedi di bawah 5 tahun lebih banyak dibandingkan dengan responden yang lama kerjanya di unit ortopedi lebih dari 5 tahun.

b. Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dan tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan di RSUP
Fatmawati Jakarta Juni 2011 (n=45)

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
1	Jenis Kelamin	Perempuan	33	73,3
		Laki-laki	12	26,7
2	Tingkat Pendidikan	Ahli Madya	33	73,3
		Sarjana/Ners	12	26,7

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa proporsi responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan dengan responden laki-laki. Proporsi responden berjenis kelamin laki-laki sebesar 26,7% (12 responden) dan perempuan sebesar 73,3% (33 responden).

Proporsi responden berpendidikan ahli madya lebih banyak dibandingkan dengan sarjana/ners. Proporsi responden berpendidikan ahli madya sebesar 73,33% (33 responden) dan sarjana/ners hanya sebesar 26,7% (12 responden).

5.1.2 Berpikir Kritis

Distribusi responden berdasarkan skor kecenderungan berpikir kritis dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan Kecenderungan Berpikir Kritis di Unit Ortopedi RSUP
Fatmawati Jakarta Juni 2011 (n=45)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Berpikir Kritis	Baik	32	71,1
	Kurang	13	28,9

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa responden yang cenderung berpikir kritis lebih banyak dibandingkan yang kurang berpikir kritis. Responden yang cenderung berpikir kritis sebanyak 71% (32 responden) dan responden yang kurang cenderung berpikir kritis sebanyak 28,9% (13 responden).

5.1.3 Kualitas Asuhan Keperawatan

Kualitas asuhan keperawatan pada penelitian ini terdiri atas empat subvariabel yaitu diagnosis keperawatan yang terbagi menjadi dua item (diagnosis sebagai proses dan

diagnosis sebagai produk), intervensi keperawatan dan *outcome*/hasil keperawatan. Distribusi kualitas asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut ini.

Tabel 5.5
Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Asuhan Keperawatan
di RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011 (n=45)

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
1	Kualitas Diagnosis Keperawatan sebagai Proses	Baik	30	66,7
		Kurang	15	33,3
2	Kualitas Diagnosis Keperawatan sebagai Produk	Baik	34	75,6
		Kurang	11	24,4
3	Kualitas Intervensi Keperawatan	Baik	30	66,7
		Kurang	15	33,3
4	Kualitas Outcome Keperawatan	Baik	29	64,4
		Kurang	16	35,6

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa responden yang memiliki kualitas diagnosis keperawatan sebagai proses dengan kualitas baik lebih banyak dibandingkan dengan yang kualitasnya kurang. Proporsi responden yang memiliki kualitas diagnosis keperawatan sebagai proses baik sebesar 66,7% (30 responden) dan yang kualitasnya kurang sebesar 33,3% (15 responden)

Responden yang memiliki kualitas diagnosis keperawatan sebagai produk dengan kualitas baik lebih banyak dibandingkan dengan yang kualitasnya kurang. Proporsi responden yang memiliki kualitas diagnosis keperawatan sebagai produk baik sebesar 75,6% (34 responden) dan yang kualitasnya kurang sebesar 24,4% (11 responden).

Responden yang memiliki kualitas intervensi keperawatan yang baik lebih banyak dibandingkan dengan yang kualitasnya kurang. Proporsi responden yang memiliki kualitas intervensi keperawatan yang baik sebesar 66,7% (30 responden) dan yang kualitasnya kurang sebesar 33,3% (15 responden).

Responden yang memiliki kualitas *outcomes* keperawatan yang baik lebih banyak dibandingkan dengan yang kualitasnya kurang. Proporsi responden yang memiliki kualitas *outcomes* keperawatan yang baik sebesar 64,4% (30 responden) dan yang kualitasnya kurang sebesar 35,6% (16 responden).

5.2 Analisis Bivariat

a. Hubungan Karakteristik Responden dengan Kualitas Asuhan Keperawatan

Distribusi karakteristik responden dengan kualitas asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut ini.

Tabel 5.6
Distribusi Usia, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pengalamn praktik dan Lama Bekerja di Unit Ortopedi dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di RSUP Fatmawati Juni 2011 (n = 45)

Variabel	Kualitas Asuhan Keperawatan				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Usia								
20-40 tahun	14	38,9	22	61,1	36	100	1	0,234
41-60 tahun	1	11,1	8	88,9	9	100	5,09 (0,57-45,22)	
Jenis Kelamin								
Perempuan	11	33,3	22	66,7	33	100	1	1,000
Laki-laki	4	33,3	8	66,7	12	100	1,00 (0,25-4,06)	
Tingkat Pendidikan								
AMK	10	30,3	23	69,7	33	100	1	0,496
S1/Ners	5	41,7	7	58,3	13	100	0,61 (0,16-2,39)	
Pengalaman Praktik								
≤ 10 tahun	13	48,1	14	51,9	27	100	1	0,012*
> 10 tahun	2	11,1	16	88,9	18	100	7,43 (1,42-38,78)	
Lama Kerja di Unit Ortopedi								
≤ 5 tahun	14	38,9	22	61,1	36	100	1	0,234
> 5 tahun	1	11,1	8	88,9	9	100	5,09 (0,57-45,22)	

*bermakna pada α 0,05

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa ada sebanyak 8 responden (88,9%) yang usianya 41-60 tahun membuat asuhan keperawatan dengan kualitas baik. Sedangkan diantara responden yang usianya 20-40 tahun sebanyak 22 responden (61,1%) yang kualitas asuhan keperawatannya baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kualitas asuhan keperawatan ($p>0,05$).

Ada sebanyak 22 responden (66,7%) berjenis kelamin perempuan membuat asuhan keperawatan dengan kualitas baik. Sedangkan diantara responden yang berjenis kelamin laki-laki, hanya 8 responden (66,7%) yang kualitas asuhan keperawatannya baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas asuhan keperawatan ($p>0,05$).

Ada sebanyak 7 responden (58,3%) yang berpendidikan sarjana/ners membuat asuhan keperawatan dengan kualitas baik. Sedangkan diantara responden yang berpendidikan ahli madya sebanyak 23 (69,7%) yang kualitas asuhan keperawatannya baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas asuhan keperawatan ($p>0,05$).

Ada sebanyak 16 responden (88,9%) yang pengalaman praktiknya di atas 10 tahun membuat asuhan keperawatan dengan kualitas baik. Sedangkan diantara responden yang pengalaman praktiknya di bawah 10 tahun sebanyak 14 responden (51,9%) yang kualitas asuhan keperawatannya baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengalaman praktik dengan kualitas asuhan keperawatan ($p<0,05$). Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa responden yang pengalaman praktiknya di atas 10 tahun mempunyai peluang 7,43 kali untuk membuat asuhan keperawatan dengan kualitas baik dibandingkan dengan responden yang pengalaman praktiknya di bawah 10 tahun (95% CI OR: 1,42 – 38,78).

Ada sebanyak 8 responden (88,9%) yang lama kerjanya di atas 5 tahun di unit ortopedi membuat asuhan keperawatan dengan kualitas baik. Sedangkan diantara responden yang lama kerjanya di bawah 5 tahun di unit ortopedi sebanyak 22 responden (61,6%) yang kualitas asuhan keperawatannya baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara lama kerja di unit ortopedi dengan kualitas asuhan keperawatan ($p>0,05$).

b. Hubungan Berpikir Kritis dengan Kualitas Diagnosis Keperawatan sebagai Proses

Distribusi antara berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis keperawatan sebagai proses dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut ini.

Tabel 5.7
Distribusi Berpikir Kritis Perawat dan Kualitas Diagnosis Keperawatan sebagai Proses
di RSUP Fatmawati Juni 2011 (n = 45)

Berpikir Kritis	Kualitas Diagnosis sebagai Proses				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang	8	61,5	5	38,5	13	100	1	0,016*
Baik	7	21,9	25	78,1	32	100	5,714 (1,41-23,09)	
Jumlah	15	33,3	30	66,7	45	100		

*bermakna pada α 0,05

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa ada sebanyak 25 responden (78,1%) yang memiliki kecenderungan berpikir kritis membuat diagnosis sebagai proses yang kualitasnya baik. Sedangkan diantara responden yang berpikir kritisnya kurang, hanya 5 responden (38,5%) yang kualitas diagnosis sebagai prosesnya baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis keperawatan sebagai proses ($p < 0,05$). Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa responden yang berpikir kritis mempunyai peluang 5,714 kali untuk membuat diagnosis keperawatan sebagai proses dengan kualitas yang baik dibandingkan dengan responden yang berpikir kritisnya kurang (95% CI OR: 1,41 – 23,09).

c. Hubungan Berpikir Kritis dengan Kualitas Diagnosis Keperawatan sebagai Produk

Distribusi berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis keperawatan sebagai produk dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut ini.

Tabel 5.8
Distribusi Berpikir Kritis Perawat dan Kualitas Diagnosis Keperawatan sebagai Proses
di RSUP Fatmawati Juni 2011 (n = 45)

Berpikir Kritis	Kualitas Diagnosis sebagai Produk				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang	7	53,8	6	46,2	13	100	1	0,007*
Baik	4	12,5	28	87,5	32	100	8,167 (1,800 -37,048)	
Jumlah	11	24,4	34	75,6	45	100		

*bermakna pada α 0,05

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa ada sebanyak 28 responden (87,5%) yang memiliki kecenderungan berpikir kritis membuat diagnosis sebagai produk yang kualitasnya baik. Sedangkan diantara responden yang berpikir kritisnya kurang, hanya 6 responden (46,2%) yang kualitas diagnosis sebagai produknya baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis keperawatan sebagai produk ($p < 0,05$). Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa responden yang berpikir kritis mempunyai peluang 8,167 kali untuk membuat diagnosis keperawatan sebagai produk dengan kualitas yang baik dibandingkan dengan responden yang berpikir kritisnya kurang (95% CI OR: 1,800 – 37,048).

d. Hubungan Berpikir Kritis dengan Kualitas Intervensi Keperawatan

Distribusi berpikir kritis perawat dengan kualitas intervensi keperawatan dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut ini.

Tabel 5.9
Distribusi Berpikir Kritis Perawat dan Kualitas Intervensi Keperawatan
di RSUP Fatmawati Juni 2011 (n = 45)

Berpikir Kritis	Kualitas Intervensi Keperawatan				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang	11	84,6	2	15,4	13	100	1	0,000*
Baik	4	12,5	28	87,5	32	100	38,5 (6,15-241,23)	
Jumlah	15	33,3	30	66,7	45	100		

*bermakna pada $\alpha 0,05$

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa ada sebanyak 28 responden (87,5%) yang memiliki kecenderungan berpikir kritis membuat intervensi yang kualitasnya baik. Sedangkan diantara responden yang berpikir kritisnya kurang, hanya 2 responden (15,4%) yang kualitas intervensi keperawatannya baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas intervensi keperawatan ($p < 0,05$). Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa responden yang berpikir kritis mempunyai peluang 38,5 kali untuk membuat intervensi keperawatan dengan kualitas yang baik dibandingkan dengan responden yang berpikir kritisnya kurang (95% CI OR: 6,15 – 241,23).

e. Hubungan Berpikir Kritis dengan Kualitas *Outcomes* Keperawatan

Distribusi berpikir kritis perawat dengan kualitas intervensi keperawatan dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10
Distribusi Berpikir Kritis Perawat dan Kualitas *Outcomes* Keperawatan
di RSUP Fatmawati Juni 2011 (n = 45)

Berpikir Kritis	Kualitas <i>Outcomes</i> Keperawatan				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang	10	76,9	3	23,1	13	100	1	0,000*
Baik	6	18,8	26	81,3	32	100	14,44 (3,017 – 69,158)	
Jumlah	16	35,6	29	64,4	45	100		

*bermakna pada α 0,05

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa ada sebanyak 26 responden (81,3%) yang memiliki kecenderungan berpikir kritis membuat *outcomes* keperawatan yang kualitasnya baik. Sedangkan diantara responden yang berpikir kritisnya kurang, hanya 3 responden (23,1%) yang kualitas *outcomes* keperawatannya baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan antara berpikir kritis perawat dengan kualitas *outcomes* keperawatan ($p < 0,05$). Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa responden yang berpikir kritis mempunyai peluang 14,44 kali untuk membuat *outcomes* keperawatan dengan kualitas yang baik dibandingkan dengan responden yang berpikir kritisnya kurang (95% CI OR: 3,017 – 69,158).

5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan setelah dikontrol oleh variabel konfounding. Pada penelitian ini digunakan regresi logistik dengan model faktor risiko.

Langkah pemodelannya diuraikan melalui beberapa tahap yaitu seleksi kandidat, pemodelan multivariat, uji konfounding, uji interaksi dan pemodelan akhir. Secara rinci diuraikan sebagai berikut.

a. Seleksi Kandidat

Pada tahap ini, dilakukan penyeleksian variabel independen berpikir kritis dan variabel konfounding yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman praktik dan lama bekerja di Unit Ortopedi yang diduga berhubungan dengan kualitas asuhan keperawatan. Hasil analisis bivariat yang dilakukan dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut ini.

Tabel 5.11
Hasil Uji Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik Variabel Independent dan Variabel Konfounding dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Ortopedi RSUP Fatmawati Jakarta Juni 2011 (n=45)

No	Variabel	<i>p value</i>
1	Usia	0,089*
2	Jenis Kelamin	1,000
3	Tingkat Pendidikan	0,479
4	Pengalaman Praktik	0,007*
5	Lama Bekerja di Unit Ortopedi	0,089*
6	Berpikir Kritis	0,012*

*Variabel dengan $\alpha < 0,25$ (kandidat multivariat masuk ke tahap selanjutnya)

Tabel 5.11 menunjukkan ada empat variabel yang menjadi kandidat untuk pemodelan multivariat yaitu usia, pengalaman praktik, lama bekerja di unit ortopedi dan berpikir kritis (*p value*-nya $< 0,25$).

b. Pemodelan Multivariat

Dilakukan pemodelan lengkap, mencakup variabel utama berpikir kritis, semua kandidat *confounding* dan kandidat interaksi. Interaksi dibuat antara variabel berpikir kritis dengan dengan semua variabel *confounding*).

a) Uji Interaksi

Dilakukan penilaian interaksi, variabel dikatakan berinteraksi jika *p value*-nya $< 0,05$. Caranya dengan mengeluarkan variabel interaksi yang nilai *p value*-nya tidak signifikan ($p > 0,05$). Pengeluaran dilakukan secara bertahap satu per satu, dimulai dari variabel interaksi yang *p value*-nya terbesar. Hasil Uji interaksi dapat dilihat pada tabel 5.12 berikut ini.

Tabel 5.12
 Hasil Uji Interaksi Variabel Utama dan Variabel Konfonding dalam
 Hubungan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Ortopedi RSUP Fatmawati
 Jakarta Juni 2011 (n=45)

Variabel	<i>p value</i>
Berpikir Kritis*Usia	0,999
Berpikir Kritis*Pengalaman Praktik	1,000
Berpikir Kritis*Lama Kerja di Unit Ortopedi	0,999

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa tidak ada interaksi yang bermakna antara berpikir kritis dengan usia, berpikir kritis dengan pengalaman praktik dan berpikir kritis dengan lama bekerja di unit ortopedi ($p > 0,05$).

b) Uji Konfonding

Penilaian konfonding dilakukan dengan cara mengeluarkan variabel kandidat konfonding satu per satu dan perubahan nilai OR variabel utama berpikir kritis dihitung antara sebelum dan sesudah variabel kandidat konfonding dikeluarkan, bila perubahannya $> 10\%$ maka variabel tersebut dianggap sebagai variabel konfonding. Perubahan nilai OR variabel konfonding dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut ini.

Tabel 5.13
 Perubahan Nilai *Odd Ratio*
 Sebelum dan Sesudah Variabel Konfonding Dikeluarkan

Variabel	OR Sebelum Dikeluarkan	OR Setelah Dikeluarkan	Perubahan OR
Usia	0,22	0,22	0%
Lama Kerja di Unit Ortopedi	0,22	0,23	4,55%
Pengalaman Praktik	0,23	0,14	39,13%

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa perubahan nilai OR variabel utama berpikir kritis antara sebelum dan sesudah variabel usia dikeluarkan sebesar 0% dan variabel lama kerja di unit ortopedi dikeluarkan sebesar 4,55%. Karena perubahan nilai OR kurang dari 10% maka variabel usia dan lama kerja di unit ortopedi bukan variabel konfonding dan dikeluarkan dari model. Sedangkan variabel pengalaman praktik perubahan nilai OR-nya lebih dari 10% yaitu 39,13 % maka variabel pengalaman praktik dinyatakan sebagai variabel konfonding dan tetap dipertahankan dalam model.

c. Pemodelan Akhir

Pemodelan akhir dapat dilihat pada tabel 5.14 berikut ini.

Tabel 5.14
Hasil Pemodelan Akhir Variabel Utama dan Variabel Konfounding dengan
Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Ortopedi RSUP Fatmawati
Jakarta Juni 2011 (n=45)

No	Variabel	B	SE	Wald	P value	Exp(B)	OR (95% CI)
1	Berpikir Kritis						1
	Kurang						
	Baik	1,819	0,798	5,191	0,023	6,166	1,289 – 29,481
2	Pengalaman Praktik						1
	< 10 tahun						
	> 10 tahun	2,076	0,907	5,233	0,022	9,285	1,346 – 47,177
	Konstanta	-1,162	0,707	2,702	0,100	0,313	

Berdasarkan tabel 5.14 dapat dijelaskan sebagai berikut :

Perawat yang berpikir kritis berpeluang 6,166 kali menunjukkan kualitas asuhan keperawatan yang baik jika dibandingkan dengan responden yang kurang berpikir kritis setelah dikontrol oleh pengalaman praktik (CI 95%: 1,289 – 29,481)

Perawat yang memiliki pengalaman praktik lebih dari 10 tahun berpeluang 9,285 kali menunjukkan kualitas asuhan keperawatan yang baik jika dibandingkan dengan responden yang pengalamannya di bawah 10 tahun setelah dikontrol oleh berpikir kritis (CI 95%: 1,346; 47,177).

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan dan diskusi tentang hasil-hasil penelitian yang telah diperoleh. Pembahasan diuraikan dengan membandingkan hasil penelitian ini dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya atau teori-teori yang mendukung atau berlawanan dengan hasil penelitian ini. Pembahasan diawali dengan menguraikan interpretasi dan diskusi hasil penelitian tentang karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pengalaman praktik, dan lama kerja di unit ortopedi. Pada bagian berikutnya dibahas tentang hubungan berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan. Bagian akhir dari bab ini akan membahas implikasi dan tindak lanjut hasil penelitian yang dapat diterapkan dan diaplikasikan pada praktik keperawatan dalam rangka meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien di unit ortopedi.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

6.1.1 Karakteristik Responden

a. Usia

Reta-rata usia responden pada penelitian ini sebesar $33,11 \pm 9$ tahun, dimana usia responden termuda adalah 22 tahun dan tertua adalah 56 tahun. Dalam penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara usia dan kualitas asuhan keperawatan ($p = 0,234$).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Feng *et al* (2010) yang menunjukkan bahwa faktor yang paling mempengaruhi kemampuan seorang perawat memberikan asuhan keperawatan selain pengalaman kerja adalah usia karena faktor usia secara signifikan mempengaruhi kompetensi berpikir kritis perawat.

Penelitian lain yang juga tidak sejalan dengan hasil penelitian ini adalah hasil penelitian Gambrill (2005) dan Willingham (2007) yang menunjukkan bahwa pertambahan usia menunjukkan tingkat kedewasaan dan kemampuan berpikir kritis individu. Penelitiannya dilakukan pada 86 perawat yang menunjukkan adanya peningkatan kemampuan berpikir kritis terutama dalam aspek *fluency*, *flexibility* dan *elaboration*. *Fluency* merupakan suatu kemampuan mental untuk

memikirkan beberapa unit informasi, *flexibility* merupakan kemampuan mental untuk berubah dan berpindah dari suatu kategori informasi ke kategori informasi lainnya, sedangkan *elaboration* adalah kemampuan mengidentifikasi beberapa akibat atau implikasi dari suatu unit informasi. Seorang perawat kemungkinan akan memiliki kemampuan yang kurang dalam aspek *fluency*, *flexibility* dan *elaboration*, walaupun demikian kemampuan berpikir pada perawat dapat ditingkatkan seperti halnya pada usia anak yang kemampuan berpikirnya dapat terus meningkat seiring dengan tingkat kedewasaannya. Sehingga Chabeli (2007) menyarankan bahwa seorang pendidik harus mampu menciptakan aktivitas pembelajaran metode orang dewasa (paedagogik) untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat dengan menggunakan proses keperawatan dalam rangka meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

b. Jenis Kelamin

Temuan dalam penelitian ini menunjukkan proporsi responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki. Hasil analisis menunjukkan bahwa perbedaan jenis kelamin tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna dalam kualitas asuhan keperawatan ($p=1,000$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Salehi, Bahrami, Hosseini & Akhondzadeh (2006) yang bertujuan untuk melihat hubungan berpikir kritis dengan kemampuan mengambil keputusan pada perawat. Dalam penelitiannya, responden perempuan berkisar 85% dan 15% sisanya berjenis kelamin laki-laki dan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara perempuan dan laki-laki dalam kemampuan berpikir kritis.

c. Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi responden berpendidikan ahli madya lebih banyak dibandingkan dengan sarjana/ners. Latar belakang pendidikan perawat merupakan hal yang mendasari kemampuan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan dokumentasi proses keperawatan seperti yang dikemukakan oleh Doenges (2000) bahwa untuk melakukan asuhan dan dokumentasi keperawatan yang baik diperlukan kemampuan intelektual, teknis dan interpersonal yang didasari oleh pendidikan formal. Lebih lanjut, Potter & Perry (2009) mengemukakan bahwa pengetahuan seorang perawat akan

berbeda-beda tergantung pada jenjang pendidikan yang dimilikinya, karena semakin tinggi pendidikan perawat maka semakin besar pula kesempatan perawat untuk mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan. Dikemukakan pula bahwa kedalaman dan luasnya pengetahuan akan mempengaruhi kemampuan perawat dalam berpikir kritis untuk menangani masalah keperawatan sehingga akan berbeda pula dalam menunjukkan asuhan keperawatan yang berkualitas.

d. Pengalaman Praktik dan Lama Kerja di Unit Ortopedi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata pengalaman praktik responden sebesar $9,86 \pm 9,02$ tahun, dimana proporsi responden yang pengalaman praktiknya di bawah 10 tahun lebih banyak dibandingkan dengan responden yang pengalaman praktiknya di atas 10 tahun. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa rata-rata lama kerja responden di unit ortopedi sebesar $3,7 \pm 4,89$ tahun, dimana proporsi responden yang bekerja di bawah 5 tahun di unit ortopedi lebih banyak dibandingkan dengan responden yang lebih dari 5 tahun. Hasil analisis menunjukkan bahwa pengalaman praktik memiliki kontribusi yang bermakna dalam hubungan berpikir kritis dengan kualitas asuhan keperawatan ($p=0,012$) dan lama kerja di ortopedi menunjukkan kontribusi yang tidak bermakna dalam hubungan berpikir kritis dengan kualitas asuhan keperawatan ($p=0,234$).

Walaupun dalam penelitian ini menunjukkan perbedaan antara pengalaman praktik dan lama kerja di unit ortopedi dalam hubungan berpikir kritis dengan kualitas asuhan keperawatan namun peneliti berpendapat bahwa kedua variabel/faktor ini saling terkait. Sebagaimana pendapat yang dikemukakan oleh Swansburg & Swansburg (1999) yang menyatakan bahwa semakin bertambah masa kerja seseorang akan semakin bertambah pengalaman kliniknya sehingga pengalaman dan masa kerja ini saling terkait. Semakin bertambah masa kerja seseorang maka akan semakin bertambah pula pengalaman klinik dan keterampilan klinisnya. Lebih lanjut dikemukakan bahwa semakin bertambah pengalaman praktik yang dimiliki perawat akan membantu dalam menghadapi kendala kerja dengan cepat dan tanggap. Roche (2002) juga mengemukakan bahwa pengalaman praktik akan menambah pengalaman belajar klinis dimana hal ini diperlukan untuk memenuhi keterampilan membuat keputusan.

Martin (2002) mengemukakan bahwa keterpaparan dengan masalah klinik di lahan praktik keperawatan memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengaplikasikan dan membiasakan keterampilannya, sehingga seseorang yang mengabaikan kemampuan berpikir kritisnya akan semakin menumpulkan keterampilannya.

6.1.2 Hubungan Berpikir Kritis dan Kualitas Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang berpikir kritis lebih banyak dibandingkan dengan responden yang kurang berpikir kritis. Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan antara berpikir kritis dengan kualitas asuhan keperawatan di unit ortopedi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hoffman, Duffield & Donoghue (2004) yang menunjukkan bahwa perawat yang berpikir kritis secara efektif akan terposisi untuk memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas karena mampu menyelesaikan masalah klinis dengan lebih baik, dimana hal ini akan memberikan manfaat baik bagi pasien, perawat maupun institusi rumah sakit. Sehingga untuk alasan ini Rogal & Young (2008) menyarankan bagi seorang pendidik agar memasukkan pengembangan keterampilan berpikir kritis ke dalam kurikulum di institusi pendidikannya.

Terkait hal ini Henderson (2006) mengemukakan bahwa pengembangan kemampuan berpikir kritis yang berkelanjutan dalam menegakkan diagnosis keperawatan sangat diperlukan karena diagnosa keperawatan adalah pondasi asuhan keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan adalah untuk membantu individu, keluarga dan komunitas untuk memperoleh derajat kesehatannya seoptimal mungkin. Membantu individu dengan cara memberikan intervensi yang akan mengatasi masalah, menurunkan risiko, atau meningkatkan kesehatan hingga ke tahap kesehatan optimal. Dalam membantu individu, perawat harus mengetahui apa masalahnya, dalam kondisi risiko atau siap untuk ditingkatkan derajat kesehatan ke tahap yang lebih tinggi, misal diagnosis keperawatan yang mengarahkan agar intervensi yang diberikan perawat memberikan manfaat. Walaupun menegakkan diagnosa secara akurat merupakan hal yang sulit tapi ini menjadi tantangan bagi perawat karena manusia memang unik dan kompleks. Seorang perawat sama dengan manusia lainnya, tapi tidak dapat memahami seluruh kondisi manusia lainnya dengan sangat jelas (Lunney, 2008).

Doenges (2000) mengemukakan akibat dari pendokumentasian yang tidak berkualitas dapat menyebabkan kesinambungan asuhan keperawatan terputus dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan menjadi terhambat. Untuk itu sangat diperlukan kemampuan perawat dalam berpikir kritis, logis dan analitik dengan menggunakan langkah-langkah proses keperawatan sebagai kerangka kerja yang ilmiah sehingga mampu menyelesaikan dan mengatasi setiap masalah yang muncul pada pasien.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa perawat yang memiliki kecenderungan berpikir kritis memiliki peluang 5,714 kali membuat diagnosis keperawatan (sebagai proses) dengan kualitas yang baik. Hasil penelitian ini didukung oleh pendapat Lunney (2006), bahwa keputusan klinis berupa diagnosis yang ditegakkan oleh perawat akan mengarahkan dalam pemilihan intervensi dan *outcomes* yang akan mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Diagnosis keperawatan adalah suatu respon manusia terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan. Jika perawat memberikan label pada hasil interpretasi dari data-data yang diperoleh dari pasien maka kualitas asuhan keperawatan akan semakin meningkat karena interpretasi merupakan dasar pemilihan intervensi dan hasil yang diharapkan (Lunney, 2006).

Tanner (2000) mengemukakan bahwa salah satu tujuan yang mengharuskan berpikir kritis harus dikembangkan adalah untuk pengembangan kualitas pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya asuhan keperawatan. Perawat bertanggung jawab dalam peningkatan kualitas asuhan keperawatan melalui pemberian perawatan kepada pasien. Keterampilan dalam berpikir kritis dapat memberikan pandangan yang luas dan solusi kreatif yang dibutuhkan untuk keberhasilan peningkatan kualitas asuhan keperawatan. Kegagalan bertindak dalam mengatasi masalah akan berakibat pada penurunan kualitas dan membahayakan asuhan keperawatan. Snyder (1993) mengemukakan bahwa perawat tidak hanya sebatas melakukan aspek administratif pada layanan kesehatan tapi juga memanfaatkan waktunya untuk memberikan asuhan keperawatan yang berfokus kepada pasien. Perawat merupakan tenaga kesehatan terbanyak di rumah sakit dan bertanggung jawab memberikan perawatan yang lebih banyak, sehingga tidak mengejutkan jika kepuasan terhadap pelayanan di rumah sakit secara langsung sangat berkaitan dengan asuhan keperawatan. Proses berpikir kritis akan meningkatkan kemampuan perawat mengidentifikasi indikator-indikator

klinis, mengkaji signifikansinya dan mendiskusikan area-area yang harus dikembangkan. Seperti berpikir kritis, perbaikan kualitas yang berkelanjutan juga adalah proses tiada akhir, oleh karena itu hubungan harmonis antara penggunaan strategi berpikir kritis dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan.

Pendapat yang berbeda dikemukakan oleh Salehi, Bahrami, Hosseini & Akhondzadeh (2006) melalui penelitiannya yang bertujuan untuk melihat hubungan berpikir kritis dengan kemampuan mengambil keputusan pada perawat di ruang perawatan umum dan di ruang perawatan kritis. Hasil penelitiannya menunjukkan tidak ada korelasi antara berpikir kritis dengan kemampuan mengambil keputusan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang berpikir kritis memiliki peluang 38,5 kali membuat intervensi keperawatan yang berkualitas baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Fesler-Birch (2005) dan Ingram (2008), perawat melakukan pengambilan keputusan dalam setiap intervensi yang dilakukannya, sementara itu perawat juga merencanakan dan memberikan asuhan. Efektifitas dan ketepatan pengambilan keputusan membutuhkan kemahiran dalam mengumpulkan data dan keterampilan berpikir kritis. Berpikir kritis dalam keperawatan merupakan komponen yang sangat penting dari akuntabilitas profesional dan salah satu penentu kualitas asuhan keperawatan. Perawat yang memiliki kemampuan berpikir kritis akan menunjukkan sikap percaya diri, berpandangan konseptual, kreatif, fleksibel, rasa ingin tahu, berpikiran terbuka, tekun dan reflektif.

Dari pengamatan peneliti, Unit Ortopedi RSUP Fatmawati telah menggunakan sistem komputerisasi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Setelah perawat melakukan pengkajian kondisi pasien, perawat kemudian menganalisis data hasil pengkajian dan menegakkan diagnosis keperawatan. Setelah penentuan diagnosis keperawatan ditegakkan, perawat menginput diagnosis tersebut ke komputer yang telah diprogram dengan sistem bahasa keperawatan. Komputer akan menampilkan beberapa alternatif intervensi dan outcome (kriteria hasil) yang harus dipilih oleh perawat sesuai dengan kondisi pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Hasegawa, Ogasawara, & Katz (2007) menunjukkan bahwa peningkatan keterampilan perawat dengan sistem bahasa keperawatan (NANDA, NIC dan NOC) dapat meningkatkan kekauratan, kompetensi dan berpikir

kritis. Dalam penelitian Hasegawa *et al* ini menunjukkan bahwa responden perawat (n=376) yang memiliki pengetahuan yang adekuat tentang diagnosis keperawatan juga akan memiliki kompetensi diagnostik yang tinggi. Penelitian ini menyimpulkan bahwa untuk menjadi kompeten, perawat membutuhkan pendidikan dan pengalaman dalam mengaplikasikan diagnosis keperawatan dalam berbagai situasi. Penelitian lain dilakukan oleh Kurashima *et al* (n = 21 tiap kelompok), menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat perbedaan yang signifikan dalam keakuratan diagnosis pada diagnosis yang ditulis dengan diagnosis yang dilakukan secara komputerisasi

Keperawatan adalah ilmu dan disiplin profesional yang membutuhkan proses berpikir kritis yang efektif, sehingga perawat menggunakan pengetahuannya untuk memfasilitasi proses berpikir kritis seoptimal mungkin untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Tiga elemen dasar asuhan keperawatan yang terdiri dari diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan *outcome* keperawatan, tercermin dalam klasifikasi *NANDA International*, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) dan *Nursing Interventions Classification* (NIC). Untuk mengaplikasikan NANDA, NIC dan NOC, perawat perlu melakukan proses berpikir yang tepat untuk membuat keputusan dan pemecahan masalah (Maas & Delaney, 2004).

Hardiker *et al* (2002) mengemukakan bahwa belum ada sistem terminologi atau informasi yang telah dikembangkan pada praktik pelayanan keperawatan yang mencakup seluruh informasi tentang asuhan keperawatan. Sehingga, diperlukan suatu sistem yang lebih terintegrasi. Terminologi NNN (NANDA, NIC dan NOC) telah disusun pada waktu yang berbeda-beda dari berbagai macam peneliti dan mereka memiliki pandangan yang berbeda dalam pembagian domain dan klas. Dan saat ini ketiga sistem terminologi ini dibentuk sebagai suatu taksonomi pada tiga level yaitu diagnosa, intervensi dan *outcomes* yang digunakan untuk memberikan label pada suatu fenomena di lahan praktik atau pelayanan keperawatan. *Nursecom Conference* (2004) memiliki 155 konsep untuk problematika situasi klinik yang tersusun ke dalam 13 domain dan 40 klas. Konsep-konsep ini memiliki etiologi yang berbeda-beda dan dibatasi dengan suatu definisi dan seperangkat tanda dan gejala. *Nursing Intervention Classification* memiliki 486 konsep, tersusun menjadi 7 domain dan 30 klas. Konsep-konsep mencakup rentang intervensi yang luas dan relevan dengan keperawatan. Intervensi-intervensi ini dibatasi dengan satu definisi dan aktivitas untuk setiap masalah yang dapat ditemukan setiap hari di lahan pelayanan

keperawatan (McCloskey & Bulechek, 2000). *Nursing Outcome Classification* memiliki 260 konsep yang menunjukkan 260 situasi kesehatan yang ingin dicapai dan tersusun menjadi 7 domain 29 klas. Konsep-konsepnya dibatasi dengan definisi dan faktor-faktor klinis sebagai tolak ukur di praktik klinik (Johnson *et al*, 2000).

6.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional study* dimana kualitas asuhan keperawatan dinilai dari empat aspek kualitas asuhan keperawatan (diagnosa keperawatan sebagai proses, diagnosa keperawatan sebagai produk, intervensi keperawatan dan *outcomes* keperawatan) berdasarkan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat, tidak melalui observasi langsung ke perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Selain itu, penilaian berpikir kritis menggunakan instrumen yang umum, tidak spesifik untuk perawat.

6.3 Implikasi Penelitian dan Pelayanan Keperawatan

6.3.1 Penelitian Keperawatan

Peneliti belum pernah menemukan penelitian tentang berpikir kritis pada perawat di Indonesia. Oleh karena itu hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar tentang berpikir kritis terkait kualitas asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini juga dapat memberikan pengetahuan baru bagi penelitian keperawatan dan dapat menjadi rujukan untuk penelitian selanjutnya.

6.3.2 Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini memperkuat teori dan penelitian yang pernah dilakukan bahwa berpikir kritis memiliki hubungan dengan kualitas asuhan keperawatan, sehingga diperlukan peningkatan kemampuan berpikir kritis pada perawat untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan di pelayanan kesehatan.

6.3.3 Pendidikan Profesi Keperawatan

Dalam meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat dalam rangka meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, maka peserta didik keperawatan sejak awal diajarkan, dididik dan dibiasakan untuk berpikir kritis dengan memasukkan keterampilan berpikir kritis ke dalam kurikulum dan menerapkan program pembelajaran yang memfasilitasi peserta didik dalam meningkatkan kemampuan belajarnya seperti metode pembelajaran studi kasus.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan berpikir kritis dengan kualitas asuhan keperawatan di unit ortopedi RSUP Fatmawati Jakarta, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Karakteristik dari 45 responden, meliputi: rata-rata usia 33,11 tahun, sebagian besar (73,3%) berjenis kelamin perempuan, sebagian besar (73,3%) berpendidikan ahli madya, rata-rata pengalaman praktik selama 9,86 tahun dan rata-rata lama kerja di unit ortopedi selama 3,7 tahun.
- b. Terdapat hubungan yang bermakna antara berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis keperawatan sebagai proses di unit ortopedi ($p=0,016$)
- c. Terdapat hubungan yang bermakna antara berpikir kritis perawat dengan kualitas diagnosis keperawatan sebagai produk di unit ortopedi ($p=0,007$)
- d. Terdapat hubungan yang bermakna antara berpikir kritis perawat dengan kualitas intervensi keperawatan di unit ortopedi ($p=0,000$)
- e. Terdapat hubungan yang bermakna antara berpikir kritis perawat dengan kualitas *outcomes* keperawatan di unit ortopedi ($p=0,000$)
- f. Perawat yang berpikir kritis berpeluang 6,166 kali untuk membuat asuhan keperawatan dengan kualitas baik jika dibandingkan dengan perawat yang kurang berpikir kritis (CI 95% OR : 1,346 – 47,177).

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

- a. Rumah sakit perlu mengembangkan program pelatihan berpikir kritis bagi perawat di ruang perawatan untuk meningkatkan kemampuan pemecahan masalah, penilaian klinis dan pengambilan keputusan dalam mengatasi masalah-masalah yang dialami oleh pasien, khususnya di unit ortopedi
- b. Melakukan penyegaran tentang proses keperawatan berbasis konsep berpikir kritis dan aplikasinya di pelayanan keperawatan.
- c. Mengaplikasikan keterampilan berpikir kritis dalam memberikan asuhan keperawatan, terutama dalam interaksi perawat dan pasien ortopedi

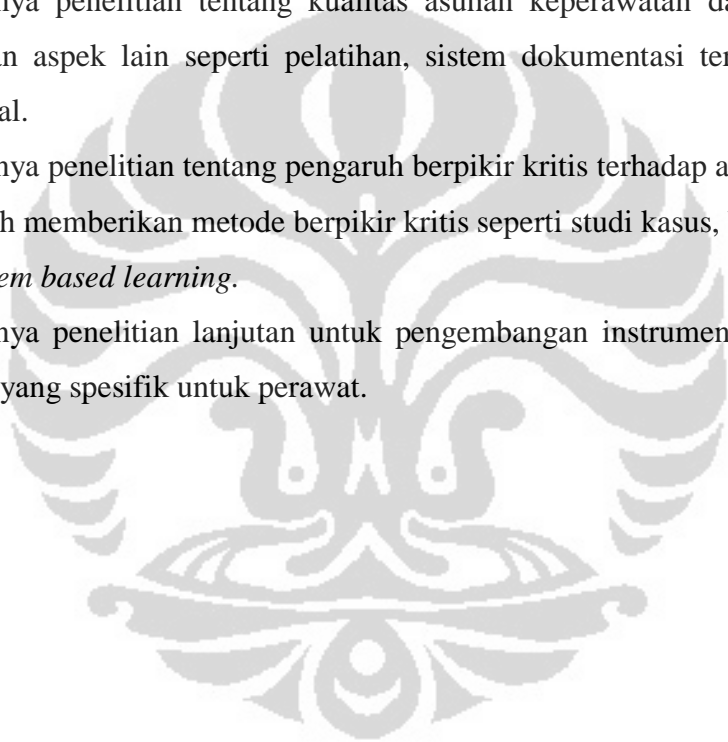
- d. Melakukan uji kompetensi keperawatan kekhususan ortopedi yang didalamnya memuat kemampuan berpikir kritis.

7.2.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

- a. Institusi pendidikan keperawatan perlu memuat materi tentang berpikir kritis ke dalam kurikulum dengan menyusun dan menerapkan metode pembelajaran seperti studi kasus, *problem based learning* dan *role play*.
- b. Melakukan pelatihan berpikir kritis baik bagi peserta didik maupun bagi pendidik keperawatan.

7.2.3 Bagi Penelitian Berikutnya

- a. Perlunya penelitian tentang kualitas asuhan keperawatan dalam hubungannya dengan aspek lain seperti pelatihan, sistem dokumentasi terkomputerisasi dan manual.
- b. Perlunya penelitian tentang pengaruh berpikir kritis terhadap asuhan keperawatan setelah memberikan metode berpikir kritis seperti studi kasus, bermain peran atau *problem based learning*.
- c. Perlunya penelitian lanjutan untuk pengembangan instrumen penilaian berpikir kritis yang spesifik untuk perawat.



DAFTAR REFERENSI

- Alfaro-LeFevre, R. (2003). *Critical Thinking in Nursing: A Practical Approach*. 3rd Ed. Philadelphia: Saunders.
- Alfaro-LeFevre, R. (2004). *Critical Thinking and Clinical Judgement: A Practical Approach*. 3rd Ed. St. Louis: Saunders.
- Australian Nursing Council Incorporated. (2002). *National Competency Standards for the Registered Nurse*. 3rd Ed. Dickson, Australia: Author.
- Salehi, Sh., Bahrami, M., Hosseini, S. H., Akhondzadeh, K. (2007). Critical Thinking and Clinical Decision Making in Nurse Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Winter, 12, 1, 13-16
- Behrenbeck, J. G., Timm, J. A., Griebenow, L. K., Demmer, K. A. (2005). Nursing-Sensitive Outcome Reliability Testing in a Tertiary Care Setting. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16 (1), 14.
- Black, J. M. & Hawk, J. H. (2009). *Medical Surgical Nursing : Clinical Management for Positive Outcomes*. Vol 2. 8th Ed. St.Louis, Missouri : Saunders Elsevier
- Bostick, J.E., Riggs, C. J., & Rantz, M. J. (2003). Quality Measurement in Nursing: An Update of Where We are Now. *J Nurs Care Qual*. 18(2): 94-104.
- Braun, N. M. (2004). Critical thinking in the Business Curriculum. *Journal of Education for Business*, 79(4), 232-236.
- Bucknall, T. (2003). The Clinical Landscape of Critical Care : Nurses' Decision-Making. *Journal of Advance Nursing*, 43, 310-319.
- Canadian Orthopaedic Nurses Association. (2000). *Standards for Canadian Orthopaedic Nursing*. Canada: Authors
- Carpenito-Moyet, L. J. (2007). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 10* (Yasmin Asih & Monica Ester, Penerjemah). Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran
- Case, B. (1994). Walking Around the Elephant: A Critical Thinking Strategy for Decision Making. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 25(3): 101-109.
- Chabeli, M. M. (2007). Facilitating Critical Thinking within the Nursing Process Framework: A Literature Review. *Health Sa Gesondheid*, 12, 4.
- Christensen, P. J., & Kenney, J. W. (2009). *Proses Keperawatan, Aplikasi Model Konseptual* (Terj. dari Nursing Process : Application of Conceptual Models. 4th Ed). Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Crossetti, M.G.O., & Saurin, G. (2006). Critical Thinking and Nursing Diagnosis Accuracy In A University Hospital. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17 (1).

- Currell R & Urquhart C (2003) Nursing Record Systems: Effects on Nursing Practice and Health Care Outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 CD002099.
- Dahlan, M. Sopiudin. (2008). *Seri Evidence Based Medicine, Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : CV. Sagung Seto
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2004). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 4th Ed. St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier
- Edwards (2003), Feng, R. C., Chen, M. J., Chen, M. C., & Pai YC. Critical Thinking Competence and Disposition of Clinical Nurses in a Medical Center. *J Nurs Res.*,18, 77-87.
- Facione, P. A. (2006). *Critical Thinking: What It Is and Why It Counts*. Millbrae, CA: California Academic Press.
- Facione, P. A., & Facione, N. C. (2004). *Talking Critical Thinking*. Millbrae, CA: California Academic Press
- Fesler-Birch, D.M. (2005). Critical Thinking and Patient Outcomes: A Review. *Nursing Outlook*, 53, 59-65.
- Gambrill, E. (2005). *Critical Thinking in Clinical Practice: Improving the Quality of Judgments and Decisions*. 2nd Ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Gordon, M. (1994) Clinical Judgment: An Integrated Model. *Advances in Nursing Science*, 16, 55–70.
- Gordon, M. & Bartholomeyczik, S. (2001) *Nursing Diagnosis: Theoretical Foundations*. Urban & Fischer, Munchen.
- Hardiker, N., Bakken, S., Casey, A., & Hoy, D. (2002). Formal Nursing Terminology Systems: A Means to An End. *Journal of Biomedical Informatics*,35, 298-305.
- Hasegawa, T., Ogasawara, C., & Katz, E. C. (2007). Measuring Diagnostic Competency and The Analysis of Factors Influencing Competency Using Written Case Studies. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18, 93–102.
- Heath, P. (2002). *National Review of Nursing Education*. April 2, 2011, www.dest.gov.au/archive/highered/nursing/pubs/duty_of_care/doc10.html
- Henderson, V. (2006). The Concept of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 1, 21-31
- Higbee, J. L. (2003). Critical Thinking and College Success. *Research and Teaching in Developmental Education*, 20(1), 77-82.
- Hoffman, K., Duffield, C., & Donoghue, J. (2004). Barriers to Clinical Decision Making in Nurses in Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21(3), 8-13.

- Hoffman, K. & Elwin, C. (2004). The Relationship between Critical Thinking and Confidence in Decision-Making Australian. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1.
- Ignatavicius, D. D. (2001). Critical Thinking Skills for at-the-Bedside Success. *Nursing Management*, 32(1), 37-39.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2006). *Medical Surgical Nursing, Critical Thinking for Collaborative Care*. 5th Ed. St.Louis, Missouri : Elsevier Saunders
- Ingram, M. (2008). *Critical Thinking in Nursing: Experience vs. Education*. A Disertation. University of Phoenix
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2000). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. 2nd Ed. St. Louis, MO: Mosby.
- Kurashima, S., Kobayashi, K., Toyabe, S., & Akazawa, K. (2008). Accuracy and Efficiency of Computer-aided Nursing Diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19, 95–101.
- LeMone, P. & Burke, K. (2008). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. 4th Ed. New Jersey: Pearson Prentice-Hall.
- Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Bucher, L., *et al.* (2007). *Medical Surgical Nursing: Assesment and Management of Clinical Problems*. Vol. 2. 7th Ed. St.Louis : Mosby Elsevier.
- Lunney, M. (2006). Helping Nurses Use NANDA, NOC and NIC: Novice to Expert. *Nurse Educator*, 31(3), 40-46
- Lunney, M. (2008). Critical Need to Address Acurracy of of Nurses Diagnoses. *Online Journal of Issues in Nursing*, 13,20-28
- Magnussen, L., Ishida, D., & Itano, J. (2000). The Impact of the Use of Inquiry Based Learning as a Teaching Methodology on the Development of Critical Thinking. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 360-364.
- Martin, C. (2002). The Theory of Critical Thinking of Nursing. *Nursing Education Perspectives*, 23(5), 243-247.
- Maas, M. L., & Delaney, C. (2004). Nursing Process Outcome Linkage Research: Current Status and Health Policy Implications. *Medical Care*, 42, 40–48.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (2000). *Nursing Intervention Classification*. 3rd Ed.. St. Louis, MO: Mosby.
- McFarland, G. K. & McFarlane, E. A. (1997). *Nursing Diagnosis and Interventions: Planning for Patient Care*. Mosby, St. Louis.
- Moorhead, S., Johnson, M, & Maas, M. L. (2004). *Nursing Outcomes Classification*. 3rd Ed. Mosby, St Louis.
- Muller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, M. A., Needham, I., Odenbreit, M., & van Achterberg, T. (2008). Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the

- Documented Quality of Nursing Diagnoses, Intervention, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19, 1, 20.
- Muller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2010). Development of an Instrument to Measure the Quality of Documented Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes: the Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1027–1037
- Myrick, F. (2002). Preceptorship and Critical Thinking in Nursing Education. *Journal of Nursing Education*, 41(4), 154-164.
- National Association of Orthopaedic Nurses. (2010). *NAON Orthopaedic Nursing Review Course Host Information*. April 17, 2011. www.orthonurse.org/.../ONC%20Review%20Course%20Web%20Document%209-17-10.pdf
- North American Nursing Diagnosis Association International. (2007). *Nursing Diagnosis: Definition and Classification, 2007-2008*. Philadelphia: Author.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Penerbit Rineka Cipta.
- Nursecom Conference. (2004). A Book of Abstracts: Working together for Quality Nursing Care: Striving toward Harmonization. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification and Nursecom*.
- Oermann, M. H. (1999). Critical Thinking, Critical Practice: Assess Nurses' Critical Thinking Skills for Fast, Accurate Decisions on the Job. *Nursing Management*, 30(4), 40C-D, F, H-I.
- Orthopaedic Research Foundation* (2004). Supporting a New Generation of Orthopaedic Medicine, Commitment Today for a Better Tomorrow. *Steadman Hawkins Clinic of the Carolinas*, 501(c)(3)
- Paul, R., & Elder, L. (2002). Critical Thinking: Teaching Students How to Study and Learn (part I). *Journal of Developmental Education*, 26(1), 36-37.
- PERKI (2001). *Indonesia akan Canangkan Dekade Tulang dan Sendi*. April 12, 2011. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=579&tbl=cakrawala>
- Petress, K. (2004). Critical Thinking: An Extended Definition. *Education*, 124(3), 461-466.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2004). *Nursing Research : Principles and Methods*. 6th Ed. Philadelphia : Lipincott Williams & Wilkins.
- Potter & Perry. (2009). *Fundamentals of Nursing*. 7th Ed. St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier
- Rasjad, Chairuddin (2007). *Pengantar Ilmu Bedah Ortopedi*. Jakarta : PT. Yarsif Watampone

- Roche, J. P. (2002). A Pilot Study of Teaching clinical decision making with The Clinical Educator Model. *Journal of Nursing Education*, 41(8), 365-367.
- Rogal, S. M, & Young, J. (2008). Exploring Critical Thinking in Critical Care Nursing Education: A Pilot Study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39 (1)
- Salehi, S., Bahram, M., Hosseini, S. A., Akhondzadeh, K. (2006). Critical Thinking and Clinical Decision Making in Nurse. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Winter*, 12 (1): 13-16
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Scheffer, B. K., & Rubenfeld, M. G. (2000). A Consensus Statement On critical Thinking in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 352-359.
- Simpson, E., & Courtney, M. (2003). Critical Thinking in Nursing Education: A literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 8(2), 89-98
- Snyder, M (1993). Critical Thinking: A Foundation for Consumer-focused Care. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 24(5): 206-210.
- Swansburg, R. C. & Swansburg, R. J (1999). *Introductory Management and Leadership for Nurses: An Interactive Text*. 2nd Ed. Sudbury Massachusetts: John and Burlett Publishers
- Tanner, C. A. (2000). Critical Thinking: Beyond Nursing Process. *Journal of Nursing Education*, 39(8): 338-339.
- Queensland Health Government. (2002). *Orthopaedic Nursing*. April 28, 2011. <http://www.thinknursing.com/nursing-midwifery/pathways/orthopaedics>
- Wilkinson, J. M. (2001). *Nursing Process and Critical Thinking*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Wilkinson, J. M. (2010). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan (Widyawati et al, Penerjemah.)*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Willingham, D. T. (2007). Critical Thinking: Why Is It So Hard to Teach? *American Educator*, 31 (2), 8–19.
- Wright, I. (2002). Challenging Students with the Tools of Critical Thinking. *The Social Studies*, 93(6), 257-261.
- Western Australian Curriculum Council Online. (2006). *The Articulation of Values in the Curriculum Framework*. April 24, 2011, www.curriculum.wa.edu.au/pages/framework/framework13.htm
- Yuretich, R. F. (2003). Encouraging Critical Thinking. *Journal of College Science Teaching*, 33(3), 40-45.



PENJELASAN PENELITIAN UNTUK BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Aprisunadi**
Umur : 39 tahun
Alamat : Perumahan Bekasi Timur Regesnsi Blok D6 No. 31
Kelurahan Cimuning, Kec. Mustika Jaya Kota Bekasi
Jawa Barat
Pekerjaan : Mahasiswa Pascasarjana Ilmu Keperawatan, FIK UI
Nomor kontak : 081389536872

Dengan ini mengajukan dengan hormat kepada Saudara/Saudari untuk bersedia menjadi responden penelitian yang akan Saya lakukan, dengan judul "**Hubungan Berpikir Kritis Perawat dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta**".

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan berpikir kritis perawat dengan kualitas asuhan keperawatan pada pasien ortopedi. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan melalui peningkatan keterampilan berpikir kritis.

Pada kesempatan ini Saya meminta Saudara/Saudari untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Jika Saudara/Saudari bersedia, maka Saudara/Saudari diminta untuk mengisi dengan jujur kuesinor untuk menilai kecenderungan berpikir kritis selama dua hari terakhir ini.

Saudara/Saudari berhak untuk tidak bersedia mengikuti penelitian ini dan jika selama penelitian berlangsung, Saudara/Saudari merasa tidak nyaman maka Saudara/Saudari dapat mengundurkan diri menjadi responden dalam penelitian ini. Apabila ada pertanyaan lebih dalam tentang penelitian ini dapat menghubungi peneliti pada alamat dan nomor kontak di atas.

Demikian permohonan ini Saya buat, atas kerjasama yang baik saya ucapkan terimakasih.

Jakarta,..... 2011

Hormat saya,

Aprisunadi



FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*Informed Consent*)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____

Umur : _____

Menyatakan bahwa :

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian ”**Hubungan antara Berpikir Kritis Perawat dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta**”.
2. Telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban terbuka dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat dan kemungkinan dampak buruk yang terjadi dari penelitian yang dilakukan.

Dengan pertimbangan di atas, dengan ini Saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga, bahwa **Saya bersedia / tidak bersedia*** berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini Saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, _____ 2011

Yang membuat pernyataan

(Nama & Tanda Tangan)

**Coret yang tidak perlu*



KUESIONER DATA DEMOGRAFI

Hubungan Berpikir Kritis Perawat dengan Kualitas Asuhan Keperawatan di Unit Ortopedi Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

HARI/TGL : _____ / _____ 2011

PUKUL : ____ : ____ WIB

No. Responden / Inisial : _____ / _____

Usia : _____ Tahun

Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

Tingkat Pendidikan : Ahli Madya Sarjana Ners

Lulus tahun _____

Lama bekerja sebagai perawat : _____ Tahun

Lama Bekerja di Unit/Bagian Ortopedi : _____ Tahun



Critical Thinking Disposition Self-Rating Form

No. Responden : _____ (diisi oleh peneliti)

Silahkan dengan jujur memberikan jawaban **Ya** atau **Tidak** pada setiap pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda centang (\checkmark) pada kotak yang sesuai dengan pilihan Saudara/Saudari.

Selama dua hari terakhir ini :

		Ya	Tidak
1	Saya berani untuk mengajukan pertanyaan sulit terhadap apa yang sudah lama Saya yakini		
2	Saya menghindari pertanyaan-pertanyaan yang dapat melemahkan pendapat yang sudah lama Saya yakini		
3	Saya menunjukkan toleransi terhadap pendapat seseorang yang Saya sendiri tidak setuju		
4	Saya berusaha mencari informasi untuk menguatkan pendapat saya dan untuk melemahkan pendapat orang lain		
5	Saya mencoba berpikir ke depan dan mengantisipasi konsekuensi dari pilihan-pilihan yang Saya putuskan		
6	Saya menertawai apa yang orang lain katakan dan mengolok-olok pendapat orang lain		
7	Saya melakukan upaya serius untuk menjadi analitis untuk membuat suatu keputusan yang dapat Saya perkirakan hasilnya		
8	Saya memanipulasi informasi untuk menyesuaikan dengan tujuan Saya		
9	Saya mendorong teman untuk memperhatikan ide-ide yang orang lain sampaikan		
10	Saya mengabaikan konsekuensi yang mungkin terjadi akibat pilihan yang Saya putuskan		
11	Saya berpikir secara sistematis dalam menanggapi masalah		
12	Saya melibatkan diri dan mencoba untuk memecahkan masalah tanpa berpikir terlebih dahulu bagaimana menghadapi masalah tersebut		
13	Saya menghadapi masalah yang mengandung tantangan karena Saya memiliki kemampuan untuk berpikir dan mencari solusinya untuk menghadapinya		
14	Saya mengambil jalan keluar yang mudah dan meminta orang lain untuk mengatasi masalah		
15	Saya membaca laporan, surat kabar, buku atau menonton berita hanya untuk mempelajari sesuatu yang baru		
16	Saya tidak akan berusaha mempelajari hal baru sampai Saya melihat manfaat jika mengerjakannya		
17	Saya menunjukkan dengan jujur kesediaan untuk mempertimbangkan kembali keputusan yang telah Saya ambil		
18	Saya betul-betul menunjukkan penolakan untuk mengubah pikiran Saya		
19	Saya mendatangi tempat dan situasi yang berbeda, untuk membuat keputusan		
20	Saya menolak untuk mempertimbangkan posisi Saya pada sebuah masalah yang situasi dan kondisinya sangat berbeda		



Kuesioner Penilaian Kualitas Asuhan Keperawatan

(Modifikasi dari *Instrument Q-DIO – Quality of Diagnosis, Intervention & Outcomes*)

Silahkan beri tanda centang (✓) pada kolom skor, dimana:

- Skor 4: jika informasi yang didokumentasikan **sangat sesuai**
- Skor 3, jika informasi yang didokumentasikan **sesuai**
- Skor 2, jika informasi yang didokumentasikan **cukup sesuai**
- Skor 1, jika informasi yang didokumentasikan **kurang sesuai**
- Skor 0, jika informasi yang didokumentasikan **tidak sesuai**

Informasi yang Didokumentasikan		Skor				
		4	3	2	1	0
A. Diagnosis Keperawatan sebagai Proses						
1	Situasi aktual, penyebab menjalani perawatan di rumah sakit					
2	Kecemasan dan kekuatiran akibat menjalani perawatan, harapan dan keinginan tentang perawatannya					
3	Situasi sosial dan lingkungan tempat tinggal					
4	Koping pasien dalam menghadapi kondisinya saat ini					
5	Keyakinan dan perilaku hidup (terkait perawatan di rumah sakit)					
6	Informasi situasi pasien dan keluarga/orang-orang yang berarti					
7	Kedekatan dengan orang-orang di lingkungan					
8	Hobby, aktivitas waktu luang					
9	Orang-orang dapat dihubungi ketika atau penanggungjawab pasien					
10	Aktivitas hidup sehari-hari					
11	Prioritas keperawatan yang relevan terkait pengkajian					
B. Diagnosis Keperawatan sebagai Produk						
12	Diagnosis keperawatan didokumentasikan					
13	Diagnosis keperawatan (P) disusun menurut NANDA dan diurutkan berdasarkan prioritas					
14	Etiologi (E) didokumentasikan					
15	Etiologi tepat, terdapat keterkaitan dengan diagnosis keperawatan (P)					
16	Tanda dan gejala (S) didokumentasikan					
17	Tanda dan gejala (S) secara tepat terkait dengan diagnosis keperawatan					
18	Tujuan keperawatan ada kaitannya dengan diagnosis keperawatan					
19	Tujuan keperawatan dapat dicapai melalui intervensi keperawatan					
C. Intervensi Keperawatan						
20	Konkrit, dimana perencanaan intervensi keperawatan disebutkan dengan jelas meliputi: jenis intervensi, bagaimana intervensi dilakukan, seberapa sering dan siapa yang mengerjakannya.					
21	Intervensi keperawatan mempengaruhi etiologi dari diagnosis keperawatan					
22	Intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan didokumentasikan dengan jelas meliputi jenis intervensi, bagaimana intervensi dilakukan, seberapa sering dan siapa yang mengerjakannya)					
D. Hasil (outcomes) Keperawatan						
23	Kesesuaian diagnosa dikaji setiap hari sesuai dengan perubahan kondisi pasien					
24	Diagnosis keperawatan ditulis kembali saat melakukan pencatatan evaluasi					
25	Perkembangan (SOAP) pasien didokumentasikan					
26	Perkembangan pasien diobservasi berdasar kriteria hasil yang telah dibuat					
27	Catatan perkembangan pasien memperlihatkan perubahan kondisi pasien, status pengetahuan pasien, strategi koping pasien, kemampuan perawatan diri dan perbaikan status fungsional					
28	Terdapat keterkaitan antara kriteria hasil dan intervensi keperawatan					
29	Kriteria hasil keperawatan dan diagnosis keperawatan saling berhubungan					
Total Skor						
Rata – rata Total Skor = $\frac{(4 \times \dots) + (3 \times \dots) + (2 \times \dots) + (1 \times \dots) + (0 \times \dots)}{29} = \dots$		<input type="checkbox"/> > 2 <input type="checkbox"/> ≤ 2				

Modifikasi dari sumber : Muller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, M. A., Needham, I., Odenbreit, M., & van Achterberg, T. (2008). Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Intervention, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19, 1, 20.



JADUAL PELAKSANAAN TESIS

No	Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Memilih judul	■																							
2	Studi pendahuluan		■																						
3	Menyusun proposal			■		■	■	■	■	■	■	■	■												
4	Seminar Proposal													■											
5	Revisi Proposal														■	■	■								
6	Pelaksanaan penelitian																	■	■	■	■				
7	Analisa data																					■			
8	Penyusunan laporan																								
9	Seminar Hasil																						■		
10	Revisi hasil																							■	
11	Sidang Tesis																								■
12	Perbaikan tesis																								
13	Penyerahan																								■



No	Informasi yang Didokumentasikan	Jumlah (%)				
		Sangat sesuai	sesuai	cukup sesuai	kurang sesuai	tidak sesuai
A. Diagnosis Keperawatan sebagai Proses						
1	Situasi aktual, penyebab menjalani perawatan di rumah sakit					
2	Kecemasan dan kekuatiran akibat menjalani perawatan, harapan dan keinginan tentang perawatannya					
3	Situasi sosial dan lingkungan tempat tinggal					
4	Koping pasien dalam menghadapi kondisinya saat ini					
5	Keyakinan dan perilaku hidup (terkait perawatan di rumah sakit)					
6	Informasi situasi pasien dan keluarga/orang-orang yang berarti					
7	Kedekatan dengan orang-orang di lingkungan					
8	Hobby, aktivitas waktu luang					
9	Orang-orang t dapat dihubungi ketika atau penanggungjawab pasien					
10	Aktivitas hidup sehari-hari					
11	Prioritas keperawatan yang relevan terkait pengkajian					
B. Diagnosis Keperawatan sebagai Produk						
12	Diagnosis keperawatan didokumentasikan					
13	Diagnosis keperawatan (P) disusun menurut NANDA dan diurutkan berdasarkan prioritas					
14	Etiologi (E) didokumentasikan					
15	Etiologi tepat, terdapat keterkaitan dengan diagnosis keperawatan (P)					
16	Tanda dan gejala (S) didokumentasikan					
17	Tanda dan gejala (S) secara tepat terkait dengan diagnosis keperawatan					
18	Tujuan keperawatan ada kaitannya dengan diagnosis keperawatan					
19	Tujuan keperawatan dapat dicapai melalui intervensi keperawatan					
C. Intervensi Keperawatan						
20	Konkrit, dimana perencanaan intervensi keperawatan disebutkan dengan jelas meliputi: jenis intervensi, bagaimana intervensi dilakukan, seberapa sering dan siapa yang mengerjakannya.					
21	Intervensi keperawatan mempengaruhi etiologi dari diagnosis keperawatan					
22	Intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan didokumentasikan dengan					



	jelas meliputi jenis intervensi, bagaimana intervensi dilakukan, seberapa sering dan siapa yang mengerjakannya)					
D. Hasil (<i>outcomes</i>) Keperawatan						
23	Kesesuaian diagnosa dikaji setiap hari sesuai dengan perubahan kondisi pasien					
24	Diagnosis keperawatan ditulis kembali saat melakukan pencatatan evaluasi					
25	Perkembangan (SOAP) pasien didokumentasikan					
26	Perkembangan pasien diobservasi berdasar kriteria hasil yang telah dibuat					
27	Catatan perkembangan pasien memperlihatkan perubahan kondisi pasien, status pengetahuan pasien, strategi coping pasien, kemampuan perawatan diri dan perbaikan status fungsional					
28	Terdapat keterkaitan antara kriteria hasil dan intervensi keperawatan					
29	Kriteria hasil keperawatan dan diagnosis keperawatan saling berhubungan					

