



UNIVERSITAS INDONESIA

**Pengaruh Penerapan Panduan *Coaching* Kepala Ruang Terhadap
Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan
Perawat Primer dalam Proses Keperawatan
di Ruang Rawat Inap PKSC**

TESIS

Oleh:

BERTHA TRI SUMARTINI

0806446025

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**Pengaruh Penerapan Panduan *Coaching* Kepala Ruang Terhadap
Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan
Perawat Primer dalam Proses Keperawatan
di Ruang Rawat Inap PKSC**

TESIS

**Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan**

Oleh:

BERTHA TRI SUMARTINI

0806446025

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Bertha Tri Sumartini

NPM : 0806446025

Tanda Tangan : 

Tanggal : 19 Juli 2010

PERNYATAAN PERSETUJUAN

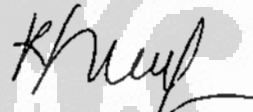
Tesis dengan judul:

Pengaruh Penerapan Panduan Coaching Kepala Ruang Terhadap Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer dalam Proses Keperawatan di Ruang Rawat Inap PKSC

Telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Sidang Tesis Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

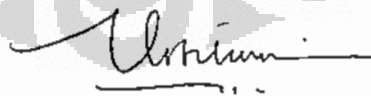
Depok , 19 Juli 2010

Pembimbing I



DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc

Pembimbing II



Mustikasari, S.Kp., MARS

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Bertha Tri Sumartini
NPM : 0806446025
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan.
Judul Tesis : Pengaruh Penerapan Panduan Coaching Kepala Ruang Terhadap Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer dalam Proses Keperawatan di Ruang Rawat Inap PKSC.

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Ratna Sitorus, S.Kp.,M.App.Sc (..... )
Pembimbing : Mustikasari, S.Kp.,MARS (..... )
Penguji : Allenidekania, S.Kp.,MSc (..... )
Penguji : M. Indrati Wuryastuti, S.Kp.,M.Kep (..... )

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 19 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pengaruh Penerapan Panduan *Coaching* Kepala Ruang Terhadap Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer dalam Proses Keperawatan di Ruang Rawat Inap PKSC “. Penelitian ini sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan program magister ilmu keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

Penulis menyadari dalam pelaksanaan dan pembuatan tesis banyak bantuan yang telah diberikan, untuk itu dengan segala kerendahan dan keikhlasan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD , selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Krisna Yetti , SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan yang sangat berharga bagi penulis dari awal sampai dengan tesis ini diselesaikan.
4. Ibu Mustikasari, SKp, MARS, selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan dan arahan hingga terselesainya tesis ini.
5. Ibu Allenidekania, S.Kp., MSc, selaku penguji yang telah memberikan masukan dan arahan selama sidang tesis.
6. Ibu M. Indrati Wuryastuti, S.Kp., M.Kep, selaku penguji yang telah memberikan masukan dan arahan selama sidang tesis.
7. Dr. Markus Waseso Suharyono, MARS , selaku Direktur Utama PK Sint. Carolus, Jakarta yang telah memberi ijin untuk mengadakan penelitian di PK Sint Carolus.
8. Sr. Ros Isti Rahayuningsih, CB, BSN, selaku Direktur Keperawatan PK Sint. Carolus, Jakarta beserta staf Direktur Keperawatan , Ketua Komite Keperawatan dan staf yang telah memberikan dukungan dan kesempatan selama studi terutama dalam penyusunan tesis ini.

9. Kepala unit dan staf di ruang rawat inap PKSC, yang telah berpartisipasi dalam penelitian dan memberi dukungan selama proses penelitian.
10. Rekan – rekan mahasiswa Program Pascasarjana FIK UI Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan 2008 , yang telah memberikan dukungan moril dan berdiskusi dalam setiap kesempatan tentang penyusunan tesis
11. Semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat disebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih banyak kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan pelayanan keperawatan. Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik Bapak Ibu, dan rekan-rekan sekalian. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 19 Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Bertha Tri Sumartini
NPM : 0806446025
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen 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:

Pengaruh Penerapan Panduan *Coaching* Kepala Ruang Terhadap Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer dalam Proses Keperawatan di Ruang Rawat Inap PKSC.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhal menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan 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 : 19 Juli 2010

Yang menyatakan



(Bertha Tri Sumartini)

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2010

Bertha Tri Sumartini

Pengaruh Panduan *Coaching* Kepala Ruang Terhadap Kemampuan Berpikir Kritis
dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer dalam Proses Keperawatan di
Ruang Rawat Inap PKSC.

xvi + 150 hal + 29 tabel + 2 gambar + 10 lampiran

Abstrak

Penelitian ini bertujuan melihat pengaruh panduan *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer. Penelitian dengan desain *quasi experiment with control group posttest only*. Populasi penelitian adalah perawat primer di ruang rawat inap PKSC, Jakarta. Jumlah sampel 77 orang pada kelompok intervensi dan 77 orang pada kelompok kontrol. Hasil penelitian karakteristik individu tidak ada pengaruh terhadap berpikir kritis dan pengambilan keputusan. Analisis regresi logistik ganda ditemukan adanya pengaruh *coaching* terhadap berpikir kritis (*p value* 0,04) dan pengambilan keputusan (*p value* 0,036), *Coaching* dapat dikembangkan penggunaannya bagi staf, perawat baru dan pembimbingan mahasiswa untuk pengembangan keperawatan profesional

Kata kunci : *Coaching*, berpikir kritis, dan pengambilan keputusan

Daftar Pustaka 63 (1988 – 2010)

POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2010

Bertha Tri Sumartini

The Effect of Coaching Guide of Charge Nurse to Critical Thinking and Decision Making Primary Nurse in Nursing Process at Inpatient ward in PKSC.

xvi + 150 pages + 29 tables + 2 pictures + 3 schemes + 10 appendixes

Abstract

The aim of this study was to examine the effect of coaching guide of charge nurse to critical thinking and decision making primary nurse .This study with quasi experiment with control group posttest only design. The study population was the primary nurse at the inpatient ward in PKSC, Jakarta. The number of samples of 77 people in the intervention group and 77 people in the control group. The individual characteristic did not reveal any contribution. Multiple logistic regression analysis found that the significant influences on coaching toward critical thinking (p value 0,044) and decision making (p value 0,036). Coaching can be developed for personal use, nurses orientee and nurses student for professional nursing development.

Keyword: coaching, critical thinking, decision making

References : 63 (1988 – 2010)

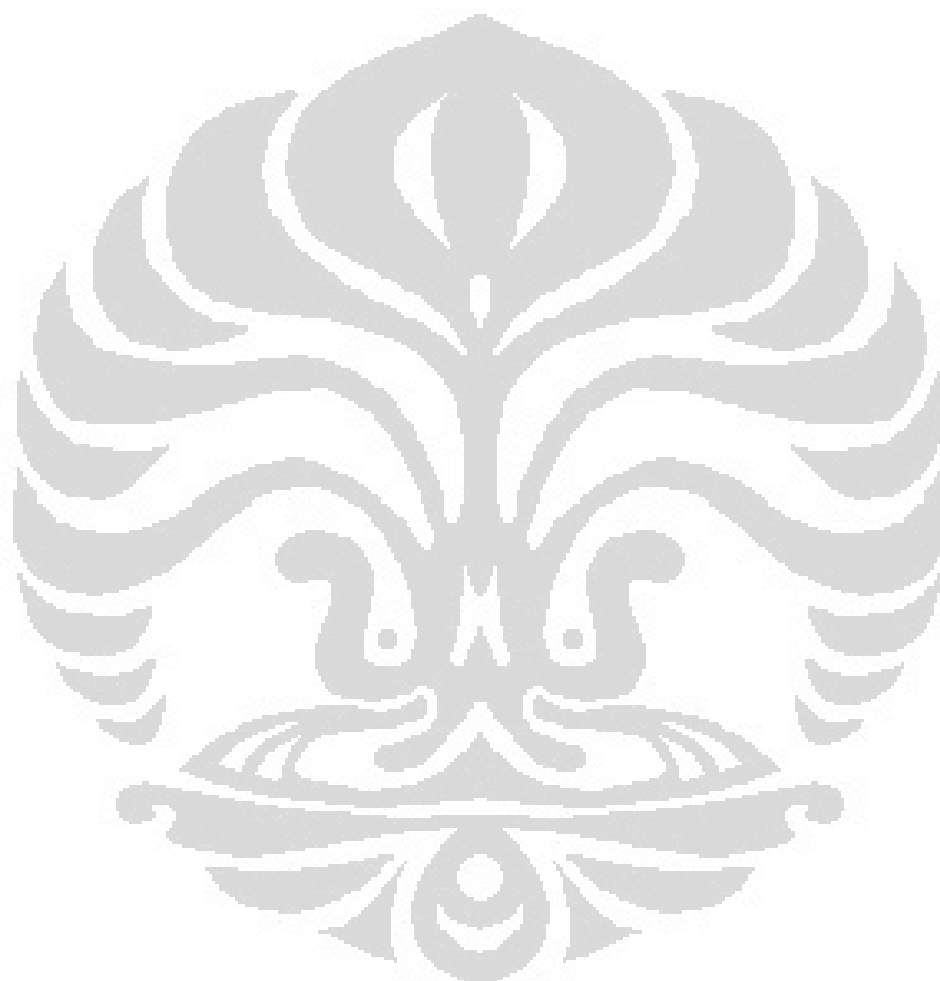
DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR SKEMA	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan masalah	9
1.3. Tujuan penelitian.....	
1.3.1. Tujuan Umum	11
1.3.2. Tujuan Khusus	11
1.4. Manfaat penelitian	
1.4.1. Manfaat Teoritis	11
1.4.2. Manfaat Metodologis	11
1.4.3. Manfaat Aplikatif	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Metode Pemberian Asuhan Keperawatan	12
2.1.1. Lima metode pemberian asuhan keperawatan	12
2.1.2. Peran kepemimpinan dan fungsi manajemen	14
2.1.3. Manajemen keperawatan	15
2.2. Proses keperawatan	16
2.2.1. Tahap-tahap proses keperawatan	16
2.2.2. Manfaat proses keperawatan	16
2.2.3. Ketrampilan untuk menerapkan proses keperawatan ..	18
2.3. Pengambilan Keputusan	
2.3.1. Pengertian	19
2.3.2. Proses pengambilan keputusan	20
2.3.3. Variasi individu dalam pengambilan keputusan	25
2.3.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses pengambilan keputusan	25
2.3.5. Elemen kritis dalam pengambilan keputusan	30
2.3.6. Indikator berpikir kritis pada penerapan proses keperawatan dan pengambilan keputusan	31
2.4. Berpikir Kritis	
2.4.1. Pengertian	33
2.4.2. Karakteristik proses berpikir kritis	35

2.4.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi berpikir kritis	37
2.4.4. Hambatan terhadap berpikir kritis	43
2.4.5. Model berpikir kritis pada praktek keperawatan	45
2.4.6. Manfaat berpikir kritis dalam keperawatan	47
2.4.7. Aktivitas dan strategi yang dapat meningkatkan berpikir kritis	49
2.5. Coaching	
2.5.1. Pengertian	51
2.5.2. Perbedaan <i>coaching</i> dan mentoring	52
2.5.3. Area <i>coaching</i> dalam keperawatan	53
2.5.4. Dampak program <i>coaching</i>	55
2.5.5. Proses <i>coaching</i>	56
2.5.6. Potensial hasil dari <i>coaching</i>	58
2.5.7. Peran <i>coaching</i> dalam Keperawatan	60
2.5.8. Kerangka Teori Penelitian	63
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1. Kerangka Konsep	65
3.2. Variabel Penelitian	65
3.2.1. Variabel independen	66
3.2.2. Variabel dependen	66
3.3. Hipotesis	
3.3.1. Hipotesis statistik	66
3.3.2. Hipotesis penelitian	66
3.3.2.1. Hipotesis mayor	66
3.3.2.2. Hipotesis minor	66
3.4. Definisi Operasional	67
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	
4.1. Desain Penelitian	69
4.2. Populasi Sampel	70
4.2.1. Populasi	70
4.2.2. Sampel	70
4.3. Tempat Penelitian	72
4.4. Waktu Penelitian	73
4.5. Pertimbangan Etik	73
4.6. Alat Pengumpul Data	76
4.7. Prosedur Pengumpulan Data	84
4.8. Analisa Data	85
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1. Karakteristik Perawat Primer	90
5.2. Berpikir Kritis	95
5.3. Pengambilan Keputusan	102
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1. Berpikir Kritis	110

6.2. Pengambilan Keputusan	115
6.3. Keterbatasan Penelitian	128
6.4. Implikasi Hasil Penelitian	128
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1. Simpulan	131
7.2. Saran	132

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



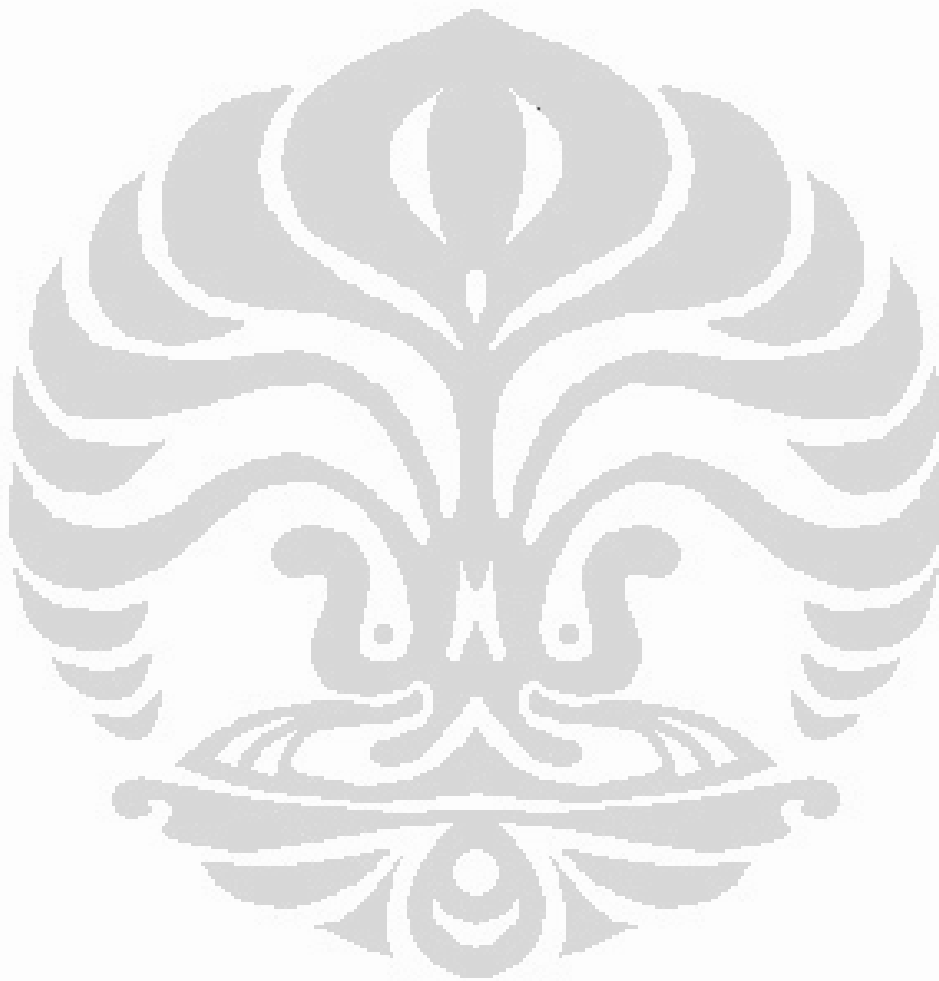
DAFTAR TABEL

	Hal
2.1. Perbandingan antara pengambilan keputusan, pemecahan masalah, manajemen keperawatan dan proses keperawatan	21
2.2. Perbedaan <i>Coaching</i> dan mentoring	52
3.1. Definisi operasional penelitian	67
4.1. Sebaran pertanyaan berpikir kritis	77
4.2. Sebaran pertanyaan pengambilan keputusan	78
4.3. Hasil analisis validitas dan Reliabilitas kuesioner	81
4.4. Matriks bimbingan kepala ruang	83
4.5. Analisis data univariat	85
4.6. Uji statistik analisis bivariat.....	86
5.1. Distribusi Karakteristik Perawat Primer menurut umur dan Pengalaman kerja pada kelompok Intervensi dan kelompok kontrol di Ruang rawat Inap PKSC, bulan Mei-Juni,2010	90
5.2. Distribusi Karakteristik Perawat Primer menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan status Perkawinan pada Kelompok Intervensi dan kontrol di ruang rawat Inap PKSC, Mei-Juni 2010	92
5.3. Uji Kesetaraan Umur dan Pengalaman Kerja Perawat Primer pada Kelompok Intervensi dan kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni 2010	93
5.4. Uji Kesetaraan Jenis kelamin, Pendidikan dan Status Perkawinan Perawat Primer pada Kelompok Intervensi dan kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni 2010	94
5.5. Distribusi Frekuensi Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010	95
5.6. Analisis Pengaruh Panduan <i>Coaching</i> dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010.....	96
5.7. Analisis Hubungan Umur dan Pengalaman Kerja dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer pada Kelompok yang diberi <i>coaching</i> di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni 2010 ...	97
5.8. Analisis Pengaruh i Pendidikan dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010	99
5.9. Analisis Pengaruh status Perkawinan dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer yang diberi <i>coaching</i> di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010	99
5.10. Analisis bivariat antara <i>Coaching</i> , Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pengalaman Kerja dan Status Perkawinan dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer pada kelompok Intervensi dan Kontrol di ruang rawat Inap PKSC, 2010	100
5.11. Analisis Permodelan awal Regresi Logistik berganda Kemampuan berpikir kritis Perawat Primer , Mei-Juni,2010	101
5.12. Model Akhir Regresi variabel <i>coaching</i> dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer di ruang rawat inap PKSC, Mei – Juni 2010	101

	Hal
5.13. Distribusi Frekuensi Kemampuan Pengambilan Keputusan Perawat Primer pada kelompok Intervensi dan Kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010	102
5.14. Distribusi frekuensi Kemampuan Pengambilan Keputusan Perawat Primer Menurut Penerapan Panduan <i>Coaching</i> pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni,2010	103
5.15. Analisis Pengaruh Umur dan Pengalaman Kerja dengan Kemampuan Pengambilan Keputusan Perawat Primer yang diberi <i>coaching</i> di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni 2010	104
5.16. Analisis Pengaruh Pendidikan dengan Kemampuan Pengambilan Keputusan Perawat Primer di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010	106
5.17. Analisis Pengaruh status Perkawinan dengan Kemampuan Pengambilan keputusan Perawat Primer di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010	107
5.18. Analisis bivariat antara <i>Coaching</i> , Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pengalaman Kerja dan Status Perkawinan dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer pada kelompok Intervensi dan Kontrol di ruang rawat Inap PKSC, 2010	108
5.19. Analisis Permodelan awal Regresi Logistik berganda Kemampuan Pengambilan keputusan Perawat Primer Pada kelompok Intervensi dan Kontrol, Bulan Mei-Juni,2010	108
5.20. Model Akhir Regresi variabel <i>coaching</i> dengan Kemampuan Pengambilan Keputusan Perawat Primer pada Kelompok Intervensi dan kontrol di ruang rawat inap PKSC, Mei – Juni 2010	109

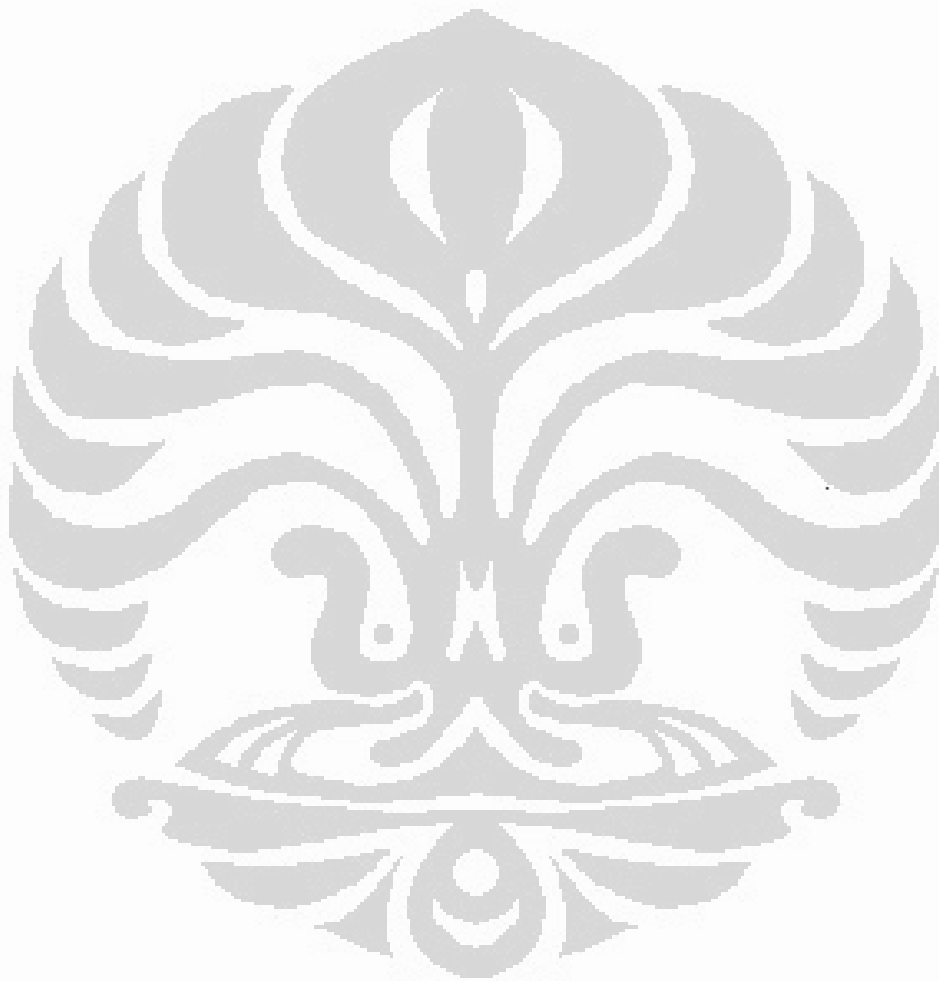
DAFTAR GAMBAR

	Hal
2.1. Model berpikir kritis	37
2.2. Hubungan peran dukungan professional antara <i>coaching</i> , <i>Preceptorship, clinical supervisi & mentoring</i>	57



DAFTAR SKEMA

	Hal
2.1. Model pengembangan penilaian keperawatan	43
2.2. Kerangka teori penelitian	63
2.3. Kerangka konsep penelitian	65



DAFTAR LAMPIRAN

	Hal	
Lampiran 1	Jadwal kegiatan penelitian	141
Lampiran 2	Kuesioner penelitian	142
Lampiran 3	Surat keterangan lolos uji etik	143
Lampiran 4	Penjelasan penelitian	144
Lampiran 5	Lembar persetujuan	145
Lampiran 6	Modul panduan <i>coaching</i> kepala ruang	146
Lampiran 7	Surat permohonan uji instrumen penelitian	147
Lampiran 8	Surat permohonan ijin penelitian	148
Lampiran 9	Surat balasan ijin penelitian	149
Lampiran 10	Daftar riwayat hidup	150

BAB I

PENDAHULUAN

Bab ini menggambarkan latar belakang, perumusan masalah penelitian, tujuan umum, tujuan khusus, dan manfaat penelitian

1.1.Latar Belakang Masalah

Keperawatan saat ini mengalami masa transisi panjang yang tampaknya belum akan segera berakhir. Keperawatan mengalami perubahan / pergeseran yang sangat mendasar atas konsep dan proses, dan pengakuan keperawatan sebagai profesi. Seperti yang tertuang dalam Undang-Undang RI No 36 tahun 2009 tentang kesehatan , yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan berkewajiban untuk memenuhi standar profesi (PPNI, 2010). Perubahan ini terjadi karena tuntutan dan perkembangan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan secara umum, perkembangan IPTEK dan perkembangan profesi keperawatan sendiri.

Keperawatan sebagai profesi harus didasari konsep keilmuan yang jelas, yang menuntun untuk berpikir kritis-logis-analitis; bertindak secara rasional – etis; serta kematangan untuk bersikap tanggap terhadap kebutuhan dan perkembangan kebutuhan masyarakat akan pelayanan keperawatan. Keperawatan sebagai *direct human care* harus dapat menjawab mengapa seseorang membutuhkan dan dapat dibantu melalui keperawatan. Landasan konsep dari teori dan struktur substantif setiap konsep menyiapkan substansi dari ilmu keperawatan sehingga dapat menjadi acuan untuk melihat wujud konkrit permasalahan pada situasi kehidupan manusia dimana keperawatan diperlukan keberadaannya. Perawat melakukan tindakan keperawatan melalui asuhan keperawatan yang berorientasi pada kebutuhan klien.

Pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien merupakan bentuk pelayanan profesional yang bertujuan untuk membantu klien dalam pemulihan dan peningkatan kemampuan dirinya melalui tindakan pemenuhan kebutuhan klien secara komprehensif dan berkesinambungan sampai klien

mampu untuk melakukan kegiatan rutinitasnya tanpa bantuan. Pelayanan keperawatan memberikan pelayanan kepada klien sesuai dengan keyakinan profesi dan standar yang ditetapkan. Hal ini ditujukan agar pelayanan keperawatan yang diberikan senantiasa merupakan pelayanan yang aman serta dapat memenuhi kebutuhan dan harapan klien.

Salah satu upaya untuk menjamin kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, digunakan standar asuhan keperawatan sebagai indikator mutu. Asuhan keperawatan dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan yang dilandasi etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawabnya.

Asuhan keperawatan merupakan titik sentral pelayanan keperawatan karena itu pengelolaan asuhan keperawatan yang benar akan dapat meningkatkan mutu pelayanan/asuhan keperawatan (Sitorus, 1995). Kemampuan perawat dalam melakukan proses keperawatan secara komprehensif dan berkesinambungan memerlukan kemampuan perawat untuk berpikir kritis dan kemampuan dalam pengambilan keputusan yang tepat sesuai dengan kebutuhan dan masalah pasien. Hal ini diperjelas dengan hasil penelitian Lunney (2003) tentang berpikir kritis dan keakuratan diagnosa keperawatan, yang menemukan bahwa pengembangan berpikir kritis dapat meningkatkan akurasi diagnosa keperawatan.

Staib (2003) membandingkan berpikir kritis dengan proses ilmiah, dengan menggunakan tahapan mengidentifikasi masalah, mengkompilasi data, menetapkan solusi, mencoba berbagai hipotesa dan mengambil suatu kesimpulan. Cara perawat berpikir kritis sama dengan proses ilmiah dari proses keperawatan, yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pada penelitian metode Delphi yang dilakukan oleh Facione (1990) menemukan bahwa interpretasi, analisa, evaluasi, inferensi, penjelasan dan pengaturan diri merupakan ketrampilan inti yang diperlukan untuk berpikir kritis .Hal ini diperkuat dengan penelitian oleh Scheffer dan Rubenfeld pada

tahun 1998 yang melakukan survey tentang berpikir kritis dalam keperawatan. Penelitiannya menunjukkan bahwa berpikir kritis merupakan bagian yang krusial kualitas asuhan keperawatan dan tanggung jawab profesional, diketahui beberapa kebiasaan berpikir meliputi kerahasiaan, perspektif kontekstual, kreativitas, fleksibilitas, keingintahuan, ketekunan, kecerdasan, intuisi, berpikir terbuka/luas, dan reflektif. (Scheffer & Rubinfeld, 2000) .

Berpikir kritis dalam keperawatan adalah ketrampilan kognitif, menganalisa, menerapkan standar, sintesa, pencarian informasi, logika, memprediksi dan mengembangkan pengetahuan (Scheffers & Rubinfeld, 2000). Agar dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis perlu memperhatikan faktor – faktor yang dapat berpengaruh terhadap proses berpikir kritis. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi berpikir kritis seperti fungsi kognitif, keadaan fisik, jumlah waktu tidur dan istirahat, usia, jenis kelamin, tingkat perkembangan , gaya belajar, kecemasan, sikap dan persiapan (O'Relly, 1993).

Selain faktor-faktor diatas berdasarkan hasil penelitian Howenstein et al (1996) menunjukkan usia dan pengalaman kerja mempunyai hubungan negatif dengan skor WTGA (*the Watson Galser Critical Thinking Appraisal*) , jenjang pendidikan berkorelasi positif dengan skor WTGA dan tidak ada hubungan antara WTGA dengan area praktik. Hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi hambatan dalam berpikir kritis melalui berbagai cara yang menstimulasi proses pikir dan meningkatkan kebiasaan berpikir. Berpikir kritis dapat berpengaruh kuat dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah yang dihadapi sehari-hari.

Lancaster & Lancaster (Swanburg, 2000) menyatakan pembuatan keputusan merupakan sesuatu yang sistematis, merupakan proses bertahap dan memilih berbagai alternatif dan membuat pilihan menjadi tindakan. Pengambilan keputusan dalam penyelesaian masalah adalah kemampuan mendasar bagi

praktisi kesehatan, khususnya asuhan keperawatan. Pengambilan keputusan berpengaruh pada proses pengelolaan asuhan keperawatan, dan penting bagi peningkatan kemampuan merencanakan perubahan. Perawat pada semua tingkatan posisi klinis menggunakan kemampuan menyelesaikan masalah dan mengambil keputusan yang efektif, baik sebagai pelaksana maupun sebagai pemimpin.

Menurut Swanburg & Swanburg (1998), setiap orang pernah melakukan pengambilan keputusan berdasarkan kemampuan yang dimiliki, pengalaman, dan intuisi yang didasarkan oleh keberhasilan membuat keputusan sebelumnya. Murray dan Dicroce (1997) mengemukakan bahwa peningkatan kemampuan pengambilan keputusan melalui belajar dan pengalaman sangat penting dalam keperawatan. Keputusan yang ditentukan merupakan langkah akhir dalam proses analisa pada alternatif yang tersedia untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

Pengambilan keputusan klinis, kemampuan untuk menyaring dan mensintesis informasi, membuat keputusan dan melaksanakan keputusan tersebut dengan tepat dalam lingkungan klinis merupakan komponen penting dalam praktik keperawatan profesional. Banyak faktor yang mempengaruhi proses pengambilan keputusan, mencakup variabel-variabel individu seperti kemampuan berpikir kreatif, pendidikan (Pardue, 1987), pengalaman dan pengetahuan (Benner, 1984; Benner & Tanner, 1987), konsep diri (Yusuf, 1985), serta lingkungan dan stress situasional (Cleland, 1967; Evans, 1990). Faktor-faktor ini dapat berfungsi untuk meningkatkan atau menghambat pengambilan keputusan.

Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian Hicks et al (2003). Hasil penelitian menunjukkan pendidikan dan pengalaman tidak berhubungan dengan kemampuan berpikir kritis, demikian pula dengan kemampuan berpikir kritis tidak berhubungan dengan konsistensi pengambilan keputusan. Hanya faktor pengalaman lamanya kerja di ruang perawatan kritis berhubungan dengan

konsistensi pengambilan keputusan. Hal ini menunjukkan pengalaman kerja seseorang memberikan kontribusi terhadap kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan.

Perawat dalam praktek sehari-hari membuat keputusan diagnostik yang terkait dengan tugasnya melaksanakan asuhan keperawatan. Keberhasilan perawat dalam membuat keputusan berlandaskan teori serta pendekatan ilmiah yang biasa digunakan yaitu proses keperawatan. Proses keperawatan membuat landasan yang memungkinkan perawat untuk menggunakan pengetahuan dan ketrampilannya dalam mengekspresikan pelayanan keperawatan yang manusiawi dan untuk menolong pasien dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya (Wilkinson, 1996). Proses keperawatan merupakan siklus yang dinamis dan melibatkan pembuatan keputusan kreatif bagi perawat dengan menggunakan pengetahuan dan ketrampilannya untuk menolong pasien (Kozier dkk, 1997).

Membentuk ketrampilan berpikir kritis membutuhkan waktu dan latihan. Demikian pula dengan perawat untuk memiliki kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang baik diperlukan latihan dan waktu yang tidak pendek. Seperti yang ditunjukkan pada penelitian Schoening, Sittner & Todd (2006). Penelitian yang dilakukan pada semua mahasiswa mempunyai persepsi positif pada semua area ketrampilan, laporan antar shif, kepercayaan diri, tidak ada lingkungan yang mengancam, berpikir kritis, pengambilan keputusan, kepuasan, kerja tim dan komunikasi melalui pengalaman simulasi klinik dengan suatu stimulator untuk menggantikan 6 jam pengalaman klinik. Hasil penelitian ini juga dapat diterapkan pada perawat. Hasil penelitian diatas menunjukkan kegiatan pembelajaran yang dapat dikembangkan untuk memberikan stimulus pada perawat dalam meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan salah satunya melalui strategi konferensi. Aktivitas dan strategi ini merupakan bagian dari kegiatan *coaching*.

Whitworth & colleagues (1998) mendefinisikan *coaching* sebagai suatu proses kolaborasi yang berfokus pada tindakan yang dapat menggerakkan individu berkembang melalui proses pembelajaran dan hasilnya dapat membantu orang mencapai tujuan. Pembelajaran dapat berhubungan dengan ketrampilan kerja, memahami operasional organisasi, menemukan tantangan baru , meningkatkan efisiensi dan produktivitas atau hal lain yang spesifik untuk organisasi. Pembimbingan tradisional , dimana pemimpin mengatakan apa yang harus dilakukan dan pemimpin membantu staf untuk belajar menangani situasi mereka sendiri (Ellis & Hartley, 2008). Beberapa strategi pembimbingan yang sudah lama dikembangkan di keperawatan diantaranya adalah mentoring, *clinical supervision*, dan *preceptorship* (Cooper et al, 2000). Setiap pembimbingan ini memiliki kedekatan dan tujuan yang berbeda dalam melakukan pembimbingan. Sedangkan *coaching* membantu perawat berkomunikasi dan menjalin hubungan profesional yang memperkuat pengembangan diri dan komitmen kerja staf. Dengan demikian *coaching* merupakan konsultasi, pendidikan, motivasi atau kombinasi dari ketiganya.

Coaching adalah hubungan kerja kemitraan antara *coach* (pembimbing) dan staf struktural/fungsional. Hubungan kerja ini memiliki batas waktu dan berfokus pada komunikasi yang membantu staf tersebut mencapai tujuan (Donner & Wheeler, 2009). Pada kenyataannya *Coaching* adalah strategi pengembangan kepemimpinan yang memiliki potensi untuk meningkatkan kinerja individu dan organisasi, mempertahankan kepemimpinan, dan mendukung rencana suksesi (Donner & Wheeler, 2009)

Selain itu penggunaan *coaching* pada perawat baru pada masa orientasi merupakan strategi yang memperkuat dan melanjutkan pengembangan kompetensi profesional seperti berpikir kritis (Nelson.et al.2004). Berdasarkan uraian diatas *coaching* dapat dikatakan sebagai suatu metode pembelajaran yang dapat dikembangkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya keperawatan. Pada akhirnya akan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien.

Sebagai upaya meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas salah satunya adalah penerapan metode pemberian asuhan keperawatan tim primer. Metode penugasan tim primer (metode modul) merupakan salah satu metode pemberian asuhan keperawatan. Metode ini dilaksanakan karena keterbatasan jumlah dan kualifikasi tenaga keperawatan yang sesuai dengan kriteria sebagai perawat primer. Pada metode tim primer ini perawat profesional bekerja bersama dengan perawat non professional (Suyanto, 2008).

Pelayanan Kesehatan Sint Carolus (PKSC) telah menerapkan metode pemberian asuhan keperawatan dengan menggunakan metode keperawatan primer yang dimodifikasi menjadi tim primer sejak tahun 2002. Konsep tim primer ini dirumuskan dengan menggabungkan konsep metode keperawatan primer dan tim.

Kriteria perawat primer adalah minimal lulusan strata satu, namun karena jumlah tersebut sedikit, maka dibuat suatu kebijakan yang mengatur kriteria perawat yang menjadi perawat primer. Agar memudahkan untuk dalam pengaturan tim primer, maka dibuat jenjang peringkat fungsi yang berpedoman pada tingkat pendidikan dan lamanya kerja. Sebagai perawat primer minimal mempunyai peringkat fungsi III.1 artinya lulusan DIII keperawatan dengan lama kerja minimal 5 tahun. Sedangkan untuk ketua tim primer, adalah perawat dengan peringkat fungsi minimal IV.1 (untuk S1 Keperawatan) dengan pengalaman lebih dari 2 tahun atau III.3 (untuk DIII Keperawatan) pengalaman lebih dari 5 tahun.

Struktur organisasi ruangan yang menggunakan metode tim primer, Kepala ruang membawahi 2 tim primer. Masing-masing tim di ketuai oleh seorang perawat primer dengan peringkat fungsi minimal III.3 dan telah mengikuti pelatihan *primary nursing* disetarakan dengan kemampuan perawat profesional. Setiap tim terdiri dari beberapa perawat primer dan perawat asisten, yang bertanggung jawab terhadap sekelompok pasien dalam satu tim.

Agar asuhan keperawatan yang dilakukan memenuhi harapan pasien maka dilakukan audit keperawatan sebagai salah satu indikator mutu.

PKSC melalui komite keperawatan sub komite mutu keperawatan secara berkala melakukan audit keperawatan. Hasil audit keperawatan pada tahun 2009, masih menemukan dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap, mulai dari pengkajian sampai dengan ringkasan pasien pulang. Hasil Audit menunjukkan ; 1) Pengkajian pasien masuk sampai pulang tidak terisi (29%), tidak mencantumkan tanggal pengkajian (47%) , tidak menuliskan tanggal diagnosa keperawatan di stop/modifikasi (30%), sedangkan untuk catatan pelaksanaan keperawatan sudah terdokumentasi sesuai standar (100%). Hasil audit ini menunjukkan masih adanya kesenjangan antara standar praktek dengan pelaksanaan, selain itu kemampuan perawat dalam berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam proses keperawatan belum optimal dan masih perlu ditingkatkan . Selain itu proses keperawatan yang diterapkan belum optimal sebagai kerangka kerja dalam pemberian asuhan.

Selain itu Biro Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien melakukan survey kepuasan pasien. Survey ini menilai pelayanan keperawatan dalam dimensi kecepatan pelayanan, ketepatan pelayanan, ketrampilan pelayanan dan komunikasi informasi keperawatan. Berdasarkan hasil survey kepuasan pasien bulan September – Oktober 2009 didapatkan hasil adanya kesenjangan negatif antara harapan dan kenyataan terhadap pelayanan keperawatan sebesar 8.33% (> 5%) . Hal ini menjadi pertimbangan perlunya peningkatan kompetensi perawat melalui pengembangan profesi.

1.2. Perumusan Masalah

Melalui sub komite pengembangan komite keperawatan mengadakan ujian kenaikan peringkat fungsi yang dilakukan dua kali pertahun. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin kompetensi perawat. Rekapitulasi evaluasi pelaksanaan kenaikan peringkat fungsi pada bulan Oktober 2009, diikuti oleh 15 perawat, dari berbagai peringkat fungsi. Hasil ujian tertulis yang berisi

soal-soal tentang penerapan asuhan keperawatan didapatkan hasil rata-rata : 6,47 . Selain itu 2 orang harus mengulang karena dinyatakan tidak lulus. Asuhan keperawatan membutuhkan kemampuan berpikir kritis Hal ini menunjukkan adanya kebutuhan pembimbingan bagi perawat , berupa peningkatan pengetahuan dalam pelayanan, untuk menjaga kualitas asuhan keperawatan.

Peserta ujian diberikan juga angket evaluasi pelaksanaan ujian kenaikan peringkat fungsi . Hasil angket menunjukkan: 1) proses pembimbingan dan pendampingan dari kepala ruang dan supervisor klinik masih jarang dilakukan (55 %), 2) kesempatan konsultasi selama pemberian asuhan keperawatan masih ada yang belum melakukan (30%), 3) dukungan dari kepala ruang dan teman sekerja masih ditemukan jarang dilakukan (10%). Hal ini menunjukkan perlu adanya dukungan dari lingkungan sebagai faktor eksternal untuk meningkatkan kemampuan perawat. Salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh kepala ruang sebagai manajer ruangan adalah kemudahan untuk mengakses informasi, yaitu penyediaan sarana referensi dan sebagai narasumber bagi staf serta proses pengarahan berupa pembimbingan.

Pembimbingan yang sudah dilakukan selama ini lebih banyak peran dari kepala ruang atau supervisor klinik. Perawat primer belum proaktif secara optimal untuk mencari dukungan atau pembimbingan. Hal ini menunjukkan bahwa pengarahan atau bimbingan yang dilakukan merupakan bimbingan tradisional. Fungsi manajemen dalam pembimbingan tradisional, adalah dengan memberikan pengarahan . Pengarahan adalah penugasan, pemberian pesan dan instruksi yang memungkinkan staf memahami apa yang diharapkan dari pemimpin dan sebagai pedoman agar staf dapat bekerja secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi (Swansburg, 2000). Proses pembimbingan cara tradisional ini lebih menekankan pada kemampuan pemimpin untuk lebih aktif memberikan bimbingan, sedangkan pada *coaching* peran aktif dari staf dan adanya hubungan kemitraan antara staf dan pemimpin.

Berdasarkan uraian diatas , dapat diasumsikan bahwa kemampuan perawat berpikir kritis dan dalam pengambilan keputusan dapat dipengaruhi dengan suatu proses pembimbingan . Salah satu proses pembimbingan dari kepala ruang maupun supervisor klinik yang dapat diberikan pada staf perawat adalah *coaching*. Semua kepala ruang dan supervisor klinik di ranap dan rajal telah mendapatkan pembekalan tentang *coaching* dalam keperawatan, oleh staf dosen FIK UI pada tanggal 18 Maret 2010. Berdasarkan latar belakang diatas peneliti ingin mengidentifikasi apakah terdapat pengaruh *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi pengaruh panduan *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1.3.2.1. Mengidentifikasi karakteristik perawat primer di ruang rawat inap PKSC
- 1.3.2.2. Mengidentifikasi pengaruh karakteristik perawat primer (umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan) dengan kemampuan berpikir kritis dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC
- 1.3.2.3. Mengidentifikasi pengaruh karakteristik perawat primer (umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan) dengan kemampuan pengambilan keputusan dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC
- 1.3.2.4. Mengidentifikasi kemampuan berpikir kritis perawat primer dalam proses keperawatan setelah diberikan *coaching* dan yang tidak diberi *coaching* oleh kepala ruang di ruang rawat inap PKSC .

1.3.2.5. Mengidentifikasi kemampuan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan setelah diberikan *coaching* dan yang tidak diberi *coaching* oleh kepala ruang di ruang rawat inap PKSC

1.3.2.6. Mengidentifikasi faktor – faktor yang mempunyai kontribusi lebih dominan terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis ,

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan mahasiswa Program Pasca Sarjana Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan yang berminat untuk mengembangkan penelitian lanjutan yang berhubungan dengan kemampuan perawat berpikir kritis dan pengambilan keputusan

1.4.2. Manfaat metodologis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan ide untuk mengembangkan desain penelitian lain untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan.

1.4.3. Manfaat Aplikatif

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan kontribusi yang bermanfaat bagi PK . St. Carolus, khususnya Direktorat Keperawatan dan Komite Keperawatan tentang faktor-faktor yang mendukung kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer. Selain itu juga mengembangkan panduan *coaching* bagi kepala ruang sebagai upaya pengembangan sumber daya keperawatan secara berkelanjutan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini peneliti menguraikan konsep-konsep yang berhubungan dengan judul penelitian. Konsep tentang Metode pemberian asuhan keperawatan , proses keperawatan, pengambilan keputusan , berpikir kritis, dan *coaching* .

2.1. Metode Pemberian Asuhan Keperawatan

Metode pemberian asuhan keperawatan merupakan suatu cara yang digunakan oleh perawat dalam memberikan asuhan pada pasien. Metode pemberian asuhan keperawatan ini sering disebut sebagai cara untuk memberikan perawatan. Manthey (1990) dalam Huber (2006) mengidentifikasi elemen dasar dari sistem pemberian asuhan keperawatan sebagai pengambilan keputusan klinik , alokasi tugas, komunikasi dan manajemen. Ada lima metode pemberian asuhan yang dapat diterapkan sesuai dengan kebutuhan dan ketersediaan sumber daya keperawatan baik secara kuantitas maupun kualitas.

2.1.1. Lima metode pemberian asuhan keperawatan (Marquis & Huston, 2006), sebagai berikut:

1) Metode Kasus

Pemberian asuhan pasien diberikan oleh seorang perawat secara total dalam satu periode dinas. Jumlah pasien yang dirawat oleh satu perawat tergantung pada kemampuan perawat tersebut dan kompleksitas kebutuhan pasien.

2) Metode Fungsional

Metode ini menerapkan manajemen klasik, yang menekankan pada efisiensi penyelesaian tugas, pembagian tugas dan pengawasan pada petugas. Metode fungsional ini menitikberatkan pada pembagian habis tugas sesuai dengan kebutuhan pelayanan keperawatan pasien saat itu. Penerapan metode ini sangat efisien tetapi tidak dapat memberikan kepuasan pada pasien maupun perawat.

3) Metode Tim

Metode tim merupakan metode penugasan asuhan keperawatan yang diberikan oleh sekelompok perawat terhadap sekelompok pasien. Metode ini dikembangkan sebagai upaya meningkatkan mutu pemberian asuhan keperawatan dengan menggunakan jumlah perawat yang ada.

4) Metode Keperawatan Primer

Menurut Gillies dalam Sitorus (2006) keperawatan primer merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan, dimana terdapat kesinambungan antara klien dan seorang perawat tertentu yang bertanggung jawab dalam perencanaan, pemberian, dan koordinasi asuhan keperawatan klien, selama klien di rawat. Pada metode keperawatan primer, perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer.

5) Manajemen Kasus

Manajemen kasus merupakan sistem pemberian asuhan kesehatan secara multidisiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim kesehatan dan sumber-sumber yang ada sehingga dapat mencapai asuhan kesehatan yang optimal.

Bila metode perawat primer tidak dapat dilaksanakan karena keterbatasan jumlah dan kualifikasi tenaga keperawatan, maka dapat menggunakan metode modul (Suyanto, 2008). Pada metode ini pelaksanaannya sama dengan metode tim, dimana perawat profesional bekerja sama dengan perawat non profesional.

Pemilihan metode pemberian asuhan, tidak terlepas dari peran kepala ruang sebagai seorang pemimpin yang melaksanakan fungsi manajemennya. Kemampuan seorang pemimpin melaksanakan manajemen ruangan akan mempengaruhi hasil dari pelayanan keperawatan, yaitu kepuasan pasien, keselamatan pasien, dan kepuasan pemberi asuhan

2.1.2. Peran kepemimpinan dan fungsi manajemen dalam metode pemberian asuhan keperawatan (Marquis & Huston, 2006).

Sebagai kepala ruang mempunyai peran kepemimpinan dan fungsi manajemen, sebagai berikut:

2.1.2.1. Peran kepemimpinan

- 1) Secara periodik mengevaluasi efektifitas struktur organisasi pemberian asuhan keperawatan
- 2) Menentukan jika sumber-sumber dan dukungan yang ada adekuat, sebelum membuat perubahan dalam pemberian asuhan keperawatan
- 3) Mendukung staf dalam bekerja
- 4) Memberi dukungan dalam kerja tim
- 5) Memotivasi staf untuk mencapai tingkat yang lebih tinggi pada pendidikan, keahlian klinik, kompetensi dan pengalaman di tempat praktek yang berbeda.
- 6) Menyakinkan bahwa metode pemberian asuhan keperawatan merupakan praktik keperawatan profesional.

2.1.2.2. Fungsi manajemen

- 1) Menjamin filosofi unit mendukung metode pemberian asuhan keperawatan
- 2) Memilih metode pemberian asuhan keperawatan yang sesuai kebutuhan pasien.
- 3) Menggunakan hasil penelitian ilmiah dan literatur terkini untuk menganalisa tujuan perubahan metode pemberian asuhan keperawatan.
- 4) Menggunakan metode pemberian asuhan keperawatan untuk memaksimalkan sumber daya keperawatan .
- 5) Mensupervisi pemberi asuhan keperawatan

Pelaksanaan peran dan fungsi kepala ruang menggunakan pendekatan manajemen keperawatan.

2.1.3. Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan merupakan proses melaksanakan pekerjaan melalui upaya orang lain (Gillies, 1996).Demikian halnya dengan pengertian manajemen keperawatan sebagai proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien/keluarga/masyarakat. Tugas khusus yang harus dilaksanakan oleh pengelola keperawatan untuk merencanakan, organisasi, mengarahkan serta mengorganisasi sumber-sumber yang ada (dana dan daya) untuk membuat pelayanan efektif Pelaksanaan asuhan keperawatan agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan, maka menggunakan manajemen asuhan keperawatan.

Manajemen asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yang menggunakan konsep manajemen dan proses pemecahan masalah. Manajemen asuhan akan memudahkan pencapaian mutu karena sangat memungkinkan perawat menampilkan kapasitas maksimumnya. Mutu asuhan ditentukan oleh penampilan individu. Sedangkan penampilan individu dipengaruhi oleh mutu kepemimpinan, kemampuan organisasi, ketepatan dalam penilaian profesional dan hasil kemampuan klinik

Asuhan keperawatan merupakan inti dari praktek keperawatan yang dilaksanakan dengan berpedoman pada standar asuhan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan digunakan untuk mengatasi fenomena keperawatan. Fenomena keperawatan adalah penyimpangan atau tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia (bio,psiko,sosio,spiritual) mulai dari tingkat individu utuh (mencakup seluruh siklus kehidupan) sampai pada tingkat masyarakat.Penyimpangan ini tercermin pada tingkat organ fungsional sampai seluler (Kelompok kerja keperawatan

KDIK,1992 dalam Sitorus,R, 2006). Pendekatan yang digunakan untuk masalah tersebut adalah melalui proses keperawatan.

2.2. Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu alat yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi kekuatan dan respon pasien terhadap kondisi sehat dan sakit, merancang beberapa cara untuk membantu pasien menghadapi situasi tersebut, menerapkan asuhan keperawatan yang dibutuhkan , dan mengevaluasi perubahan dalam perilaku pasien terhadap asuhan yang telah diberikan.

Proses keperawatan membuat landasan yang memungkinkan perawat untuk menggunakan pengetahuan dan ketrampilan dalam mengekspresikan pelayanan keperawatan yang manusiawi dan untuk menolong pasien dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya (Wilkinson , 1996). Proses keperawatan merupakan siklus yang dinamis dan melibatkan pembuatan keputusan yang kreatif bagi perawat dengan menggunakan pengetahuan dan ketrampilannya untuk menolong pasien (Kozier. 1997). Proses keperawatan terdiri dari beberapa tahapan.

2.2.1. Tahap-tahap Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan metode yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan yang terdiri dari lima langkah, yaitu :

1) Pengkajian

Kegiatan yang dilakukan adalah mengumpulkan data, seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan data sekunder lainnya (catatan, hasil pemeriksaan diagnostik, dan literatur)

2) Diagnosa keperawatan

Merumuskan diagnosa keperawatan didasarkan pada validasi data, mengkoreksi dan mengelompokkan data,

mengintepretasikan data dan mengidentifikasi masalah dari kelompok data.

3) Perencanaan

Dilakukan setelah diagnosa keperawatan dirumuskan. Kegiatan pada tahap ini adalah menyusun prioritas masalah, merumuskan tujuan dan kriteria hasil, memilih strategi asuhan keperawatan, melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan yang lain dan menuliskan rencana asuhan keperawatan.

4) Pelaksanaan

Tahap penerapan asuhan keperawatan meliputi ; pengkajian ulang, memperbaharui data dasar, meninjau dan merevisi rencana asuhan yang telah dibuat, dan melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan.

5) Evaluasi.

Kegiatan yang dilakukan pada tahap evaluasi adalah mengkaji respons pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan, membandingkan respons pasien dengan kriteria hasil, memodifikasi asuhan keperawatan sesuai dengan hasil evaluasi dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan.

Proses keperawatan merupakan proses yang dinamis dan membutuhkan kreatifitas dalam penerapannya . Tahapan dalam proses keperawatan ini sama untuk setiap klien tetapi korelasi dan hasilnya berbeda karena sangat individualistis. (Lois white,2005).

Proses keperawatan merupakan suatu metode rasional yang sistematis dari perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan (Kozier et al, 2004). Penerapan proses keperawatan dapat memberikan beberapa manfaat.

2.2.2. Manfaat Proses Keperawatan

Fungsi proses keperawatan membantu perawat dalam melaksanakan pemecahan masalah keperawatan secara sistematis, adanya tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap pasien . (Deswani, 2009). Hal ini akan memberi manfaat bagi pelaksana keperawatan, yakni :

- 1) Meningkatkan rasa percaya diri dalam memberikan asuhan keperawatan, karena tujuan yang ingin dicapai jelas.
- 2) Menimbulkan kepuasan kerja. Menuliskan rencana asuhan keperawatan memberikan rasa percaya diri perawat, bahwa intervensi keperawatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan dengan berlandaskan etika keperawatan.
- 3) Meningkatkan profesionalisme. Salah satu ciri dari profesi adalah orientasi kepada pelayanan yaitu suatu komitmen terhadap profesi .untuk memberikan asuhan oleh pakar untuk memenuhi kebutuhan asuhan kesehatan klien (Shortridge,L.M ,dalam Sitorus,R,2006)
- 4) *Avoidance of legal action* (Philpott,1985, hal 79 dalam Suarli , 2002) . Setiap tahap proses keperawatan digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat perawat secara aspek legal.

Kualitas asuhan keperawatan yang diberikan dipengaruhi oleh ketrampilan perawat dalam menerapkan proses keperawatan.

2.2.3. Ketrampilan yang diperlukan untuk menerapkan proses keperawatan (Deswani,2009)

Perawat memerlukan ketrampilan dalam menerapkan proses keperawatan agar dapat mencapai tujuan keperawatan yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Adapun ketrampilan yang diperlukan adalah sebagai berikut;

1) Ketrampilan interpersonal

Adalah kemampuan untuk melakukan komunikasi dengan pasien , keluarga pasien, dan tim kesehatan lainnya. Ketrampilan dalam berkomunikasi yang harus dimiliki perawat adalah: . menjadi pendengar yang baik, menunjukkan ketertarikan, empati, membina hubungan saling percaya dan menjaga privacy pasien.

2) Ketrampilan teknis

Kemampuan dalam menggunakan peralatan yang diperlukan selama melakukan prosedur tindakan keperawatan.

3) Ketrampilan intelektual

Ketrampilan dalam memecahkan masalah , berpikir kritis setiap saat dan membuat keputusan yang tepat.

Perawat dalam praktek sehari-hari harus membuat keputusan diagnostik yang terkait dengan tugasnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Proses keperawatan merupakan keputusan klinik perawat yang berlandaskan teori serta pendekatan ilmiah. Efektifitas proses pengambilan keputusan penting untuk memastikan hasil yang positif dalam praktik klinik.

2.3. Pengambilan Keputusan

2.3.1. Pengertian Pengambilan Keputusan

Merupakan proses yang kompleks dari proses kognitif dan menggambarkan sebagai memilih tindakan tertentu untuk menilai atau mengatasi masalah (Marquis & Huston, 2006). Pengambilan keputusan merupakan satu tahapan dalam proses pemecahan masalah (Marquis & Huston, 2006). Keberhasilan dalam pengambilan keputusan dapat dipelajari melalui pengalaman hidup. Menurut Grainger (1990) dalam Huber (2006) pengambilan keputusan

adalah pilihan diantara berbagai alternatif. Sehingga dapat dikatakan bahwa pengambilan keputusan merupakan suatu keputusan yang dilakukan setelah melalui proses memilih dari beberapa alternatif dan didasarkan pada penilaian untuk mengatasi masalah.

Pengambilan keputusan merupakan suatu hal yang sangat penting dalam keperawatan karena akan selalu digunakan dalam praktek klinik maupun penanganan manajemen. Pengambilan keputusan merupakan suatu proses yang mencakup semua penilaian dan kegiatan yang diperlukan guna membuktikan dan memperlihatkan pilihan terbaik.

Menurut Gibson dkk (1997) keputusan adalah cara bukan tujuan, keputusan adalah proses melalui cara yang diambil untuk mencapai beberapa keadaan yang diinginkan. Setiap keputusan adalah akibat dari sebuah proses dinamis yang dipengaruhi oleh banyak kekuatan termasuk lingkungan organisasi dan pengetahuan, kecakapan dan motivasi manajer. Jadi pengambilan keputusan adalah proses pemikiran dan pertimbangan mendalam yang menghasilkan keputusan. Pengambilan keputusan dilakukan melalui suatu proses yang sistematis.

2.3.2. Proses Pengambilan Keputusan

Ada lima unsur inti dalam pengambilan keputusan sebagai berikut:
(Huber, 2006)

- 1) Identifikasi masalah , isu atau situasi
- 2) Membuat kriteria yang dapat digunakan untuk mengevaluasi potensial solusi
- 3) Mencari alternatif solusi atau tindakan
- 4) Evaluasi alternatif
- 5) Memilih alternatif tertentu.

Perawat menggunakan pertimbangan , penilaian dan pilihan dalam mengelola asuhan keperawatan .

Langkah-langkah dalam pengambilan keputusan hampir sama dengan proses keperawatan, pemecahan masalah dan manajemen keperawatan, seperti terlihat pada tabel 2.1. berikut ini:

Tabel 2.1. Perbandingan antara pengambilan keputusan, pemecahan masalah , manajemen keperawatan dan proses keperawatan (Marriner, 2009)

Tahapan	I	II	III	IV	V
Pengambilan keputusan	Identifikasi masalah dan analisa solusi	Mengkaji alternative	Memilih beberapa alternatif yang diinginkan	Melaksanakan keputusan	Evaluasi hasil
Pemecahan masalah	Koleksi data	Mengartikan masalah	Memilih strategi	Kegiatan yang dilakukan	Evaluasi
Proses keperawatan	Pengkajian	Diagnosa	Perencanaan	Implementasi	Evaluasi
Proses manajemen	Pengumpulan data	Perencanaan	Pengorganisasian	System directing	Controlling

Pengambilan keputusan dalam keperawatan merupakan hal yang sangat kompleks, karena menyangkut permasalahan dengan manusia. Setiap aktivitas yang dilakukan perawat sebagai manajer maupun pelaksana , menggunakan ketrampilan interpersonal, intelektual dan berlandaskan etika profesi dalam pengambilan keputusan.

Aspek yang penting dalam pengambilan keputusan , yakni pengetahuan sebagai aspek isi dan berpikir sebagai aspek proses. Perawat dalam pengambilan keputusan , harus mempertimbangkan keberadaan pasien dan keluarga, anggota tim kesehatan lain, serta anggota tim keperawatan yang ada.

Keputusan adalah akibat dari suatu proses dinamis yang dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti lingkungan organisasi, pengetahuan, ketrampilan, serta motivasi dari individu yang memutuskan permasalahan tersebut. Pilihan yang diambil dalam pengambilan keputusan adalah penting, karena akan membuat seseorang berpartisipasi. Pengambilan keputusan merupakan proses kognitif yang kompleks terutama pada saat memilih kegiatan mana yang akan dilakukan (Webster, 1991)

Hasil penelitian Salehi, dkk (2007), menemukan kemampuan berpikir kritis perawat dan mahasiswa keperawatan mempunyai nilai rendah. Hal ini disebabkan berbagai faktor seperti sistem pendidikan dan lingkungan kerja yang kurang. Selain itu menunjukkan adanya hubungan kemampuan pengambilan keputusan dengan umur, pengalaman kerja, tahun kelulusan dari pendidikan.

Pengambilan keputusan melibatkan perasaan dan mengevaluasi, Orang merasa melalui sensasi dan intuisi dan mengevaluasi persepsinya dengan berpikir dan merasakan, hal ini mutlak dan menjadi ciri yang berperan dalam pengambilan keputusan. Setiap individu dalam mengambil keputusan mempunyai pertimbangan yang berbeda tergantung dari variasi individu.

2.3.3. Variasi individu dalam pengambilan keputusan (Marquis & Huston, 2006)

a) Nilai

Keputusan individual didasarkan pada sistem nilai setiap orang. Tidak peduli seberapa objektif kriteria, pertimbangan nilai akan selalu berperan dalam pengambilan keputusan seseorang, baik secara sadar atau tidak disadari. Alternatif yang dihasilkan dan pilihan terakhir yang dipilih dibatasi oleh

setiap sistem nilai seseorang. Beberapa pilihan tidak dapat dilakukan karena keyakinannya. Oleh karena itu nilai juga mempengaruhi persepsi dan berpengaruh dalam pengumpulan informasi, pengolahan informasi, dan hasil akhir. Nilai juga menentukan masalah kehidupan pribadi atau masalah profesional akan menjadi fokus atau diabaikan.

b) Pengalaman hidup

Setiap orang dalam pengambilan keputusan menggunakan pengalaman masa lalu yang mencakup pengambilan keputusan, pendidikan dan pengalaman. Bagi kepribadian yang matang dan dengan latar belakang yang luas maka akan semakin banyak alternatif yang dapat diidentifikasi. Setiap kali perilaku baru atau keputusan yang diamati, akan menjadi pengalaman dalam pengambilan keputusan. Kemungkinan orang-orang yang mencari otonomi akan memiliki lebih banyak pengalaman dalam membuat proses pengambilan keputusan dari orang-orang yang takut otonomi. Demikian juga pengalaman membuat keputusan yang baik atau buruk di masa lalu akan mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan.

Asnet (2001) hasil penelitiannya menunjukkan adanya hubungan signifikan pengalaman kerja dengan kemampuan perawat dalam pengambilan keputusan. Berarti semakin lama pengalaman kerja perawat maka akan lebih banyak pengalaman dalam membuat keputusan klinik sehingga akan semakin meningkatkan kemampuan dalam pengambilan keputusan.

Hal ini diperkuat dengan pendapat Swanburg & Swanburg (2000), bahwa melalui peningkatan pengetahuan dan

pengalaman, seorang perawat menjadi lebih ahli (*expert*) dalam memilih alternatif, proses pengambilan keputusan, sehingga tindakan pengambilan keputusan akan terjadi secara otomatis (*unconscious competence*)

c) Preferensi individu

Semua orang menganggap alternatif dalam pengambilan keputusan, satu alternatif mungkin menjadi preferensi di atas yang lain. Pembuat keputusan misalnya dapat melihat pilihan-pilihan tertentu dapat menimbulkan risiko pribadi yang lebih besar daripada yang lain dan karenanya dapat memilih alternatif yang lebih aman. Risiko fisik, ekonomi dan emosional dan waktu dan pengeluaran energi, adalah jenis risiko yang dapat terjadi dalam pengambilan keputusan

d) Cara individu berpikir dan pengambilan keputusan

Cara mengevaluasi informasi dan alternatif yang mendasarkan keputusan akhir merupakan keterampilan berpikir. Setiap individu berpikir secara berbeda. Beberapa berpikir secara sistematis dan sering disebut pemikir analitis. Sedangkan yang lain berpikir secara intuisi. Hal ini diyakini bahwa kebanyakan orang didominasi belahan otak kanan atau kiri. Kebanyakan orang memiliki sisi dominan. Linier analitik pemikir otak kiri memproses informasi secara berbeda daripada pemikir otak kanan yang kreatif, intuitif. Intuisi adalah kemampuan untuk memahami kemungkinan-kemungkinan yang melekat dalam suatu situasi. Sebagian merasa bahwa ada perbedaan gender dalam cara kita berpikir dan berperilaku.

Tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisa, dorongan kompetitif, motivasi atau kemampuan belajar. Pada

studi psikologis menunjukkan wanita lebih bersedia mematuhi wewenang dan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinan dari wanita mencapai sukses tapi perbedaannya hanya sedikit. Diasumsikan bahwa tidak ada perbedaan berarti dalam produktivitas pekerjaan antara pria dan wanita (Robbins, 2003).

Hal ini berbeda dari penelitian Rudan (2003) memperlihatkan bagaimana para pemimpin laki-laki dan perempuan berperilaku berbeda dan mencatat bahwa laki-laki dan perempuan disosialisasikan dan dikomunikasikan dengan cara yang berbeda, laki-laki kurang memperhatikan hubungan dan menolak dipengaruhi. Perbedaan ini memiliki potensi yang berdampak pada pengambilan keputusan. Diperkuat dengan hasil penelitian Tucker (1999) yang menunjukkan skor berpikir kritis berkorelasi secara signifikan dengan jenis kelamin. Seperti hasil penelitian Steven dkk (2002) menunjukkan kemampuan berpikir kritis perawat terdaftar (RN) laki-laki mempunyai skor lebih tinggi dibandingkan RN perempuan.

Selain itu ada faktor-faktor lain yang akan mempengaruhi individu dalam proses pengambilan keputusan. faktor – faktor yang berasal dari dalam (internal) dan juga luar (ekternal) individu.

2.3.4. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi proses pengambilan keputusan dalam keperawatan:

2.3.4.1.Faktor internal individu

1) Pengalaman dan pengetahuan

Merupakan faktor utama yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan. Pengambilan keputusan dalam disiplin praktik keperawatan, melibatkan lebih dari penerapan pengetahuan teoritis.

Memerlukan pemahaman yang mendalam untuk mengatasi masalah yang berhubungan dengan perawatan pasien. Pemahaman berkembang melalui pengetahuan dan pengalaman (Mattingly, 1991; Correnti,1992 dalam O'Relly,1993). Pengalaman kognitif dapat meningkatkan sumber daya yang tersedia untuk interpretasi data , sehingga pengambilan keputusan menjadi akurat.

Pengetahuan dan pengalaman berhubungan dengan kompetensi. Kompetensi sebagai memiliki tingkat pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman yang baik serta kemampuan untuk menggunakannya secara tepat. Pengambilan keputusan yang efektif tergantung pada kemampuan dalam mengumpulkan, memahami dan mengintegrasikan data dengan fokus pada kebutuhan pasien dan situasi klinik.

Tanner et al (1987) dalam O'Relly (1993), mempelajari strategi penalaran diagnostik perawat dan mahasiswa keperawatan . Penelitian ini menemukan bahwa adanya peningkatan pengetahuan dan pengalamanan yang dihasilkan, akuisisi data yang sistematis dan akurasi diagnosa keperawatan yang lebih baik.

Berbeda dengan penelitian Mc Danter dkk (Robbins, 2003) mengatakan tidak dapat dipastikan orang yang telah lama berada pada suatu pekerjaan akan lebih produktif dibandingkan dengan masa kerja yang lebih sedikit. Sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin semakin lama perawat bekerja dan semakin banyak pengalaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan namun belum tentu kemampuan untuk membuat keputusan klinik baik. Hal ini tergantung bagaimana perawat menggunakan waktu bekerja untuk belajar lebih baik.

Seperti hasil penelitian Asnet (2001) menunjukkan adanya hubungan signifikan pengalaman kerja dengan kemampuan perawat dalam pengambilan keputusan. Berarti semakin lama pengalaman kerja perawat maka akan lebih banyak pengalaman dalam membuat keputusan klinik sehingga akan semakin meningkatkan kemampuan dalam pengambilan keputusan

2) Kemampuan berpikir kreatif

Pemikiran kreatif merupakan hasil dari penalaran dan imajinasi. Perpaduan keduanya akan membentuk kesimpulan yang unik dan penting dalam pengambilan keputusan.

3) Pendidikan dan lingkungan belajar

Pendidikan dan lingkungan belajar memainkan peranan yang penting dalam meningkatkan kemampuan berpikir kreatif. Peningkatan kemampuan berpikir kreatif dapat dilakukan dengan memberi tantangan pada peserta didik untuk mengembangkan ide-ide, berdiskusi dan mendorong untuk memperluas wawasan dengan membaca

Seperti halnya dengan hasil penelitian Brooks KL (2009) yang menunjukkan adanya hubungan antara pengambilan keputusan klinis dan kemampuan berpikir kritis dengan tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan semakin tinggi menunjukkan kemampuan berpikir kritis meningkat sedangkan kemampuan pengambilan keputusan didapatkan hasil yang sama pada semua tingkat pendidikan (Diploma, S1 Keperawatan dan spesialis keperawatan)

Menurut Gibson (1996), bahwa pendidikan yang lebih tinggi pada umumnya menyebabkan orang lebih mampu berusaha menerima posisi yang bertanggung jawab. Melalui pendidikan akan mempersiapkan individu untuk berpikir rasional dan kreatif.

Seperti yang ditunjukkan dalam penelitian Cotton K (1991 dalam Sudaryanto, 2008) strategi pembelajaran melalui komputer mempunyai hubungan positif terhadap perkembangan intelektual dan pencapaian prestasi. Selain itu pembelajaran melalui kasus klinik menunjukkan prestasi yang lebih baik dan mahasiswa termotivasi untuk belajar (Abraham et al, 2004 dalam Sudaryanto, 2008). Hasil penelitian ini juga dapat diterapkan pada perawat. Strategi pembelajaran melalui konferensi maupun studi kasus, yang telah ditemukan digunakan sebagai upaya peningkatan kemampuan intelektual perawat.

4) Konsep diri

Konsep diri yang rendah akan menghambat orang dalam pengambilan keputusan. Persepsi menjadi kurang cerdas, kurang pendidikan dan kurang kompeten, akan mengakibatkan menyerahkan pengambilan keputusan pada orang yang mereka anggap lebih baik. Komponen penting dari efektivitas diri dan konsep diri individu adalah *locus of control* (LOC). Orang yang memiliki LOC internal akan percaya pada kemampuannya dalam mengambil keputusan . Sedangkan orang dengan LOC eksternal akan tergantung pada keputusan orang lain (Lazarus & Folkman, 1984 dalam O'Relly, 1993)

2.3.4.2.Faktor eksternal individu

1) Lingkungan

Pengaruh lingkungan kerja yang berdampak pada kemampuan pengambilan keputusan , seperti konflik interpersonal, jumlah staf yang kurang memadai, kurangnya dukungan ketika berhadapan dengan kepemimpinan yang tidak responsif dan lingkungan fisik yang tidak efisien. Dukungan dari manajemen sebagai suatu kebutuhan untuk perkembangan ketrampilan pengambilan keputusan klinis.

Struktur organisasi dan sistem pemberian perawatan kesehatan termasuk dalam lingkungan. Struktur organisasi seperti peraturan, aturan-aturan yang mengatur tentang kewenangan dan otonomi perawat. Otonomi perawat menjadi prasyarat dalam pengambilan keputusan dan menjadi faktor penting dalam memberikan perawatan yang tepat waktu dan berkualitas.

Penelitian Gabriela (2003) menunjukkan hubungan yang signifikan antara otonomi dalam pengambilan keputusan terhadap kolaborasi perawat primer dengan dokter dan klien. Penelitian ini didukung pendapat Kron & Gray (1987 dalam Douglas, 1992), yang mengemukakan bahwa perawat primer mempunyai tanggung jawab, wewenang dan otonomi untuk perawatan klien, dimana setiap perawat primer dituntut untuk membuat keputusan final dalam melaksanakan asuhan keperawatan klien yang menjadi tanggung jawabnya.

Pendapat ini didukung oleh Swanburg & Swanburg (2000), yang mengemukakan bahwa metode asuhan keperawatan primer merupakan perluasan dari desentralisasi kewenangan dengan memberi kewenangan pada seseorang perawat profesional (perawat primer) untuk membuat keputusan tentang proses keperawatan klien.

Berdasarkan uraian diatas dapat diasumsikan bahwa dengan menerapkan metode keperawatan primer, perawat memperoleh kewenangan/otonomi dalam pengambilan keputusan mengenai asuhan keperawatan. Marquis & Huston (2006) mengatakan bahwa ditemukan kepuasan kerja perawat yang tinggi dalam penerapan metode keperawatan primer juga ditunjukkan semakin berkembangnya ketrampilan perawat primer dalam pemberian asuhan keperawatan.

2) Stress situasional

Situasi stress tinggi atau rendah akan mempengaruhi pengambilan keputusan, karena dalam proses pengambilan keputusan memerlukan pemikiran yang kompleks. Situasi stress akan mengakibatkan penurunan kualitas berpikir. Penurunan proses pikir ini akan terlihat pada saat pengambilan keputusan yang cepat dan kompleks.

Pengambilan keputusan yang berkualitas memerlukan pertimbangan dari elemen – elemen kritis. Elemen kritis dapat menjadi indikator keputusan yang tepat.

2.3.5. Elemen-elemen kritis dalam pengambilan keputusan (Marquis & Huston, 2006)

- 1) Tujuan kurang jelas, akan menyebabkan pengambilan keputusan yang serba salah. Tidak mengetahui arah tujuan akan mempersulit pemilihan cara/ metode yang tepat.
- 2) Pengumpulan data yang salah, akan mengurangi pengambilan keputusan yang efektif. Pentingnya kemampuan untuk mengumpulkan dan memproses informasi yang ada.
- 3) Kegagalan dalam membuat dan memeriksa semua alternatif potensial, akan menghambat pengambilan keputusan yang efektif.
- 4) Ketidakmampuan untuk memilih atau membuat tindakan atau keputusan yang sudah dibuat.

Salah satu keputusan dalam perawatan pasien yang dibuat oleh perawat adalah penerapan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah suatu cara khusus menggunakan berpikir dan tindakan keperawatan. Proses keperawatan merupakan kerangka kerja dimana perawat menggunakan pengetahuan, ketrampilan, sikap dan nilai-nilainya untuk menunjukkan kepeduliannya terhadap klien.

Pendapat Varcoe (1996 dalam Chabeli, 2007), menyatakan proses keperawatan adalah cara berpikir yang sistematis sesuai dengan bidang kerjanya. Proses keperawatan suatu proses berpikir analitik yang digunakan sebagai pedoman dalam pengambilan keputusan yang sistematis dan rasional dalam praktik keperawatan.

Agar proses keperawatan yang diberikan dapat mengatasi masalah pasien, maka perlunya kemampuan berpikir kritis. Indikator mutu dapat digunakan untuk menilai kemampuan berpikir kritis perawat dalam menerapkan proses keperawatan .

2.3.6. Indikator Berpikir Kritis Pada Penerapan Proses Keperawatan dan Ketrampilan Pengambilan Keputusan

- 1) Menerapkan standar, prinsip-prinsip dan kode etik saat merencanakan, memberi dan mengadaptasi perawatan.
- 2) Mengkaji secara sistematis dan komprehensif, menggunakan kerangka kerja keperawatan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan, menggunakan pemeriksaan fisik untuk mengidentifikasi masalah medis.
- 3) Mendeteksi adanya bias, menentukan kredibilitas sumber informasi.
- 4) Membedakan normal dan tidak normal, mengidentifikasi risiko abnormal.
- 5) Menentukan kemaknaan data, membedakan data yang relevan dan tidak relevan, mengelompokkan data yang relevan.
- 6) Mengidentifikasi asumsi dan inkonsistensi, memeriksa akurasi dan reliabilitas. Mengenali informasi yang kurang, berfokus pada tujuan yang ingin dicapai.
- 7) Membuat kesimpulan apa yang diketahui dan yang tidak diketahui dan memutuskan dengan data yang mendukung.
- 8) Mengidentifikasi masalah dan penyebabnya dan faktor-faktor yang berhubungan, termasuk perspektif pasien dan keluarga .

- 9) Menetapkan prioritas dan membuat keputusan secara tepat waktu.
- 10) Mempertimbangkan risiko dan manfaat intervensi individu.
- 11) Mengkaji kembali untuk memastikan hasil dan memantau hasil.
- 12) Berkomunikasi secara efektif secara lisan dan tertulis
- 13) Mencegah kecelakaan dan kesalahan
- 14) Mengidentifikasi dan menggunakan teknologi, informasi dan sumber daya manusia.
- 15) Mengidentifikasi isu-isu etis dan mengambil tindakan yang tepat.

Setiap hari perawat mengambil keputusan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan. Pengambilan keputusan yang tepat akan berdampak pada kualitas asuhan yang diberikan. Pengambilan keputusan yang merupakan keputusan klinik perawat berhubungan dengan asuhan keperawatan yang diberikan pada klien. Agar keputusan tersebut berfokus pada masalah klien, maka perlu didasarkan pada kemampuan berpikir kritis.

Dibutuhkan pengembangan kemampuan berpikir kritis secara berkelanjutan digunakan dalam proses diagnostik karena diagnosa terhadap respon manusia adalah landasan asuhan keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan adalah membantu individu, keluarga dan masyarakat untuk menjadi sehat (Henderson, 1978/2006 dalam Lunney, 2010). Membantu klien berarti memberi intervensi yang mengatasi masalah, mengurangi risiko atau meningkatkan kesehatan secara optimal. Agar tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai, maka dalam pengambilan keputusan memerlukan ketrampilan berpikir kritis.

2.4. Berpikir Kritis

2.4.1. Pengertian Berpikir Kritis

Berpikir kritis adalah proses mental untuk menganalisa atau mengevaluasi informasi. Informasi tersebut didapatkan dari hasil pengamatan, pengalaman, akal sehat, atau komunikasi. Seperti yang diungkapkan Michael Scriven (Fisher & Scriven, 1997 dalam Fisher, 2009) berpikir kritis merupakan interpretasi dan evaluasi yang terampil dan aktif terhadap observasi, dan komunikasi, informasi dan argumentasi.

Berpikir kritis dalam keperawatan adalah suatu kemampuan bagaimana perawat mampu berpikir dengan sistematis dan menerapkan standar intelektual untuk menganalisa proses berpikir. Oleh karena itu berpikir kritis merupakan sebuah komponen esensial dalam tanggung gugat profesional dan mutu asuhan keperawatan (Scheffer & Rubenfeld, 2006).

Bandman dan Bandman (1995) mendefinisikan berpikir kritis sebagai pengujian rasional terhadap ide, pengaruh, asumsi, prinsip argument, kesimpulan, isu, pernyataan, keyakinan, dan aktivitas. Sedangkan Facione (1990) menyatakan pemikiran kritis menjadi tujuan, regulasi diri, penilaian yang menghasilkan interpretasi analisis, evaluasi dan inferensi serta penjelasan yang didasarkan pada penilaian.

Sedangkan menurut Paul (2001) berpikir kritis adalah proses disiplin secara intelektual aktif dan terampil konseptualisasi, menerapkan, menganalisa, mensintesis dan atau mengevaluasi program informasi yang dikumpulkan dari atau yang dihasilkan oleh pengamatan, pengalaman, refleksi, penalaran atau komunikasi sebagai panduan untuk bertindak. Sehingga dapat dikatakan berpikir kritis merupakan suatu proses berpikir yang menggunakan kemampuan analisa, sintesa

dan interpretasi dari informasi yang dikumpulkan dan menjadi landasan melakukan tindakan.

Berpikir kritis menurut Tappen (1989) adalah ketrampilan dalam mengembangkan atau mencari alternatif untuk pemecahan masalah dan mengadopsinya sebagai pendekatan dalam pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab. Sedangkan menurut Marriner (2009) berpikir kritis merupakan elemen-elemen yang berasal dari dimensi dasar yang memberikan logika umum untuk suatu alasan mengapa kegiatan tersebut dilakukan. Elemen-elemen tersebut meliputi tujuan, pusat masalah atau pertanyaan yang mengarah pada isu-isu, sudut pandang atau kerangka referensi, dimensi empiris, dimensi konsep, asumsi, implikasi dan konsekuensi yang ada serta kesimpulan.

Menurut Sullivan E.J dan Decker P.J (2001) berpikir kritis merupakan suatu proses untuk memeriksa berdasarkan pada asumsi, interpretasi, evaluasi, argumentasi, imajinasi dan eksplorasi alternatif serta mengembangkan refleksi yang kritis untuk mendapatkan kesimpulan sebagai alasan dan justifikasi.

Hal senada diungkapkan Glaser yang menyatakan berpikir kritis sebagai suatu sikap mau berpikir secara mendalam tentang masalah-masalah dan hal-hal yang berada dalam jangkauan pengalaman seseorang; pengetahuan tentang metode-metode pemeriksaan dan penalaran yang logis dan semacam suatu ketrampilan untuk menerapkan metode-metode tersebut. Berpikir kritis menuntut upaya keras untuk memeriksa setiap keyakinan atau pengetahuan asumsi berdasarkan bukti pendukungnya dan kesimpulan-kesimpulan lanjutan yang diakibatkannya (Glaser, 1941 dalam Fisher, 2009). Dapat dikatakan berpikir kritis merupakan suatu rangkaian proses yang saling berkaitan untuk dapat mengambil suatu keputusan/alternatif dengan dilandasi pengetahuan dan pengalaman seseorang serta memerlukan ketrampilan.

Berpikir kritis menjadi elemen penting dalam keperawatan karena peran perawat setiap saat berhadapan dengan berbagai situasi, baik terencana maupun yang tidak terencana, dan membutuhkan kemampuan berpikir kritis. Berpikir kritis memiliki karakteristik yang berbeda dengan cara berpikir yang hanya mengandalkan perasaan (*feeling*).

2.4.2. Karakteristik Proses Berpikir Kritis

Berpikir kritis dalam praktik keperawatan adalah seorang yang mempunyai ketrampilan pengetahuan untuk menganalisa, menerapkan standar, mencari informasi, menggunakan alasan rasional, memprediksi, dan melakukan transformasi pengetahuan. Berpikir kritis dalam keperawatan menghasilkan kebiasaan-kebiasaan baik dalam berpikir, yaitu : yakin, kontekstual, perspektif, kreatif, fleksibel, integritas intelektual, intuisi, berpikir terbuka, refleksi, *inquisitiveness*, dan *perseverance*.

Menurut Wilkinson (1992) dalam Deswani (2009) karakteristik berpikir kritis dalam keperawatan pada prinsipnya merupakan suatu kesatuan dari berpikir (*thinking*), merasakan (*feeling*), dan melakukan (*doing*).

Karakteristik dari proses berpikir kritis:

1) Konseptualisasi

Merupakan pikiran abstrak yang digeneralisasi secara otomatis menjadi simbol-simbol dan disimpan dalam otak.

2) Rasional dan beralasan (*reasonable*)

Argument yang diberikan selalu berdasarkan analisis dan mempunyai dasar kuat dari fakta atau fenomena nyata.

3) Reflektif

Berpikir kritis tidak menggunakan asumsi atau persepsi dalam berpikir atau mengambil keputusan, tetapi akan menyediakan

waktu untuk mengumpulkan data dan menganalisa berdasarkan disiplin ilmu, fakta, dan kejadian.

4) Bagian dari suatu sikap

Pemahaman dari suatu sikap yang harus diambil. Berpikir kritis akan menguji apakah sesuatu yang dihadapi itu lebih baik atau lebih buruk dibandingkan yang lalu, dengan menjawab mengapa bisa begitu dan bagaimana seharusnya.

5) Kemandirian berpikir

Selalu berpikir dalam dirinya, tidak pasif menerima, pemikiran dan keyakinan orang lain, menganalisa semua isu, memutuskan secara benar, dan dapat dipercaya.

6) Berpikir kritis adalah berpikir kreatif

Selalu menggunakan ketrampilan intelektualnya untuk menciptakan berdasarkan suatu pemikiran yang baru dan dihasilkan dari sintesis beberapa konsep.

7) Berpikir adil dan terbuka

Mencoba untuk berubah, dari pemikiran yang salah dan kurang menguntungkan menjadi benar dan lebih baik. Perubahan dilakukan dengan penuh kesadaran dan kemauan, kemudian hasilnya disosialisasikan beserta argumentasi mengapa memilih dan memutuskan seperti itu.

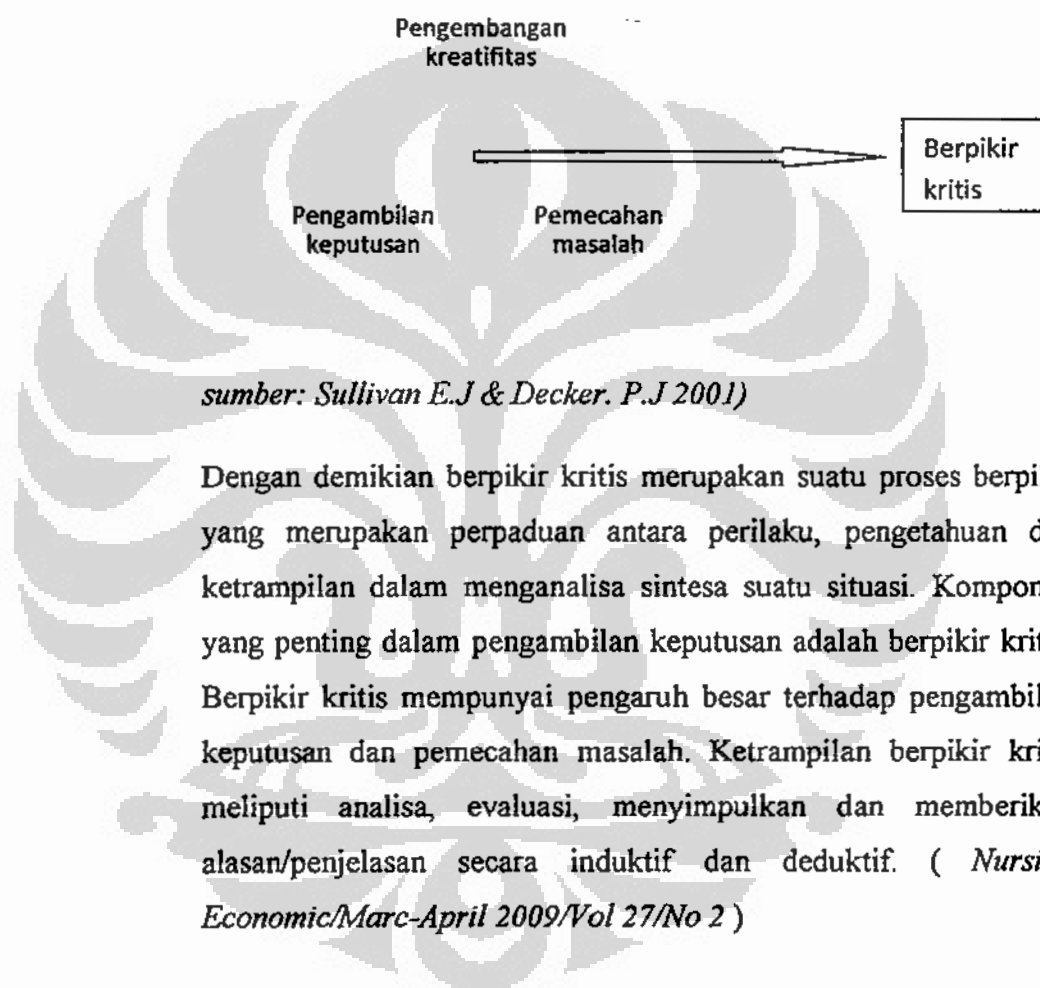
8) Pengambilan keputusan berdasarkan keyakinan

Berpikir kritis digunakan untuk mengevaluasi suatu argumentasi dan kesimpulan, menciptakan suatu pemikiran baru, dan alternatif solusi tindakan yang akan diambil.

Analisa kritis merupakan instrumen yang digunakan dalam berpikir kritis dengan mengembangkan beberapa pertanyaan tentang isu yang ada dan validitasnya. Analisis kritis menurut Wilson (1993) adalah memahami seberapa luas pemikiran alternatif yang dikembangkan tergantung seberapa kritisnya proses tersebut dalam organisasi.

Berpikir kritis merupakan proses kognitif tingkat tinggi, karena termasuk dalam pengembangan krestivitas, pemecahan masalah dan pengambilan keputusan. Pada gambar 2.1. menjelaskan tentang perpaduan ketiga aspek tersebut dalam berpikir kritis.

Gambar 2.1 Model berpikir kritis



sumber: Sullivan E.J & Decker. P.J 2001)

Dengan demikian berpikir kritis merupakan suatu proses berpikir yang merupakan perpaduan antara perilaku, pengetahuan dan ketrampilan dalam menganalisa sintesa suatu situasi. Komponen yang penting dalam pengambilan keputusan adalah berpikir kritis. Berpikir kritis mempunyai pengaruh besar terhadap pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Ketrampilan berpikir kritis meliputi analisa, evaluasi, menyimpulkan dan memberikan alasan/penjelasan secara induktif dan deduktif. (*Nursing Economic/Marc-April 2009/Vol 27/No 2*)

Kemampuan individu untuk berpikir kritis dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik dari individu maupun lingkungan.

2.4.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi berpikir kritis

Kemampuan berpikir kritis setiap individu sangat bervariasi, tergantung pada faktor-faktor pribadi dan situasi saat itu (Alfaro, 2009). Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan individu berpikir kritis adalah :

2.4.3.1. Faktor individu

- 1) Berpikir adil dan perkembangan moral. Orang yang berpikir adil dan memiliki tingkat perkembangan moral yang matang, lebih mungkin berpikir kritis, dan mempertimbangkan semua sudut pandang dalam membuat keputusan.
- 2) Komunikasi yang efektif dan ketrampilan interpersonal. Komunikasi tidak hanya berbicara dan mendengarkan, tetapi juga memperhatikan pesan yang dikirimkan oleh pemberi pesan.
- 3) Umur/ maturitas. Perkembangan moral biasanya berhubungan dengan tingkat kedewasaan individu. Individu yang senior lebih banyak kesempatan mempraktekkan penalaran dalam berbagai situasi. Namun usia dapat juga menghambat berpikir kritis.

Pengelompokan usia (Setyonegoro dalam Wahjudi, 2008) :
 usia dewasa muda (*elderly adulthood*) 18 atau 20 – 25 tahun; usia dewasa penuh (*midlle years*) atau maturitas : 20-60 atau 65 tahun (termasuk dalam penduduk usia kerja yang dianggap produktif) dan lanjut usia (geriatrik) lebih dari 65 atau 70 tahun.

Umur berkaitan dengan tingkat kedewasaan atau maturitas perawat yang dimaksud adalah tingkat kedewasaan tehnik yang dikaitkan dengan melaksanakan tugas-tugas tehnis dan pengalaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan maupun kedewasaan psikologis. Siagian (2006) menyatakan semakin lama orang bekerja atau berkarya, kedewasaan tehnisnya semakin meningkat, demikian pula kedewasaan psikologisnya.

Semakin lanjut usia seseorang maka diharapkan semakin menunjukkan kematangan jiwa. Semakin bertambah usia dapat menimbulkan kemampuan seseorang mengambil keputusan semakin bijaksana, semakin mampu berpikir rasional dan bijaksana terhadap pandangan orang lain.

Selanjutnya perawat semakin mampu berinteraksi dengan orang lain, mampu mengendalikan emosi, berpikir kritis dan mengambil keputusan, sehingga diharapkan mempunyai tingkat kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang lebih baik. Berbeda dengan pendapat Gibson (1997), usia sebagai subvariabel demografi mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja.

Usia dapat mempengaruhi produktivitas, semakin bertambahnya usia seseorang produktivitas akan merosot. Berjalannya waktu menyebabkan ketrampilan seorang individu terutama kecepatan, kecekatan, kekuatan, dan koordinasi menurun dan bahkan kebosanan pekerjaan yang berlarut-larut dan kurangnya rangsangan intelektual akan menyebabkan berkurangnya produktivitas (Robbins, 2003)

Hasil penelitian dari Steven & Smith (2001) menunjukkan tidak ada hubungan umur Registered Nurse (RN) dengan kemampuan berpikir kritis. Namun untuk pengambilan keputusan menurut hasil penelitian Salehi, dkk (2007), menunjukkan adanya hubungan kemampuan pengambilan keputusan dengan usia, pengalaman kerja, tahun kelulusan dari pendidikan.

- 4) Tidak suka, praduga dan bias. Semua ini dapat menghambat berpikir kritis, karena individu menjadi tidak mengetahui faktor-faktor yang diperlukan dalam menemukan dan menyelesaikan masalah.
- 5) Kecerdasan emosional. Kecerdasan emosional sama pentingnya dengan kecerdasan intelektual. Kemampuan untuk mengenal emosi dan membuat individu bekerja dalam cara yang positif.
- 6) Percaya diri. Percaya diri dapat membantu individu berpikir. Tetapi bila terlalu percaya diri akan menghambat berpikir kritis, karena tidak mau belajar dari orang lain.
- 7) Evaluasi dan refleksi lebih awal. Evaluasi dan refleksi awal dapat membantu membuat koreksi awal, keputusan selalu terkini, akurat dan informasi lengkap.
- 8) Pengalaman masa lalu. Melalui pengalaman dapat menjadi faktor yang meningkatkan berpikir kritis tetapi dapat juga menghambat, bila mempunyai pengalaman masa lalu yang buruk.

Pengalaman seseorang dalam bekerja dipandang sebagai sumber daya potensial dalam mengelola perubahan dirinya. Unsur pengalaman dipandang sebagai akumulasi dari pengetahuan dan kehidupan dalam proses belajar. Senioritas sebagai masa seseorang menjalankan pekerjaan tertentu.

Bukti terbaru menyatakan adanya hubungan positif antara senioritas dan produktivitas pekerjaan. Dengan demikian masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya sebagai peramal yang baik terhadap produktivitas (Robbins, 2003). Dapat disimpulkan bahwa perawat primer yang bekerja semakin lama maka semakin

banyak pengalaman untuk menggunakan kemampuan berpikir kritis dalam asuhan keperawatan pada klien yang menjadi tanggung jawabnya.

- 9) Ketrampilan menulis efektif. Individu belajar menerapkan berpikir kritis, dengan mengidentifikasi prinsip-prinsip pendekatan yang terorganisasi, memutuskan apa yang relevan dan berfokus pada perspektif lain.
- 10) Ketrampilan membaca dan belajar efektif. Individu yang tahu cara membaca dan belajar yang baik akan menggunakan sumber daya secara mandiri.

2.4.3.2. Faktor situasi

- 1) Kecemasan, stress dan kelelahan. Kecemasan dan stress akan banyak menguras kekuatan otak, sehingga sulit konsentrasi. Demikian halnya dengan tingkat kelelahan akan menghambat berpikir kritis. Hasil penelitian Richard Rich (1987) dalam O'Relly (1993), menemukan perawat usia muda dan berstatus belum menikah berada pada resiko tinggi mengalami stress karena tekanan yang melekat pada aktivitas keperawatan.

Namun menurut Robbins (2003) karyawan dengan status menikah menunjukkan lebih sedikit absensinya, lebih puas dengan pekerjaannya daripada rekannya yang belum menikah. Perkawinan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting .

- 2) Kesadaran akan risiko. Menjadi faktor yang meningkatkan berpikir kritis karena individu akan berpikir hati-hati. Bisa menjadi penghambat karena akan meningkatkan kecemasan.

- 3) Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait. Semakin banyak individu tahu tentang situasi akan membantu meningkatkan berpikir kritis.

Pengetahuan dikaitkan dengan tingkat pendidikan. Pendidikan merupakan salah satu karakteristik demografi yang penting dipertimbangkan karena dapat mempengaruhi persepsi seseorang tentang asuhan keperawatan. Siagian (2006) mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan memanfaatkan pengetahuan dan ketrampilan.

Hal senada diungkapkan Mc Closkey & Mc Cain (1988) dalam Gillies (1996), bahwa perawat yang mempunyai pendidikan lebih tinggi juga memiliki kemampuan kerja yang tinggi sehingga memiliki tuntutan yang tinggi terhadap organisasi. Hal ini akan berdampak pada pemberian asuhan keperawatan yang baik.

- 4) Reinforcement positif. Meningkatkan berpikir kritis dan membangun rasa percaya diri.
- 5) Adanya faktor-faktor yang memotivasi. Hal ini akan membuat individu untuk berpikir kritis dan tertarik untuk mempertajam pikiran. Motivasi perawat dapat ditingkatkan melalui dukungan lingkungan eksternal perawat seperti kesempatan untuk belajar melalui diskusi ataupun pembimbingan.

Pembelajaran kolaboratif melalui diskusi kelompok kecil direkomendasikan sebagai strategi yang dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis (Resnick L.,1990; Rimiene V.,2002;Gokhale ,2005). Melalui diskusi

akan membantu membangun pemahaman, meningkatkan motivasi dan membentuk sikap yang diperlukan seperti menerima dan menyampaikan kritik dengan cara yang baik/santun.

- 6) Distraksi. Kemampuan berpikir kritis akan terhambat dan sulit untuk berkonsentrasi.

Kemampuan berpikir kritis dapat terhambat oleh karena beberapa sebab. Dengan mengetahui hambatan, individu dapat meminimalkan hambatan tersebut.

2.4.4. Hambatan terhadap pemikiran kritis (Scheffer & Rubinfeld, 2006);

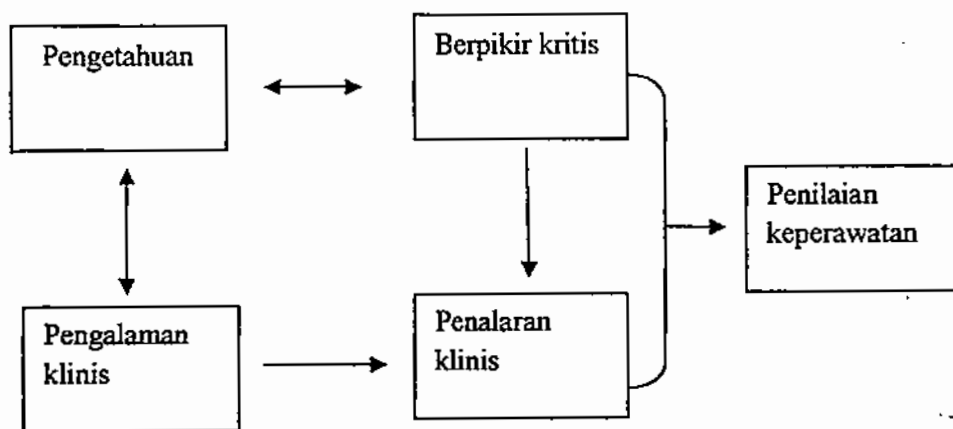
1) Kebiasaan dan rutinitas

Rintangan terbesar dalam berpikir adalah terjebak dalam rutinitas, dan cara tersering yang membuat terjebak dalam rutinitas adalah penggunaan model kebiasaan yang berlebihan. Model kebiasaan ini akan menghambat penyelidikan dan kreatifitas untuk menciptakan ide baru.

2) Kecemasan

Kecemasan mengecilkan kemampuan berpikir dan sangat membatasi penyelidikan, kreatifitas dan ide baru, dan mengetahui bagaimana berpikir. Kecemasan dapat menurunkan kemampuan berpikir, bahkan kemampuan berpikir tentang hal-hal yang sederhana. Belajar dan penyelesaian masalah menggunakan 90% kemampuan berpikir.

Berpikir kritis terjadi didalam dasar pengetahuan yang ada dan paralel dengan pengalaman klinis. Pada skema 2.1 menunjukkan hubungan pengetahuan, pengalaman, berpikir kritis, penalaran klinis dan penilaian keperawatan saling terkait



Skema 2.1. Model pengembangan penilaian keperawatan Fowler.L.P. (1998) dalam Craven (2003)

Selain dari pengalaman, kemampuan berpikir kritis dapat diajarkan seperti hasil penelitian mengembangkan berpikir kritis (Medley & Horne, 2005) yang menunjukkan bahwa berpikir kritis dapat diajarkan melalui berbagai cara, seperti bermain peran/*role play* atau simulasi, demonstrasi dan skenario klinik. Melalui tindakan-tindakan ini akan melatih berpikir kritis dalam berbagai situasi dan menjadi suatu pengalaman belajar yang efektif. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian tentang pengaruh tiga komputer yang didesain untuk konferens terhadap ketrampilan berpikir kritis pada mahasiswa keperawatan (Duphorne & Gunawardena,2005), hasilnya desain konferens untuk memfasilitasi kebutuhan analisa menunjukkan rata-rata kemampuan berpikir kritis lebih tinggi, selain itu usia, pengalaman kerja, nilai akademik berkorelasi positif dengan ketrampilan berpikir kritis. Strategi pembelajaran yang ditemukan dalam penelitian ini dapat juga dikembangkan sebagai cara untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat.

Berpikir kritis dalam keperawatan tidak terjadi secara terpisah. Perawat bekerja di berbagai jenis area pelayanan kesehatan , bekerja dengan tim kesehatan lain dan juga pasien yang setiap saat memerlukan cara berpikir yang tepat. Semua merupakan situasi

yang terjadi pada lingkungan eksternal perawat . Faktor eksternal ini akan mempengaruhi perawat dalam pengambilan keputusan, dan melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan profesional lain, dengan demikian berpikir kritis adalah proses kemitraan.

Model berpikir kritis yang dapat diterapkan pada praktek keperawatan adalah T.H.I.N.K., yaitu mengingat kembali, kebiasaan, penyelidikan, kreativitas, dan cara berpikir.

2.4.5. Model berpikir Kritis Pada Praktek Keperawatan

Lima model yang dikembangkan dalam berpikir kritis pada praktek keperawatan adalah *Total Recall*, *Habits*, *Inquiry*, *New Idea and creativity* dan *Knowing how you think* (T.H.I.N.K). (Scheffer & Rubenfeld, 2006)

2.4.5.1. *Total Recall*/Kemampuan mengingat kembali

Kemampuan mengingat kembali adalah kemampuan mengingat kembali fakta dimana dan bagaimana menemukan pengalaman dalam memorinya ketika dibutuhkan. Fakta- fakta keperawatan didapat berasal dari berbagai sumber, pengetahuan akademik, informasi dari pasien atau orang terdekat pasien. Selain itu juga kemampuan untuk mengakses pengetahuan, karena pengetahuan menjadikan sesuatu dapat dipelajari dan disimpan di dalam pikiran. Setiap orang mempunyai berbagai kelompok pengetahuan yang bervariasi didalam pikirannya. Sebagai contoh seorang perawat pemula yang pengetahuan dan wawasannya tentang keperawatan sangat sedikit akan mengalami masalah dalam mengaplikasikan ilmunya.

2.4.5.2. *Habits*/Kebiasaan

Pola pikir yang diulang-ulang akan menjadi suatu kebiasaan baru (*second nature*) yang secara spontan dapat dilakukan. Hasil dari kebiasaan tersebut menjadi cara baru dalam melakukan proses pekerjaan. Proses berpikir dalam suatu kebiasaan sudah tersusun secara sistematis dan dapat berjalan mendekati otomatis tanpa

banyak waktu untuk mempertimbangkan penggunaan cara-cara baru dalam melakukan aktivitas tertentu. Sebagai contoh perawat mencuci tangan , suatu kebiasaan untuk mencegah infeksi nosokomial , akan menjadi kebiasaan yang menetap.

2.4.5.3. *Inquiry/*Penyelidikan

Suatu penemuan fakta melalui pembuktian dengan pengujian terhadap suatu isu penting atau pertanyaan yang membutuhkan suatu jawaban. Tahap penyelidikan dalam praktik keperawatan sangat penting, dimana perawat harus mampu berpikir dengan membandingkan dan menganalisis antara informasi yang ditemukan dengan pengetahuan atau ilmu yang pernah dipelajari, sehingga keputusan akan lebih akurat dan analisis info untuk keputusan akan lebih baik.

2.4.5.4. *New ideas and creativity/*Ide-ide baru dan kreativitas

Menekankan bentuk berpikir yang sangat khusus. Berpikir kreatif adalah kebalikan dari kebiasaan/habit. Pemikir kreatif sangat menghargai kesalahan dan perbedaan terhadap nilai-nilai yang dipelajarinya. Sebagai contoh bagaimana perawat menggunakan ide-ide dan kreativitasnya dalam menyiasati kurangnya peralatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

2.4.5.5. *Knowing how you think/*tahu bagaimana kamu berpikir

Kemampuan pengetahuan tentang bagaimana kita berpikir. Model ini dapat membantu perawat dalam melakukan peran kolaborasi dengan profesi kesehatan lain. Satu hal yang penting adalah mereka bekerja dengan refleksi, bagaimana yang telah perawat dan klien pikirkan dalam bekerja sama sewaktu menjalankan asuhan keperawatan. Misalnya, pada saat melakukan perawatan luka, maka perawat harus selalu berpikir dan menjawab tentang apa dan mengapa perawatan luka dilakukan dan bagaimana empati perawat saat melakukan tindakan itu.

Keberhasilan mencapai tujuan asuhan keperawatan memerlukan ketrampilan berpikir kritis dari pemberi asuhan keperawatan. Ketrampilan berpikir kritis adalah integrasi dari kemampuan *total recall, habits, inquiry*, ide baru dan kreatifitas, dan mengetahui bagaimana berpikir.

Perpaduan berpikir dan bertindak dalam keperawatan adalah proses keperawatan. Proses ini merupakan intisari praktek keperawatan profesional. Oleh karena itu proses keperawatan merupakan proses penyelesaian masalah. Agar asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan respon pasien terhadap sakitnya, perawat menggunakan cara berpikir kritis. Banyak manfaat dari berpikir kritis dalam praktik keperawatan, khususnya dalam asuhan keperawatan.

2.4.6. Manfaat Berpikir Kritis Dalam Keperawatan

Kemampuan berpikir kritis dalam asuhan keperawatan mempunyai peranan penting, berikut ini manfaatnya dalam praktek keperawatan

- 1) Penggunaan proses berpikir kritis dalam aktivitas keperawatan sehari-hari.
- 2) Mengidentifikasi dan merumuskan masalah keperawatan
- 3) Menganalisis pengertian hubungan dari masing-masing indikasi , penyebab dan tujuan, serta tingkat hubungan.
- 4) Menganalisis argumen dan isu –isu dalam kesimpulan dan tindakan yang dilakukan.
- 5) Menguji asumsi-asumsi yang berkembang dalam keperawatan.
- 6) Melaporkan data dan petunjuk-petunjuk yang akurat dalam keperawatan.
- 7) Membuat dan memeriksa kembali dasar analisis dan validasi data keperawatan.
- 8) Merumuskan dan menjelaskan keyakinan tentang aktifitas keperawatan.

- 9) Digunakan dalam memberikan penjelasan, kerja sama, pembenaran, keyakinan, dan kesimpulan serta tindakan keperawatan yang dilakukan.
- 10) Memberikan alasan-alasan yang relevan terhadap keyakinan dan kesimpulan yang dilakukan.
- 11) Merumuskan dan menjelaskan nilai-nilai keputusan dalam keperawatan.
- 12) Mencari alasan-alasan, kriteria, prinsip-prinsip, dan aktivitas nilai-nilai keputusan.
- 13) Mengevaluasi penampilan kinerja perawat dan kesimpulan asuhan keperawatan.

Agar dapat mengevaluasi kemampuan berpikir kritis perawat, maka dilakukan pengukuran. Ada banyak instrumen yang digunakan untuk mengukur kemampuan berpikir kritis diantaranya adalah pengukuran kemampuan berpikir kritis seperti yang dikembangkan oleh Edward Glaser (1980) melalui uji kemampuan berpikir kritis atau dikenal dengan *Watson Glaser critical Thinking Appraisal*. Glaser mendefinisikan berpikir kritis sebagai (1) suatu sikap mau berpikir secara mendalam tentang masalah-masalah dan hal-hal yang berada dalam jangkauan pengalaman seseorang; (2) pengetahuan tentang metode-metode pemeriksaan dan penalaran yang logis; dan (3) semacam suatu ketrampilan untuk menerapkan metode-metode tersebut (Glaser, 1941, dalam Fisher, 2009).

Pengukuran kemampuan berpikir kritis dengan *multiple choice*, dengan berbagai aspek dan bersifat umum. Pengukuran terhadap kemampuan induktif, identifikasi asumsi, deduktif, dan mengambil keputusan. Selain itu dapat menggunakan pengukuran melalui CCTST (*The California Critical Thinking Skill Test*) yang dikembangkan oleh Peter Facione (1990).

Pengukuran berpikir kritis yang dikembangkan oleh Facione ini menggunakan kuesioner dengan *multiple choice* yang berisi

komponen berpikir kritis yaitu mengkaji, interpretasi, analisa, argumentasi dan evaluasi, pemikiran deduktif, induktif dan dasar serta pemecahan masalah. Pengukuran dengan memberikan score pada setiap variabel.

Selain melalui pengukuran tentang tingkat pengetahuan, Alfaro (2009) mengembangkan indikator untuk berpikir kritis, yang berisi tentang perilaku atau sikap yang menunjukkan karakteristik berpikir kritis. Pengukuran dengan pernyataan dengan menggunakan skala 0-10. Pernyataan dalam pengukuran ini dikaitkan dengan praktik klinik. Adapun pernyataannya antara lain mengenai: kesadaran diri, disiplin diri, keaslian, kesehatan, otonomi dan tanggung jawab, sikap hati-hati, kerahasiaan, keramahan, analisa, kreatif, berpikir terbuka, proaktif, sabar, empati dan berorientasi pada peningkatan (diri sendiri, pasien atau sistem) .

Sehingga dapat dikatakan untuk mengukur kemampuan berpikir kritis tidak saja dari ketrampilan kognitif tetapi juga dari sikap. Melalui pengukuran yang ini akan dapat menilai kemampuan berpikir kritis seorang individu. Setiap komponen berpikir kritis dikembangkan sesuai dengan ruang lingkup dan tujuan penilaian.

Seperti penelitian Khalili & Zadeh (2003), yang melakukan penelitian menggunakan CCTST versi Persia. Pengukuran dengan menggunakan 34 pertanyaan dengan *multiple choice* untuk satu jawaban benar , dikembangkan dari lima domain ketrampilan berpikir kritis. Lima domain tersebut adalah: analisa, evaluasi, inferensi, pemikiran induktif dan deduktif. Hasil penelitiannya menunjukkan penggunaan CCTST dapat membedakan tingkat berpikir kritis seseorang.

Kemampuan berpikir kritis menjadi landasan yang penting dalam praktek keperawatan. Berbagai aktivitas dalam praktek keperawatan dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam berpikir kritis.

2.4.7. Aktivitas dan strategi yang dapat meningkatkan berpikir kritis (Rousset, 2006)

- 1) Pemecahan masalah,
- 2) Pengambilan keputusan
- 3) Penilaian klinik
- 4) Berpikir reflektif
- 5) Mempertanyakan
- 6) Dialog
- 7) Pemikiran dialektis
- 8) Konsep pemetaan
- 9) Konsep analisis
- 10) Studi kasus
- 11) Pelaporan pergantian dinas
- 12) Konferensi

Kemampuan berpikir kritis yang menjadi dasar pengambilan keputusan dalam proses keperawatan dapat ditingkatkan melalui strategi pembelajaran . Salah satunya adalah dengan proses pembimbingan. Pembimbingan diterapkan di area klinik bertujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya keperawatan.

Peran kepala ruang dalam melaksanakan fungsi manajemen, salah satunya adalah melakukan pengarahan. Pengarahan adalah pengeluaran penugasan, pesanan, dan instruksi yang memungkinkan pekerja memahami apa yang diharapkan dari seorang manajer dan pedoman serta pandangan pekerja sehingga dapat berperan efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi (Swanburg, 2000).

Peranan kepala ruang dalam pengarahan adalah sebagai pendidik, Tanggung jawab pendidik adalah memfasilitasi pembelajaran klinik bagi stafnya. Salah satu komponen berpikir kritis yang perlu dikembangkan adalah ketrampilan intelektual. Ketrampilan intelektual ini merupakan seperangkat ketrampilan yang mengatur proses yang terjadi dalam benak seseorang.

Komponen intelektual yang diperlukan pada berpikir kritis antara lain interpretasi, analisa, evaluasi, inferensi, penjelasan dan pengaturan diri (Dulds-Batthey, 1997). Masing-masing komponen tersebut dapat menjadi diajarkan oleh kepala ruang kepada perawat primer agar asuhan keperawatan yang menjadi tanggung jawab perawat primer dapat dilaksanakan sesuai sesuai dengan standar asuhan keperawatan.

Aktivitas pengarahan adalah pendelegasian, komunikasi, pelatihan dan motivasi. *coaching* atau pembimbingan adalah salah satu kegiatan pengarahan, karena *coaching* merupakan aktivitas kolaborasi, memotivasi dan membimbing.

2.5. *Coaching*

Bukti penelitian dari *The Chartered Institute of Personal Development* (CIPD) dan yang lain menunjukkan bahwa *coaching* telah menjadi suatu bentuk intervensi organisasi populer sejajar dengan program pengembangan kepemimpinan dan program-program keahlian manajemen. *Coaching* disebut sebagai metode yang paling kuat untuk pengembangan manajer (Lee, 2003).

2.5.1. Pengertian *Coaching*

Menurut Whitmore (2003) *coaching* adalah kunci pembuka potensi seseorang untuk memaksimalkan kinerjanya. *Coaching* lebih kepada membantu seseorang untuk belajar daripada mengajarnya . Grant, (1999) definisi dasar juga mengacu pada *Assosiation for coaching* (2005) sebuah proses kolaborasi yang berfokus pada solusi, berorientasi pada hasil, dan sistematis, dimana *coach* memfasilitasi peningkatan atas performa kerja, pengalaman hidup, pembelajaran diri, dan pertumbuhan pribadi dari *coachee* .

Inti dari *coaching* adalah memberdayakan orang dengan memfasilitasi pembelajaran diri, pertumbuhan pribadi, dan perbaikan kinerja. Menurut Donner & Wheeler (2009) *coaching* adalah suatu kolaborasi

dimana tindakan *coach* seperti seorang bidan, mendukung, menganjurkan dan membantu klien melalui pengalaman yang sedang dialami klien sebagai keahlian dan seseorang yang membuat itu terjadi.

Dapat dikatakan *coaching* merupakan hubungan kolaborasi antara seorang *coach* dengan *coachee*/individu, lebih berfokus pada pembinaan pada waktu yang pendek, bertujuan untuk mengembangkan ketrampilan. Pendekatan yang dilakukan *coach* tidak memberikan nasehat, mengajar atau memberi perintah tetapi lebih pada membantu seseorang, mendukung dan menganjurkan.

Kegiatan pembimbingan dapat dilakukan melalui *coaching* dan mentoring. Namun ada beberapa hal yang membedakan antara *coaching* dengan mentoring.

2.5.2. Perbedaan *Coaching* dan mentoring

Beberapa perbedaan *coaching* dan mentoring, sebagai berikut:

Coaching merupakan suatu proses pengembangan karir yang dicari oleh seorang individu dengan mengidentifikasi kebutuhan untuk mengembangkan ketrampilannya, contohnya dengan melakukan penilaian kinerja. *Coaching* hubungannya dalam waktu yang pendek, dan dapat diberikan oleh seorang manager atau orang lain yang memiliki kompetensi yang sesuai.

Mentoring hubungannya lebih panjang dan dapat diberikan oleh seorang yang sesuai. Dapat pula oleh seorang yang mempunyai pekerjaan yang sama atau seseorang yang telah memiliki keahlian yang diperlukan untuk mengembangkan staf. Merupakan hubungan profesional dan kaderisasi, memberikan tantangan dan dukungan yang memungkinkan untuk berkembang. Mentor biasanya di luar garis struktur manager dan bisa dari luar organisasi.

Lebih jelasnya perbedaan *coaching* dan mentoring pada tabel 2.2 dibawah ini

	Coaching	Mentoring
Tingkat formalitas	Lebih formal, kontrak atau aturan dasar ditetapkan	Kurang formal, kesepakatan kebanyakan diantara dua pihak
Lama kontrak	Jangka waktu lebih pendek: umumnya antara 4 - 12 kali pertemuan, yang disepakati	Jangka waktu lebih panjang, umumnya tidak disebutkan jumlah pertemuan dengan hubungan biasanya dijalani 3 sampai 5 tahun
Fokus	Lebih fokus pada kinerja, umumnya fokus lebih besar pada ketrampilan jangka pendek dan kinerja	Lebih fokus pada karir, umumnya fokus pada masalah karir jangka panjang, memperoleh pengalaman yang tepat dan pemikiran jangka panjang
Tingkat pengetahuan bidang	Lebih generalis, umumnya <i>coach</i> memiliki pengetahuan bidang terbatas	Lebih ke pengetahuan bidang, umumnya mentor memiliki pengetahuan tentang organisasi atau bidang bisnis
Pelatihan	Lebih ke pelatihan membangun hubungan, umumnya <i>coach</i> memiliki latar belakang psikologi, psikoterapi atau SDM	Lebih ke pelatihan manajemen, umumnya mentor memiliki latar belakang di manajemen senior
Fokus	Fokus ganda: umumnya ada dua fokus yaitu kebutuhan individu dan kebutuhan organisasi	Fokus tunggal: umumnya fokus pada kebutuhan individu

Sumber : Jonathan Passmore, 2010

Pelaksanaan *coaching* dalam keperawatan terbagi dalam beberapa area *coaching*.

2.5.3. Area *Coaching* dalam Keperawatan

Empat area pengembangan dimasa datang di keperawatan adalah *peer, Health dan interprofesional coaching* serta *succession planning*. (ICN,2009)

2.5.3.1. *Peer Coaching*

Peer coaching dapat digunakan untuk membantu perawat melanjutkan karier mereka dan meningkatkan kepuasan kerja. Organisasi secara kontinu melihat sebagai cara untuk mempertahankan perawat senior dan memberikan kesempatan untuk perawat junior dan untuk menawarkan bantuan praktik dan dukungan pada semua perawat. Memberikan kesempatan pada seorang perawat *coach* untuk membantu temannya bekerja di lahan klinik sebagai suatu cara mendapatkan penghargaan dan komitmen pada perawat tersebut dan memberikan dukungan kepada perawat lainnya.

2.5.3.2. *Health coaching*

Merupakan strategi yang bermanfaat bagi perawat yang membantu pasien dalam pencapaian tujuan. Semakin meningkatnya tuntutan pasien terhadap kesehatannya dan kesehatan dimasa yang akan datang dan *coaching* memungkinkan perawat menggunakan formulir yang berfokus pada komunikasi dalam pemberian asuhan yang berorientasi pada pasien.

2.5.3.3. *Interprofesional coaching*

Disini menekankan pada pendidikan dan praktik interpersonal tingkat lanjut. Tujuan akhirnya adalah perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya dapat bekerja sama dalam satu tim untuk memberikan perawatan yang komprehensif. Kerja sama yang efektif memerlukan lebih dari pada pengetahuan tentang tim, kerja tim, dan ini membutuhkan kesiapan untuk sebuah tim interprofesional untuk menciptakan dan mendukung. Seorang *coach* dapat memfasilitasi perkembangan tim sebagai anggota dalam hubungan kerja dan juga memberikan pada mereka untuk refleksi dan bertindak. Karena perawat mengetahui manfaat kerjasama ini, mereka dapat mengambil peran kepemimpinan dalam memobilisasi tim interpersonal dan menyakinkan tim mencapai tujuannya.

2.5.3.4. *Succession Planning*

Coaching dapat digunakan untuk mendukung program perencanaan suksesi dalam organisasi. *Coaching* digunakan untuk memastikan jenjang karier individu, kejelasan pembelajaran dan mengembangkan tujuan individu, dan mendukung pemimpin baru dalam masa peralihan. *Leadership succession planning programmes* menjadi kunci sukses perencanaan SDM jangka panjang.

Sumber daya keperawatan menjadi aset yang penting dalam organisasi kesehatan, berbagai kegiatan pengembangan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Salah satunya adalah dengan menerapkan *coaching* atau pembimbingan.

Hasil penelitian Sandra, dkk (2009), tentang inovasi *coaching* dan mentoring : implikasi bagi pengembangan pemimpin keperawatan. Hasilnya perkembangan yang bermakna dalam hal pengembangan karier, ketrampilan, dan kemampuan kepemimpinan. Selain itu manfaat dari *coaching* untuk kepemimpinan adalah sebagai strategi pengembangan kepemimpinan yang memiliki potensi untuk meningkatkan kinerja individu dan organisasi, mempertahankan kepemimpinan bakat, mendukung rencana suksesi dan membantu pemimpin kesehatan profesional (McNally, dkk, 2006). Hasil ini menunjukkan peran seorang pemimpin yang dapat memberikan *coaching* sebagai cara untuk meningkatkan kemampuan sebagai seorang pemimpin.

2.5.4. Dampak program *Coaching*

Coaching dan mentoring dapat menginspirasi dan memberdayakan sumber daya manusia, membangun komitmen, meningkatkan produktifitas, menumbuhkan talenta dan mencapai sukses (Olivier Serrat, 2009)

Penelitian Kushnir dkk (2008) menunjukkan dampak *coaching* pada perawat yang mendapat pelatihan motivasi adanya peningkatan ketrampilan profesional, motivasi dan *self efficacy*. *Coaching*

berkontribusi penting dalam memfasilitasi perawat dari pendidikan ke lahan kerja profesional dan sebagai bentuk pengembangan staf.

Manfaat *coaching* dapat meningkatkan kinerja individu dan organisasi, keseimbangan yang lebih baik antara pekerjaan dengan kehidupan, motivasi yang lebih tinggi, pemahaman diri yang lebih baik, pengambilan keputusan yang lebih baik dan peningkatan pelaksanaan manajemen perubahan. Seperti yang ditemukan dari beberapa riset, yang menegaskan keuntungan-keuntungan yang didapat dari *coaching* (Fillery-Travis and Lane, 2006; Jarvis. Lane and Fillery-Travis, 2006). Di Swiss, 92 persen dari pembelajaran yang ada menegaskan bahwa *coaching* memberikan pengaruh yang bermanfaat (Mindmove, 2005). *Coaching* merupakan sebuah investasi yang berharga untuk mendapatkan keuntungan dan manfaat yang lebih besar lagi.

Pelaksanaan *coaching* melalui suatu proses, karena *coaching* merupakan suatu proses kemitraan antara pembimbing/*coach* dan *coachee*/klien.

2.5.5. Proses *Coaching*

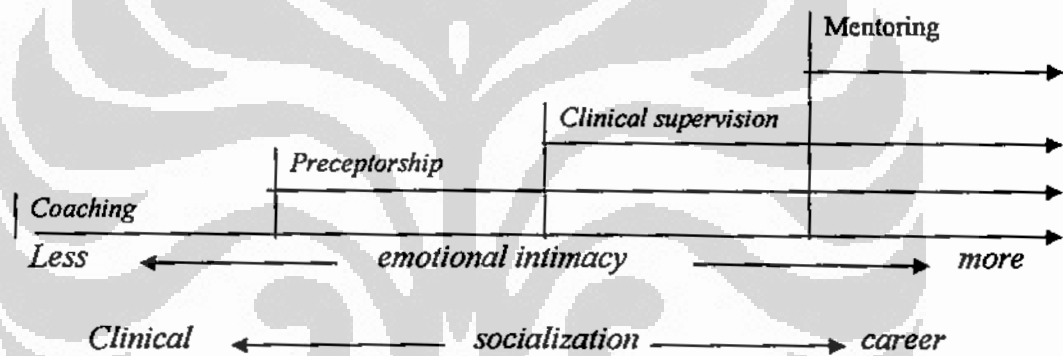
Agar dapat memfasilitasi percakapan *coaching*, seorang *coach* harus mempunyai kemampuan untuk mendengarkan, berdiskusi dan bertanya, menjelaskan nilai inti, keyakinan dan rasa dari tujuan *coaching*, mengidentifikasi kesenjangan antara visi klien dan kenyataan dan untuk mendorong, memotivasi dan bersikap tenang.

Prinsip-prinsip dasar dalam *coaching* adalah kemauan, tanggung jawab pribadi, penghargaan, penerapan, kerahasiaan, integritas, keterbukaan, fleksibilitas, dan netral. Tehnik dalam *coaching* adalah mendengarkan, mengajukan pertanyaan, mengklarifikasi, dan memberi umpan balik. Unsur utama dari *coaching* yang baik adalah

memberi umpan balik. Unsur utama dari *coaching* yang baik adalah memiliki kualitas empati, perspektif atau pandangan, fokus yang jelas, intuisi, objektif, dan kekuatan untuk memberi tantangan kepada *coachee*, memiliki ketrampilan mendengarkan, mengajukan pertanyaan dan mengklarifikasikan sesuai tujuan, strategi, dan tindakan.

Kedekatan hubungan profesional *coach* dengan *coachee* berbeda dengan hubungan yang dilakukan pada mentoring, supervisi klinik maupun preceptorship.

Gambar 2.2. hubungan peran dukungan profesional antara *coaching*, *preceptorship*, *clinical supervisi* dan mentoring



Sumber Cooper, Alison M & Palmer, 2000

Pada gambar 2.2 menunjukkan tingkatan integrasi dan kedekatan yang merupakan adaptasi lebih lanjut. Ilustrasi ini menunjukkan kedekatan emosi pada *coaching* sedikit dibandingkan dengan mentoring. Kegiatan yang dilakukan pada *coaching* lebih kearah pengembangan ketrampilan klinik sedangkan mentoring perkembangan karier.

Coaching berfokus pada masa depan, tidak memberikan nasihat, tetapi lebih kepada membantu *coachee* untuk menemukan pengetahuan dan ketrampilan yang ada dalam dirinya, kemudian memfasilitasi *coachee* tersebut untuk dapat menjadi penasihat bagi dirinya sendiri. Fokus utama *coaching* adalah meningkatkan kinerja. Ciri utama hasil *coaching* adalah perilaku yang timbul karena adanya kesadaran dan motivasi.

Proses *coaching* sebagai berikut:

1) Pengkajian

Pengkajian digunakan untuk memandu diskusi dan untuk mengembangkan rencana tindakan . ketrampilan yang digunakan meliputi motivasi , kepribadian, kekuatan dan gaya kepemimpinan

2) Perencanaan

Selama tahap perencanaan ini *coach* menjelaskan tujuan, strategi, langkah-langkah tindakan, ketepatan waktu dan memberikan penguatan. Perencanaan akan memberikan panduan langkah demi langkah untuk bertindak mencapai tujuan. Langkah-langkah tersebut disusun secara sistematis dan logis sehingga memudahkan untuk melihat kemajuan saat bergerak maju.

3) Pelaksanaan

Pada tahap ini *coach* menerapkan perencanaan dalam tindakan. Tindakan ini juga bertujuan untuk melihat apa yang berhasil dan yang tidak

4) Evaluasi

Bersama – sama *coach* mengevaluasi dan waktu untuk merevisi dan menambahkan rencana saat ini.

5) Umpan balik

Proses umpan balik terjadi terus menerus di setiap fase dan dikembangkan lebih lanjut . selama proses ini akan memberikan petunjuk, saran dan pilihan satu sama lainnya.

Proses *coaching* ini seperti suatu siklus yang terus menerus, sampai pada suatu kemandirian dari *coachee*. Oleh karenanya pelaksanaan *coaching* ,akan memberikan hasil pada tingkat individu, kelompok maupun organisasi baik jangka pendek maupun jangka panjang .

2.5.6. Potensial hasil dari *coaching*, baik jangka pendek maupun jangka panjang

Hasil yang dapat diidentifikasi pada tingkat individu, kelompok, ataupun organisasi sebagai berikut:

2.5.6.1. Tingkat individu:

- 1) Kesadaran dan refleksi diri yang lebih baik
- 2) Peningkatan kinerja individu
- 3) Komitmen dan motivasi yang lebih tinggi
- 4) Kemampuan memimpin (kepemimpinan) yang lebih baik
- 5) Pertumbuhan pribadi
- 6) Keseimbangan kualitas kehidupan kerja dan di luar kerja yang lebih baik
- 7) Kejelasan maksud dan pengertian
- 8) Proses manajemen perubahan yang lebih baik
- 9) Perbaikan komunikasi dan hubungan
- 10) Pengimplementasian ketrampilan yang didapatkan secara efisien
- 11) Pengembangan diri secara berkesinambungan

2.5.6.2. Tingkat Kelompok

- 1) Pengembangan kinerja atau efisiensi kelompok
- 2) Tujuan dan visi pengembangan yang lebih jelas
- 3) Pengembangan semangat tim dan manajemen konflik
- 4) Hubungan dan komunikasi yang lebih baik
- 5) Penciptaan sinergi
- 6) Motivasi yang lebih tinggi
- 7) Pengembangan potensi kelompok

2.5.6.3. Tingkat Organisasi

- 1) Pengembangan kinerja organisasi
- 2) Keuntungan atau pengembangan modal atau produktivitas atau penjualan yang lebih tinggi
- 3) Motivasi dan kepuasan kerja karyawan yang lebih baik
- 4) Berkurangnya tingkat absensi karyawan
- 5) Menjadi bagian dalam nilai dan perilaku organisasi
- 6) Fleksibilitas atau kemampuan berubah yang lebih baik
- 7) Komunikasi yang lebih efektif
- 8) Budaya organisasi yang lebih terbuka dan produktif

- 9) Kesadaran akan pembelajaran organisasi
- 10) Pelatihan dan pengembangan yang berkesinambungan

Kegiatan *coaching* dapat diterapkan dalam keperawatan. Fokus dari *coaching* adalah memberikan konsultasi, dukungan, pembimbingan dan motivasi. Prinsip pelaksanaan *coaching* hampir sama dengan pengarahan.

2.5.7. Peran *coaching* dalam keperawatan

Peran ketua tim sering memberikan *coaching* pada anggota tim yang memiliki sedikit pengalaman untuk melibatkan semua anggota tim dalam pengambilan keputusan dan mendukung tim. Whithworth dkk (1998) menggambarkan *coaching* sebagai proses kolaborasi yang berfokus pada tindakan yang menggerakkan individu ke depan melalui proses belajar dan hasilnya membantu orang mencapai tujuan. Pembelajaran dapat dikaitkan dengan ketrampilan kerja, penjelasan tentang prosedur kerja organisasi/protokol, menemukan tantang baru , meningkatkan efisiensi dan produktivitas kerja atau isu-isu lain yang khusus di organisasi.

Coaching menggantikan gaya kepemimpinan yang lama, dimana pemimpin menjelaskan pada anggota stafnya apa yang dilakukan dengan suatu gaya dimana pemimpin membantu anggota untuk belajar mengatasi situasi sendiri dengan demikian akan dapat membangun suatu tim yang lebih kuat. Pemimpin lebih pada peran mengarahkan dan mensupervisi. *Coaching* merupakan hubungan kerja kemitraan antara *coach* dan staf . Hubungan ini memiliki batasan waktu dan berfokus pada komunikasi yang membantu staf mencapai tujuan. *Coaching* bukan proses memberikan saran, bukan mengajarkan atau mengarahkan.

Bagi kepala ruang *coaching* bermanfaat sebagai bentuk pembinaan yang digunakan dalam bidang kerjanya, dan sesuai dengan fungsi

pengawasan dan pendampingan bagi stafnya. Ducharme (2004) menggambarkan *coaching* sebagai pendekatan perilaku kognitif. Melalui *coaching*, kepala ruang dapat melihat apa yang perawat lakukan dan bagaimana perawat berpikir tentang apa yang dilakukan.

Pada peran *coaching*, perawat yang lebih senior mendukung dan melatih peserta didik atau perawat junior, memberikan penguatan yang positif serta informasi. Pada perawat yang kurang berpengalaman, seorang *coach* akan mengatakan apa yang harus dilakukan, *coach* mungkin bertanya bagaimana rencana mereka untuk mengatasi masalah dan kemudian membantu memperbaiki rencana sehingga keberhasilan akan terwujud. Kegiatan pembelajaran dengan mengajukan pertanyaan reflektif dan memberikan umpan balik. Strategi pembelajaran aktif ini memungkinkan setiap orang berpartisipasi dan dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis yang pada akhirnya dapat mengambil keputusan yang berfokus pada penyelesaian masalah.

Coaching dapat berupa konsultasi, pendidikan, motivasi atau kombinasi dari ketiganya. Seorang Individu yang menerima peran *coaching* harus tetap memiliki kualitas tertentu. Individu ini harus kompeten dan stabil secara emosional. Ia harus bersedia untuk mengambil risiko, jujur dan kredibel, berkomunikasi dengan jelas, dan memiliki energi dan antusiasme. Melalui *coaching*, kemampuan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan dapat ditingkatkan.

Penelitian Price et al (2009) menunjukkan adanya kontribusi *coaching* dari perawat senior untuk membantu rekan-rekannya mengembangkan ketrampilan klinis mereka. Juga memperlihatkan *coaching* dapat digunakan sebagai kerangka kerja analisa praktek ketrampilan. *Coaching* berfokus pada apa yang perawat lakukan dan bagaimana individu berpikir tentang apa yang dilakukan.

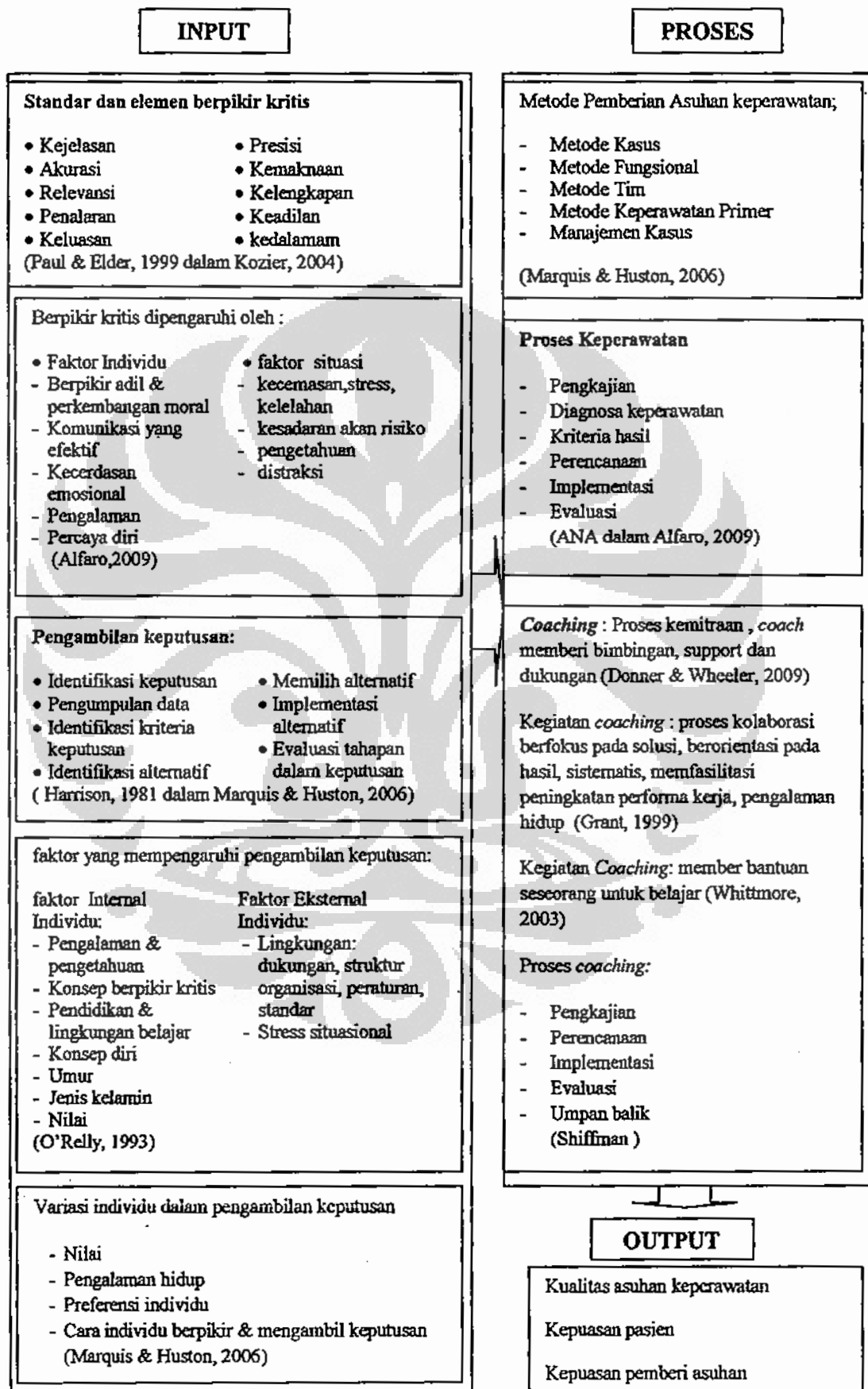
Seperti yang diungkapkan Frisch (2001) bahwa *coaching* sebagai hubungan kepercayaan antar individu yang ditujukan untuk mendorong pembelajaran dan pertumbuhan profesional. Pendekatan *coaching* memiliki potensi untuk membantu orang lain untuk mengeksplorasi kepekaan, mengapa mereka bertindak seperti yang lakukan dan bagaimana memahami hal-hal dengan cara yang berbeda dan dapat memperbaiki praktek. *Coaching* membantu praktisi untuk mengarahkan diskusi tentang pemikirannya dan perilaku organisasi dan konteks praktek profesional. Keberhasilan *coaching* dapat dilihat dari bagaimana penalaran dan perilaku telah berubah.

Kegiatan pembelajaran yang dapat dikembangkan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan adalah melalui pembahasan kasus atau *problem base learning* (PBL). PBL memfasilitasi individu untuk membagikan pendapatnya dengan yang lain, menganalisa situasi dengan cara yang berbeda dan berpikir lebih banyak kemungkinan untuk pemecahan masalah.

Penelitian Celia & Gordon (2001) yang mengkaji 26 perawat baru terhadap program PBL menunjukkan PBL meningkatkan kolaborasi kelompok yang dinamis, tehnik pemecahan masalah dan ketrampilan berpikir kritis. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Yuan dkk (2008) pada penelitian ini menunjukkan adanya peningkatan kemampuan berpikir kritis pada siswa yang diberikan PBL pada semester pertama.

Kerangka teori penelitian tentang berpikir kritis dan kemampuan berpikir kritis perawat primer dengan pendekatan manajemen keperawatan yang terdiri dari input, proses dan output, seperti pada skema 2.3.

Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer dengan Pendekatan Sistem Manajemen Keperawatan



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep, variabel penelitian, hipotesa penelitian dan definisi operasional yang diteliti:

3.1. Kerangka Konsep

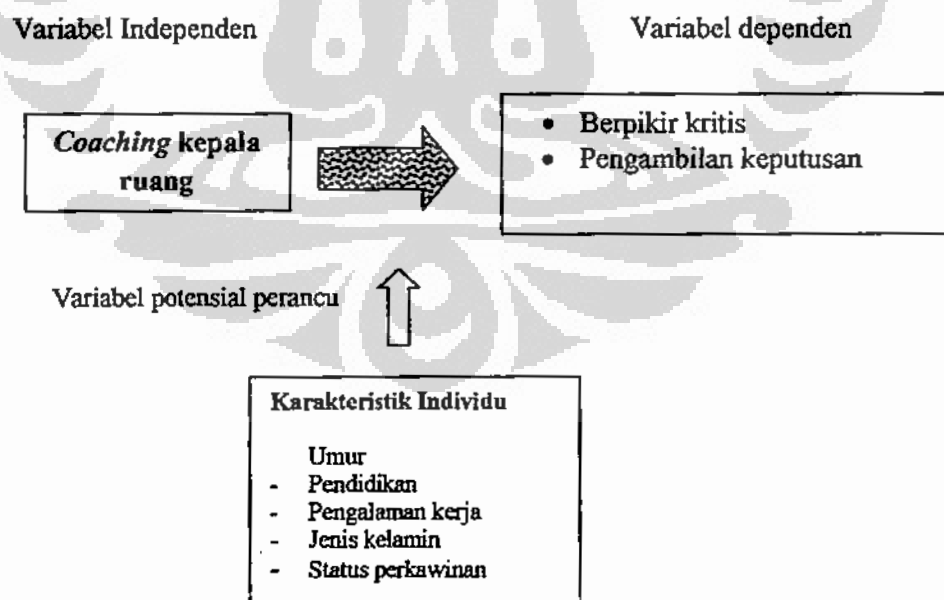
Kerangka konsep penelitian adalah kerangka kerja penelitian yang diambil dari kerangka teori penelitian. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan .

Coaching yang digunakan dalam penelitian ini adalah proses kemitraan, *coach* memberi bimbingan , support dan dukungan menurut Donner & Wheeler (2009). Hubungan kerja ini memiliki batas waktu dan berfokus pada komunikasi yang membantu staf tersebut mencapai tujuan. *Coaching* dapat membantu perawat berkomunikasi dan menjalin hubungan profesional yang memperkuat pengembangan diri dan komitmen kerja staf. Dapat dikatakan bahwa proses *coaching* merupakan suatu cara pembelajaran yang tepat untuk peningkatan kemampuan perawat . Sebagai seorang manajer, kepala ruang melaksanakan fungsi manajemen untuk memberikan pembimbingan bagi stafnya. Salah satunya adalah kepada perawat primer yang menjadi tanggung jawabnya.

Melalui metode tim primer, perawat primer mempunyai tanggung jawab mengelola pasien dari masuk sampai pulang melalui asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan. Asuhan keprawatan yang diberikan pada pasien menggunakan proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan suatu metode yang sistematis dalam merencanakan dan memberikan perawatan pada pasien (Kozier, 2004). Proses keperawatan merupakan suatu bentuk pengambilan keputusan perawat primer dalam memberi respon terhadap kebutuhan pasien baik aktual maupun potensial.

Tahapan dalam pengambilan keputusan sesuai dengan tahapan dari proses keperawatan. Menurut Harrison (1981 dalam Marquis & Huston, 2006), proses pengambilan keputusan adalah mengidentifikasi keputusan, pengumpulan data, identifikasi kriteria keputusan, identifikasi alternatif, memilih alternatif, implementasi alternatif dan evaluasi tahapan dalam keputusan. Sedangkan setiap tahapan proses keperawatan memerlukan kemampuan berpikir kritis.

Standar dan elemen dari berpikir kritis Paul & Elder (1999) dalam Kozier (2004) yaitu kejelasan, akurasi, relevansi, penalaran, keluasan, presisi, kemaknaan, kelengkapan keadilan dan kedalam berpikir. Keterampilan ini diperlukan agar keputusan yang diambil sesuai dengan permasalahan yang dihadapi dan dapat memperkirakan risiko yang akan terjadi. Berdasarkan fenomena yang terjadi di rumah sakit yang akan diteliti, maka peneliti melakukan intervensi berupa bimbingan penerapan panduan *coaching* yang berhubungan dengan proses keperawatan. Kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1. berikut:



Berdasarkan skema diatas, dapat diuraikan variabel independen dan variabel dependen:

3.2. Variabel Penelitian

3.2.1. Variabel Independen

Variabel independen pada penelitian ini adalah *coaching* yang dilakukan oleh kepala ruang kepada perawat primer.

3.2.2. Variabel Dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah berpikir kritis dan pengambilan keputusan

3.2.3. Variabel Potensial Perancu

Variabel potensial perancu pada penelitian ini adalah karakteristik individu terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan.

3.3. Hipotesis

3.3.1. Hipotesis statistik (H_0)

Tidak ada pengaruh panduan *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC.

3.3.2. Hipotesis Penelitian (H_a)

3.3.2.1. Hipotesis mayor

Ada pengaruh panduan *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC.

3.3.2.2. Hipotesis minor

- 1) Ada perbedaan kemampuan berpikir kritis perawat primer dalam proses keperawatan yang diberikan *coaching* kepala ruang terhadap kelompok intervensi dibandingkan kelompok tanpa pemberian *coaching* di ruang rawat inap PKSC.
- 2) Ada perbedaan kemampuan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan yang diberikan *coaching* oleh

kepala ruang terhadap kelompok intervensi dibandingkan kelompok tanpa pemberian *coaching* di ruang rawat inap PKSC.

- 3) Ada potensial perancu karakteristik perawat primer (umur, pendidikan, pengalaman kerja, jenis kelamin, status perkawinan) terhadap kemampuan berpikir kritis dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC.
- 4) Ada potensial perancu karakteristik perawat primer (umur, pendidikan, pengalaman kerja, jenis kelamin, status perkawinan) terhadap kemampuan pengambilan keputusan dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC.

3.4. Definisi Operasional

Tabel 3.1.

Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel/ subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	skala
Dependen					
1	Kemampuan berpikir kritis	Kemampuan bagaimana perawat mampu berpikir sistematis dan menerapkan standar intelektual dan menganalisa proses pikir, yang terdiri dari: Kejelasan, akurasi, relevansi, penalaran, luas, presisi, kemaknaan, keadilan dan kedalaman berpikir.	Mengisi lembar kuesioner yang berisi pertanyaan dengan <i>multiple choice</i> terdiri dari 17 item. Setiap item diukur dengan nilai 1 bila jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban salah	1. Berpikir kritis baik bila hasil \geq 11 (median) 2. Berpikir kritis kurang bila hasil < 11 (median)	Ordinal
2	Kemampuan pengambilan keputusan	Proses kognitif yang menggambarkan sebagai memilih tindakan tertentu untuk menilai atau mengatasi masalah yang mencakup pengetahuan, pengalaman, kemampuan menganalisa masalah dan menentukan solusi.	Mengisi lembar kuesioner yang berisi pertanyaan terdiri dari 20 item. Pertanyaan positif dengan skala likert, dengan scoring 1= tidak pernah 2= kadang-kadang 3= sering	1. Pengambilan keputusan baik bila hasil \geq 66 (median) 2. Pengambilan keputusan kurang, apabila hasil < 66 (median)	Ordinal

No	Variabel/ subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	skala
			4= selalu Sedangkan untuk pertanyaan negatif 4= tidak pernah 3= kadang-kadang 2= sering 1= selalu		
Independen					
3	<i>coaching</i> kepala ruang	Kegiatan yang dilakukan untuk memberikan pembimbingan oleh kepala ruang terhadap perawat primer	Melaksanakan tahapan penerapan <i>coaching</i> , yaitu pengkajian, perencanaan, penerapan, evaluasi dan umpan balik	0: kelompok kontrol 1: kelompok intervensi	Nominal
4	Karakteristik Perawat Primer				
a	Umur	Masa kehidupan perawat yang dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir saat pengambilan data dilakukan	Mengisi kuesioner pertanyaan umur responden	umur dinyatakan dalam satuan tahun	interval
b	Jenis kelamin	Status fisik perawat yang dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan, dan dibawa sejak lahir	Mengisi kuesioner pertanyaan jenis kelamin responden	1= laki-laki 2= perempuan	Nominal
c	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal terakhir di bidang keperawatan yang diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi serta ada bukti tertulis	Mengisi kuesioner pertanyaan tingkat pendidikan responden di PKSC	1= DIII Kep 2 = S1 Kep	Ordinal
d	Pengalaman kerja	Lamanya bekerja perawat terhitung sejak pertama kali bekerja di rumah sakit terakhir	Mengisi kuesioner pertanyaan pengalaman kerja responden di PKSC	dalam satuan tahun	interval
e	Status perkawinan	Status perkawinan perawat yang diakui pemerintah dan agama, saat pengambilan data	Mengisi kuesioner pertanyaan status perkawinan	1= belum menikah 2= sudah menikah	Nominal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan mengenai metodologi penelitian, termasuk desain penelitian yang digunakan, populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur data dan analisa data.

4.1. Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experiment with control group posttest only* (Notoatmodjo, 2002). Pada desain ini terdapat satu kelompok yang diberi intervensi dan kelompok kontrol (yang tidak diberi perlakuan) . Pengukuran dilakukan setelah selesai intervensi (perlakuan) terhadap variabel dependen (*posttest only*).

Pada penelitian ini, peneliti mencari pengaruh panduan *coaching* yang dilakukan oleh kepala ruang kepada perawat primer terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam proses keperawatan. Penelitian ini melibatkan 2 kelompok yang terbagi menjadi kelompok intervensi yaitu perawat primer yang diberi *coaching* oleh kepala ruang dan kelompok kontrol yaitu perawat primer dengan kepala ruang yang melakukan fungsi manajemen keperawatan . Sedangkan karakteristik individu merupakan variabel perancu, untuk melihat kontribusi karakteristik individu terhadap kemampuan perawat primer berpikir kritis dan pengambilan keputusan .

Rancangan penelitian dapat dilihat pada gambar 4.1

Kelompok Intervensi	X	O1
Kelompok Kontrol		O2

Keterangan:

O1 = Hasil pengukuran kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan pada kelompok perawat primer yang diberi *coaching* oleh kepala ruang.

O2 = Hasil pengukuran kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan pada kelompok perawat primer yang mendapat pengarahan rutin dari kepala ruang .

X = intervensi *coaching* oleh kepala ruang terhadap perawat primer

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat primer di ruang rawat inap (responden)

Responden (Perawat Primer) adalah seluruh perawat primer yang bekerja di 5 ruang rawat inap medikal bedah dengan jumlah 82 perawat primer sebagai kelompok intervensi. Sedangkan responden untuk kelompok kontrol adalah perawat primer yang ada di 3 ruang interne dan 2 ruang perawatan anak dan 1 ruang Psikiatri PKSC, jumlah perawat primer 82 orang.

Sedangkan kepala ruang yang melakukan intervensi pada perawat primer adalah 5 kepala ruang di ruang medikal bedah . Sedangkan 6 kepala ruang lainnya menerapkan fungsi manajemen bangsal . Sehingga semua kepala ruang kelompok intervensi dan kontrol tetap menjalankan fungsi manajemen, hanya penekanan pada fungsi pengarahan pada kelompok intervensi lebih difokuskan pada menerapkan panduan *coaching*.

4.2.2. Sampel

Sampel yang digunakan adalah *total Sampling* . Sampel didasarkan pada kriteria inklusi, yaitu karakteristik umum sampel penelitian dari suatu populasi yang terjangkau dan layak untuk diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

4.2.2.1. Responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Perawat Primer)

Kriteria inklusi pada Perawat Primer adalah: 1) Perawat Primer di unit rawat inap PK. Sint Carolus, 2) tidak sedang cuti kerja (cuti sakit, cuti melahirkan atau cuti tahunan, 3) tidak sedang menjadi responden untuk penelitian lain, 4) bersedia menjadi responden yang dibuktikan dengan surat kesediaan menjadi responden.

Penghitungan estimasi besar sampel dilakukan untuk dapat mewakili populasi sehingga hasil penelitian dapat digeneralisasikan. Menurut Sastroasmoro dan Ismael (2008) bahwa estimasi besar sampel untuk proporsi suatu populasi perlu dilakukan dengan perhitungan rumus:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan:

n= Jumlah sampel

N= Jumlah populasi

d= tingkat kepercayaan yang diinginkan (0,05)

maka dari rumus tersebut diperoleh hasil data sebagai berikut:

$$n = \frac{82}{1 + 82(0,05)^2}$$

$$n = 68,04 = 68 \text{ sampel}$$

Agar dapat mengantisipasi kemungkinan subyek yang terpilih yang *drop out* atau subyek yang tidak taat, maka dilakukan penghitungan penambahan subyek sebesar 10%, sehingga estimasi jumlah sampel untuk kelompok intervensi adalah $74,8 = 75$ responden.

Jumlah minimal perawat primer yang dibutuhkan sebagai sampel untuk kelompok intervensi adalah 75 perawat

primer dan 75 perawat primer untuk kelompok kontrol. Penelitian ini menggunakan *total sampling*, sehingga jumlah perawat primer pada kelompok intervensi 82 orang dan kelompok kontrol 82 orang. Penghitungan ini dilakukan untuk menggeneralisir saja, artinya apabila jumlah sampel minimal yang diperoleh peneliti sebesar 150 perawat primer (intervensi dan kontrol), maka sudah dapat mewakili populasi penelitian. Saat dilakukan penelitian, jumlah total perawat primer adalah kelompok intervensi 82 perawat dan kelompok kontrol 82 perawat.

Pada penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 77 perawat primer pada kelompok intervensi dan 77 perawat primer pada kelompok kontrol. Sisanya sebanyak 10 perawat tidak memenuhi kriteria inklusi dengan alasan 7 perawat sedang cuti (cuti panjang, cuti sakit) dan 3 perawat tidak bersedia mengisi kuesioner.

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap medikal bedah, ruang perawatan anak dan ruang perawatan Interne dan psikiatri PKSC, Jakarta. Alasan pemilihan lokasi penelitian ini adalah rumah sakit sedang berusaha untuk meningkatkan mutu sumber daya keperawatan melalui peningkatan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan. Berdasarkan hasil angket evaluasi kenaikan peringkat fungsi pada bulan Oktober 2009 dan ruang rawat inap medikal bedah menggunakan metode pemberian asuhan dengan metode Tim Primer.

Spesifikasi pemilihan tempat untuk yang intervensi adalah ruangan medikal bedah dewasa dengan alasan pemberian asuhan keperawatan menggunakan metode tim primer dan aktivitas keperawatan yang memerlukan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang cepat terutama pada kasus bedah, *turn over* pasien yang cepat. Sedangkan untuk kelompok kontrol

adalah ruangan yang mempunyai karakteristik hampir sama menggunakan tim primer, yaitu ruang perawatan interne, anak dan psikiatri.

4.4. Waktu Penelitian

Adapun pengumpulan data penelitian dilaksanakan setelah bimbingan bagi kepala ruang tentang penerapan panduan *Coaching* pada tanggal 17 Mei - 07 Juni 2010. Pengumpulan data dengan penyebaran kuesioner *post test* terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer kepada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dilaksanakan pada tanggal 8- 14 Juni 2010. Jadwal penelitian ini terinci dengan lengkap pada jadwal kegiatan penelitian (*lampiran 1*)

4.5. Pertimbangan Etika

Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan pembimbing tesis FIK UI dan lolos uji dari komisi etik FIK UI. Selanjutnya setelah mendapat surat lolos uji etik (*lampiran 3*), mengajukan surat pengajuan ijin ke Direktur Utama PKSC, Jakarta (*lampiran 8*)

Sebelum pengambilan data penelitian dilakukan dengan kuesioner, responden diberikan informasi tentang tujuan dan manfaat penelitian. Setiap responden diberikan kebebasan untuk memberikan persetujuan atau menolak untuk menjadi subyek penelitian dengan cara menandatangani *informed consent* yang telah disiapkan oleh peneliti.

Prinsip etik pada penelitian ini (Hamid, 2008) :

4.5.1. Prinsip *beneficence*

Kelompok responden dan intervensi mendapatkan manfaat dari penelitian ini. Intervensi yang dilakukan tidak menimbulkan bahaya bagi kelompok intervensi maupun responden, karena berupa pelatihan dan bimbingan.

4.5.2. Prinsip menghargai martabat manusia (*respect human dignity*)

4.5.2.1. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to self determination*)

Responden mempunyai hak otonomi untuk memutuskan berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian. Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti yang berisi prosedur penelitian, manfaat penelitian yaitu mendapatkan pengetahuan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan. Sedangkan risikonya tidak ada karena intervensi tidak mempunyai dampak yang membahayakan bagi responden, responden diberi kesempatan untuk memberikan persetujuan atau menolak berpartisipasi dalam penelitian. Responden dapat mengundurkan diri dari penelitian tanpa ada konsekuensi apapun.

4.5.2.2. Hak untuk mendapatkan penjelasan lengkap (*right to full disclosure*)

Responden mendapatkan penjelasan yang lengkap tentang prosedur penelitian dan memberi kesempatan untuk bertanya. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang dilakukan serta dampak yang mungkin akan terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Setelah itu responden berhak untuk memutuskan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini. Kesiediaan responden dalam penelitian ini dibuktikan dengan menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang disiapkan peneliti. Bila responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya tanpa ada konsekuensi. (*lampiran 5*)

4.5.3. Prinsip mendapatkan keadilan (*right to justice*)

4.5.3.1. Hak untuk mendapatkan tindakan yang adil (*right in fair treatment*)

Prinsip *right in fair treatment* dilaksanakan peneliti dengan memberikan intervensi sesuai kesepakatan yang tertuang dalam *informed consent*. Kelompok Intervensi dengan kepala

ruang yang mendapatkan intervensi bimbingan tentang penerapan panduan *coaching*. Kelompok kontrol dengan kepala ruang yang menerapkan manajemen keperawatan . Sehingga kedua kelompok tetap ada tindakan dari kepala ruangan. Pada dasarnya semua kepala ruang telah mendapatkan materi tentang *coaching* pada tanggal 18 Maret 2010. Selain itu semua kepala ruang menerapkan fungsi manajemen, salah satunya adalah pengarahan. Hanya pada kelompok intervensi fungsi pengarahan lebih dititikberatkan pada panduan *coaching*. Oleh karena itu semua perawat primer tetap mendapatkan pengarahan dari kepala ruang. Sedangkan kepala ruang pada kelompok kontrol akan mendapat pelatihan penerapan *coaching* selesai sosialisasi hasil tesis di tingkat direktorat keperawatan.

4.5.3.2. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy and confidentiality*)

Peneliti mempertahankan prinsip *privacy* dengan cara tidak mencantumkan nama responden dalam lembar kuesioner (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*) sebagai gantinya peneliti menggunakan kode nomor pada setiap kuesioner responden. Agar dapat membedakan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, maka kuesioner kelompok intervensi diberi kode A diikuti nomor urut (A1, A2 , dst) sedangkan kelompok kontrol kode B diikuti nomor urut (B1, B2, dst).

4.5.3.3. *Informed Consent*

Informed consent adalah informasi yang diberikan kepada subyek tentang penelitian yang dilakukan, subyek dapat memahami informasi tersebut, dan memiliki kebebasan memilih untuk menyetujui atau menolak berpartisipasi dalam penelitian (Pollit & Hungler, 1999). Penerapan *informed consent* pada penelitian ini adalah setelah penjelasan tentang penelitian yang diberikan oleh peneliti dan responden telah

memahami isi, tujuan, dan manfaat penelitian serta responden bersedia untuk berpartisipasi, maka responden menandatangani surat pernyataan persetujuan sebagai responden (*lampiran 5*)

4.6. Alat Pengumpul data

Pengumpulan data adalah suatu proses penetapan subyek dan pengumpulan data yang diperlukan untuk penelitian (Hamid, 2008).

4.6.1. Kuesioner untuk Perawat Primer

Pada penelitian ini pengumpulan data menggunakan kuesioner, yang terdiri dari 2 bagian yaitu formulir A berisi karakteristik responden (*lampiran*) dan formulir B berisi kuesioner tentang berpikir kritis dan pengambilan keputusan (*lampiran*). Kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti dengan mengacu pada teori variabel penelitian.

4.6.1.1. Formulir A

Formulir A berisi tentang karakteristik responden sebagai data primer. Karakteristik responden yang diperlukan adalah faktor potensial perancu terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan. Faktor tersebut meliputi : umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan. Kuesioner dibuat oleh peneliti.

4.6.1.2. Formulir B

Formulir B tentang pengukuran berpikir kritis dan pengambilan keputusan

1) Berpikir kritis

Berpikir kritis merupakan data primer. Kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti dengan mengembangkan konsep berpikir kritis dari Paul & Elder (1999 dalam Koziar, 2004). Alat pengumpul data yang digunakan untuk mengukur kemampuan berpikir kritis perawat primer yang memuat standar dan elemen berpikir kritis (Paul & Elder, 1999 dalam Koziar, 2004), terdiri dari kejelasan, akurasi, relevansi, penalaran, keluasan, presisi, kemaknaan,

kelengkapan, keadilan dan kedalaman berpikir yang terintegrasi dalam proses keperawatan.

Instrumen berpikir kritis terdiri dari 17 item pada kuesioner disusun peneliti dalam bentuk pernyataan positif dan negatif. Pengukuran dengan menggunakan *multiple choice* yang berisi lima pilihan jawaban. Setiap jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 0. Hasil ukur dikategorikan sebagai berpikir kritis baik, apabila ≥ 11 (median). Sedangkan berpikir kurang, apabila kurang dari < 11 (median)

Adapun sebaran pertanyaan terbagi dalam matrik berikut ini dalam tabel 4.1 :

Tabel 4.1
Sebaran pertanyaan berpikir kritis

Pengukuran Variabel	Pertanyaan nomor soal		Jumlah soal
	Positif	Negatif	
Standar & elmen berpikir kritis			
a. Kejelasan	9		1
b. akurasi	1, 17		2
c. relevansi	7,16	19	3
d. penalaran	5	11,20	3
e. keluasan	2		1
f. presisi	6		1
g. kemaknaan	3		1
h. kelengkapan		13	1
i. keadilan	4, 18		2
j. kedalaman	15	8	2
Total pertanyaan	12	5	17

2) Pengambilan keputusan

Data yang dikumpulkan adalah data primer. Kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti dengan mengembangkan konsep pengambilan keputusan dari Harrison (1981 dalam Marquis & Huston, 2006). Alat untuk mengukur kemampuan pengambilan keputusan, memuat unsur-unsur proses pengambilan keputusan yang terdiri dari

mengidentifikasi masalah, pengumpulan data, mengidentifikasi kriteria keputusan, identifikasi alternatif, memilih alternatif, implementasi alternatif dan evaluasi tahapan dalam keputusan.

Semua item pada kuesioner disusun dalam bentuk pernyataan positif dan negatif.

Adapun sebaran pertanyaan terbagi dalam matrik berikut ini dalam tabel 4.2 :

Tabel 4.2

Sebaran pertanyaan pengambilan keputusan

Pengukuran Variabel	Pertanyaan nomor soal		Jumlah soal
	Positif	Negatif	
Kemampuan pengambilan keputusan			
a Mengidentifikasi masalah	3,17		2
b Pengumpulan data	2		1
c Membuat kriteria	13,15,16,23		4
d Mencari alternatif solusi	11,18		2
e Memilih alternatif	14,25	9,10,20	5
f Implementasi alternatif	5		1
g Evaluasi alternatif	8,12,19,22	6	5
Total Soal	16	4	20

Pengukuran menggunakan lembar kuesioner dengan empat kriteria skala yang diasumsi mempunyai interval sama untuk pertanyaan positif (*Favourable*), yaitu:

1. Selalu, selalu konsisten > 75 % pernyataan tersebut dilakukan, diberi nilai 4
2. Sering, menunjukkan >50%-75% pernyataan tersebut sering dilakukan, diberi nilai 3
3. Kadang, menunjukkan $\geq 25\%$ - 50% pernyataan tersebut kadang dilakukan, diberi nilai 2.
4. Tidak Pernah, menunjukkan < 25 %, pernyataan tersebut hampir tidak pernah dilakukan, diberi nilai 1

Sedangkan kriteria skala untuk pernyataan negatif (*Unfavourable*), yaitu:

1. Selalu, selalu konsisten > 75 % pernyataan tersebut dilakukan, diberi nilai 1
2. Sering, menunjukkan >50%-75% pernyataan tersebut sering dilakukan, diberi nilai 2
3. Kadang, menunjukkan $\geq 25\%$ - 50% pernyataan tersebut kadang dilakukan, diberi nilai 3.
4. Tidak Pernah, menunjukkan < 25 %, pernyataan tersebut hampir tidak pernah dilakukan, diberi nilai 4.

Hasil ukur kemampuan pengambilan keputusan baik, apabila ≥ 66 (median) Sedangkan kemampuan pengambilan keputusan kurang, apabila < 66 (median).

4.6.2. Uji coba instrumen

Sebelum data untuk penelitian yang sebenarnya dikumpulkan, terlebih dahulu dilakukan pengujian terhadap alat ukur. Alat ukur yang telah disusun diuji cobakan kepada individu yang memiliki karakteristik seperti kriteria inklusi. Hasil uji coba dianalisis dengan menggunakan korelasi *Pearson Product Moment*. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya, r hitung lebih besar dari r tabel, artinya variabel valid, namun bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka variabel tidak valid (Hastono, 2007)

Uji *reliabilitas* dilakukan pada alat ukur yang telah dinyatakan valid .. Suatu alat ukur dapat diandalkan bila memiliki kekonsistensian dalam pengukuran, dan apabila digunakan berulang kali akan memberikan hasil yang relatif sama. Untuk mengetahui reliabilitasnya dengan cara membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. dalam uji reliabilitas

sebagai hasil adalah nilai "Alpha". ketentuannya bila $r_{\text{Alpha}} > r_{\text{tabel}}$, maka pernyataan/pertanyaan dinyatakan reliabel (Hastono, 2007)

Instrumen diujicobakan pada 30 responden, yaitu perawat yang mempunyai kemampuan setara dengan perawat primer. Perawat dengan kualifikasi minimal lulusan D III dengan pengalaman kerja ≥ 5 tahun, S1 keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 2 tahun, sebagai Ka Tim/pengganti Ka Tim atau sebagai penanggung jawab shif. Perawat yang bekerja di ruang rawat inap medikal bedah di RS PGI Cikini, Jakarta dengan pertimbangan bahwa rumah sakit tersebut adalah rumah sakit swasta tipe B dengan karakteristik yang hampir sama dengan PK. Sint Carolus (*lampiran*)

Uji coba instrumen dilakukan pada tanggal 14 s.d. 17 Mei 2010, kemudian dilakukan analisa melalui uji statistik dengan *Pearson Product Moment*. Hasil menunjukkan bahwa ada 3 pertanyaan tentang berpikir kritis dan 5 pernyataan tentang pengambilan keputusan yang tidak valid. Sedangkan untuk melihat pertanyaan tersebut reliabel dilihat pada *Alpha Cronbach* 0,910 dan pernyataan reliabel pada *Alpha Cronbach* : 0,903. Hal ini menunjukkan bahwa pertanyaan/pernyataan tersebut reliabel. Pertanyaan/pernyataan yang tidak valid dibuang, karena sudah ada pertanyaan/pernyataan lain yang dapat mewakili. Pada akhirnya jumlah pertanyaan tentang berpikir kritis 17 soal dan 20 pernyataan tentang pengambilan keputusan. Rangkuman hasil analisis validitas dan reliabilitas kuesioner dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3.

Hasil Analisis Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan

Variabel	Pertanyaan sebelumnya	Pertanyaan sesudahnya	Validitas	Reliabilitas
Berpikir Kritis	20 item	17 item	0,379 – 0,708	0,910
Pengambilan keputusan	25 item	20 item	0,399 – 0, 703	0,902

4.7. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan yang dilakukan dalam penelitian ini setelah dinyatakan lolos etik adalah sebagai berikut :

4.7.1. Prosedur Administrasi

4.7.1.1. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Direktur Utama PK Sint Carolus (*lampiran 8*)

4.7.1.2. Setelah mendapat ijin, peneliti berkoordinasi dengan Biro Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (BPM-KP) , Direktur Keperawatan dan komite Keperawatan untuk melaksanakan pelatihan. Peneliti menyampaikan akan ada penelitian tentang pengaruh panduan *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer di ruang rawat inap. Selanjutnya peneliti membuat jadwal pertemuan dengan kepala ruang yang akan dijadikan kelompok intervensi, yaitu 5 ruangan medikal bedah .

4.7.2. Prosedur Tehnis

Pelatihan tentang konsep *Coaching* diberikan pada tgl 18 Maret 2010 oleh Dosen FIK UI, kepada semua kepala ruang dan supervisor klinik ruang rawat inap dan rawat jalan PKSC .

Pada tanggal 17 Mei 2010 diadakan pertemuan untuk mereview materi tentang *coaching* dan penerapan panduan *coaching* di ruang rapat IV PKSC. Sebagai penanggung jawab pertemuan adalah staf komite keperawatan bidang pengembangan keperawatan. Materi pelatihan disiapkan oleh peneliti. Metode yang digunakan adalah ceramah, diskusi dan *role play* tentang penerapan panduan *coaching*. Pertemuan berlangsung selama 2 jam, dan semua kepala ruang yang hadir aktif dalam diskusi maupun *role play*

Selanjutnya pembimbingan penuh selama 30 - 60 menit untuk masing-masing kepala ruang pada tanggal 18 - 20 Mei 2010. Pembimbingan sebagian pada tanggal 21 - 24 Mei 2010 selama 30 - 60 menit untuk masing-masing kepala ruangan dan tanggal 25 Mei - 5 Juni 2010 kepala ruang secara mandiri menerapkan panduan *coaching* kepada perawat primer.

Panduan *coaching* yang diterapkan oleh kepala ruang, bertujuan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan. Kepala ruang memberikan stimulus pada perawat primer agar aktif dalam berdiskusi dan membangun hubungan yang membantu staf mencapai tujuan.

Sarana yang digunakan untuk melakukan *coaching* adalah konferens dalam tim. Pada pk 10.00 - 11.00 kegiatan tersebut dapat dilakukan karena aktivitas keperawatan sudah lebih berkurang. Setiap tim diberi waktu untuk konferens selama 20 - 30 menit. Agar lebih efektif pertemuannya maka setiap pagi saat laporan pergantian shift, kepala ruang sudah menentukan perawat primer yang akan memimpin konferens dan topik sesuai dengan prioritas masalah yang ada pada pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Hasil konferens dituliskan pada formulir catatan perkembangan pasien di rekam medik pasien yang menjadi pokok bahasan.

Matriks pelaksanaan bimbingan kepala ruang terhadap perawat primer dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3
Matriks Bimbingan Kepala Ruangan untuk Menerapkan
Coaching Pada Perawat Primer Mgg III Mei – Mgg I Juni 2010

Mgg III Mei	Mgg III-IV Mei	Mgg IV Mei – Mgg I Juni	Mgg II Juni
1. Pembimbingan penuh ttg penerapan panduan <i>coaching</i> : 2 x @ 30 menit/karu	Pembimbingan sebagian ttg penerapan panduan <i>coaching</i> : 2x @ 30 menit/karu	Kepala ruang mandiri melakukan <i>coaching</i> pada perawat primer	Post test tentang pengaruh panduan <i>coaching</i>

4.7.2.1. Post Test

Setelah 2 minggu kepala ruang menerapkan panduan *coaching* secara mandiri, peneliti menyebarkan kuesioner. Kuesioner terbagi dalam 2 bagian, formulir A tentang karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan). Sedangkan formulir B berisi 17 pertanyaan yang berhubungan dengan berpikir kritis dan 20 pernyataan tentang kemampuan pengambilan keputusan. Agar dapat membedakan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, maka pada formulir kelompok intervensi diberi kode A dan B untuk kelompok kontrol. Peneliti sendiri yang menyebarkan kuesioner dan memberikan waktu pada responden untuk mengisi selama 30 – 45 menit. Sebelum mengisi kuesioner, responden dijelaskan terlebih dahulu tujuan penelitian dan memberi kesempatan responden untuk mengisi *informed consent*. Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 8 – 12 Mei 2010 di 11 ruang rawat inap. Setelah kuesioner terkumpul semuanya, maka dilakukan pengolahan data dan analisa data.

4.8. Analisa Data

4.8.1. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan penelitian setelah pengumpulan data. (Hastono, 2007). Pengolahan data dilakukan sendiri oleh peneliti. Empat tahapan pengolah data yang dilalui adalah :

4.8.1.1. *Editing*

Peneliti melakukan pengecekan kelengkapan isi kuesioner, kejelasan penulisan jawaban, dan relevansi dengan pertanyaan. Setelah peneliti melakukan pengecekan pengisian kuesioner maka kuesioner yang tidak lengkap, tidak jelas, atau tidak relevan dengan pertanyaan , peneliti mengklarifikasi kepada responden. Hasil kuesioner yang terkumpul sebanyak 77 lembar pada kelompok intervensi dan 77 lembar pada kelompok kontrol. Kesemuanya dalam keadaan lengkap sesuai dengan petunjuk peneliti.

4.8.1.2. *Coding*

Peneliti memberi kode A diikuti nomor urut responden untuk kelompok intervensi, dan kode B diikuti nomor urut responden untuk kelompok kontrol. Peneliti mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka berupa skor jawaban responden berdasarkan ketentuan yang ditetapkan peneliti untuk mempermudah proses analisis

4.8.1.3. *Processing*

Peneliti memproses data dengan cara melakukan *entry* data dari masing-masing responden ke dalam program komputer. Data dalam bentuk angka setelah dilakukan koding, dimasukkan sesuai nomor responden pada kuesioner dan nomor pada lembar jawaban serta lembar observasi responden ke dalam program komputer yang sesuai.

i memeriksa kembali data yang telah di-*entry* . Setelah dipastikan tidak ada kesalahan, dilakukan tahap analisa data sesuai jenis data.

4.8.2. Analisa Data

Analisa data dilakukan setelah proses pengolahan data dilaksanakan. Analisa data pada penelitian ini dilakukan secara analisis deskriptif (*univariat*), analisis analitik (*bivariat*.) dan *multivariat*.

4.8.2.1. Analisis Deskriptif (*Univariat*)

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan lama kerja perawat primer kemudian tentang kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan sesudah dilakukan intervensi. Data tersebut diolah dalam bentuk proporsi pada data kategorik dan untuk data numerik digunakan mean, standar deviasi, minimal dan maksimal dengan 95% CI, yang selanjutnya dilakukan analisis terhadap tampilan data tersebut.

Analisis univariat pada penelitian ini pada tabel 4.4, sebagai berikut:

Tabel 4.4.

Analisis data univariat

No	Variabel	skala	Uji statistik
Numerik			
1	Usia	Interval	Mean, Median, SD, Min-Maks 95%CI
2	Pengalaman kerja	Interval	
Katagorik			
3	Jenis kelamin	Nominal	<i>Frequency, Percent, Valid Percent, Cumulative Percent</i>
4	Pendidikan	Ordinal	
5	Status perkawinan	Nominal	
6	Berpikir kritis	Ordinal	
7	Pengambilan keputusan	Ordinal	

4.8.2.2. Analisis Analitik (*Bivariat*)

Analisis bivariat adalah analisis hubungan antar dua variabel. Pemilihan uji statistik tergantung jenis data/variabel yang dihubungkan (Hastono, 2007). Pada penelitian ini uji bivariat untuk mengetahui perbedaan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square*. Teknik analisa yang digunakan pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.5

Tabel 4.5.
Uji statistik analisa bivariat

No	Variabel	Variabel	Uji statistik
Uji beda			
	Kelompok Intervensi	Kelompok kontrol	
1	Berpikir kritis	Berpikir kritis	<i>Chi-Square</i>
2	Pengambilan keputusan	Pengambilan keputusan	<i>Chi-Square</i>
Uji hubungan Asosiasi			
	Independen	dependen	
1	Umur responden (numerik)	Berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer (Katagorik)	<i>t- test Independen</i>
2	Jenis kelamin (katagorik)	Berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer (katagorik)	<i>Chi-Square</i>
3	Pendidikan (katagorik)	Berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer (katagorik)	<i>Chi-Square</i>
4	Pengalaman kerja (numerik)	Berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer (katagorik)	<i>t- test Independen</i>
5	Status perkawinan (katagorik)	Berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer (katagorik)	<i>Chi-Square</i>

4.8.2.3. Analisis multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui faktor yang berkontribusi terhadap berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer di ruang rawat inap PKSC, Jakarta, sehingga analisis yang digunakan adalah regresi logistik ganda. Pada penelitian ini variabel independennya berbentuk katagorik yang bersifat dikotom dan variabel dependen berupa katagorik.

Melalui uji ini diketahui urutan yang paling berpengaruh dari *coaching* kepala ruang dengan kemampuan berpikir kritis dan

pengambilan keputusan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Selain itu juga untuk mengetahui faktor perancu yang potensial berpengaruh terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan pada kedua kelompok.

1) Model Logistik

Model logistik ganda dikembangkan dari fungsi logistik dengan nilai Z merupakan penjumlahan linear konstanta (α) ditambah dengan $\beta_1 X_1$ ditambah $\beta_2 X_2$ dan seterusnya sampai $\beta_i X_i$. Variabel X adalah variabel Independen (*coaching* dan karakteristik individu)

$$Z = \alpha + \beta_i X_i \quad (\text{regresi logistik sederhana})$$

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i \quad (\text{regresi logistik berganda})$$

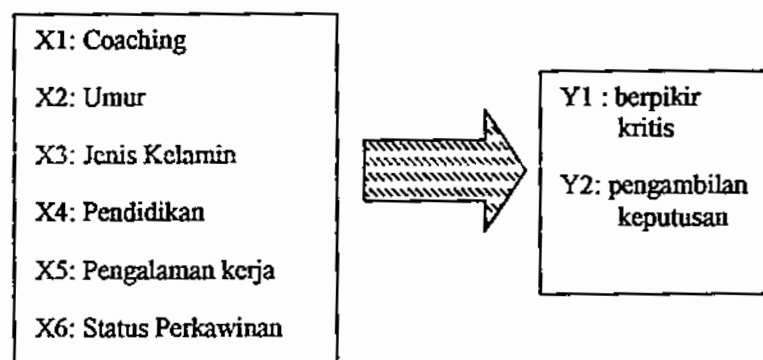
Bila nilai Z dimasukkan pada fungsi Z, maka rumus fungsi Z adalah

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i)}}$$

2) Model Prediksi

Pemodelan dengan tujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen (*coaching*, karakteristik individu) yang terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Pada permodelan ini semua variabel dianggap penting sehingga estimasi dapat dilakukan beberapa koefisien regresi logistik sekaligus.

Bentuk kerangka konsep model regresi



3) Prosedur pemodelan

Prosedur pemodelan dilakukan untuk mendapatkan model regresi yang hemat dan mampu menjelaskan pengaruh *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam populasi. Adapun prosedur yang dilakukan sebagai berikut:

- a) Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen (karakteristik individu) dengan variabel dependen (kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan) Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai p value $< 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk dalam model multivariat. Namun bisa saja p value $> 0,25$ tetap diikuti ke multivariat bila variabel tersebut secara substansi penting.
- b) Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai p value $< 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang p valuenya $> 0,05$. Pengeluaran variabel tidak serentak semua yang p valuenya $> 0,05$, namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar.
- c) Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Penentuan variabel interaksi sebaiknya melalui pertimbangan logika substantif. Pengukuran interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil penelitian tentang pengaruh *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC. Penelitian dilaksanakan selama kurun waktu 4 minggu, dimulai 17 Mei – 14 Juni 2010. Penyajian data hasil penelitian ini terdiri dari analisis univariat, bivariat dan multivariat. Proses untuk menganalisa data menggunakan komputer . Adapun secara lengkap hasil penelitian disajikan sebagai berikut:

5.1. Karakteristik Perawat Primer

Karakteristik perawat primer menguraikan hasil analisis data karakteristik perawat primer dan kesetaraan karakteristik perawat primer pada kelompok intervensi dan kontrol.

5.1.1. Hasil analisis data karakteristik perawat primer

Memberikan gambaran karakteristik demografi perawat primer (variabel perancu) . Karakteristik perawat primer yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan, pada penelitian ini merupakan variabel potensial perancu.

Adapun yang yang ditampilkan pada tabel 5.1. termasuk dalam karakteristik perawat primer adalah umur dan pengalaman kerja

Tabel 5.1

Distribusi Karakteristik Perawat Primer menurut Umur dan Pengalaman Kerja pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC Bulan Mei – Juni, 2010 (n1=77 ; n2=77)

variabel	Mean	SD	Min-Maks	95%CI
Kelompok Intervensi				
Umur	37,97	6,401	25 - 55	36,52 – 39,43
Pengalaman Kerja	15,35	6,954	2 - 32	13,77 – 16,93
Kelompok control				
Umur	39,83	7,355	23 - 54	38,16 – 41,50
Pengalaman Kerja	16,78	7,245	2 - 34	15,13 – 18,42

5.1.1.1. Umur

Pada tabel 5.1. hasil analisis didapatkan rata-rata umur perawat primer pada kelompok intervensi adalah 37,97 tahun (95% CI; 36,52 – 39,43), dengan standar deviasi 6,40 tahun. Umur termuda 25 tahun dan umur tertua 55 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat primer pada kelompok intervensi antara 36,52 tahun sampai dengan 39,43 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan rata-rata umur perawat primer adalah 39,83 tahun dengan standar deviasi 7,36 tahun. Umur termuda 23 tahun dan umur tertua 54 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat primer pada kelompok kontrol adalah 38,16 tahun sampai dengan 41,50 tahun (95% CI; 38,16 – 41,50)

5.1.1.2. Pengalaman kerja

Pada tabel 5.1. hasil analisis didapatkan rata-rata pengalaman kerja perawat primer pada kelompok intervensi 15,35 tahun (95% CI; 13,77 – 16,93), dengan standar deviasi 6,954 tahun. Pengalaman kerja tersingkat 2 tahun dan terlama 32 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata pengalaman kerja perawat primer adalah diantara 13,77 tahun sampai dengan 16,93 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata pengalaman kerja perawat primer 16,78 tahun (95% CI; 15,13 – 18,42), dengan standar deviasi 7,245 tahun. Pengalaman kerja tersingkat 2 tahun dan terlama 34 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata pengalaman kerja perawat primer diantara 15,13 tahun sampai dengan 18,42 tahun, dan termasuk perawat senior.

Pada tabel 5.2. ditampilkan karakteristik perawat primer menurut jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status perkawinan

Tabel 5.2.

Distribusi Karakteristik Perawat Primer menurut Jenis kelamin, Tingkat Pendidikan dan Status Perkawinan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni 2010
($n_1=77$; $n_2= 77$)

Variabel	Jumlah	Persentase
Kelompok Intervensi		
Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	2	2,6
2. Perempuan	75	97,4
Pendidikan		
1. DIII Keperawatan	71	92,2
2. S1 Keperawatan	6	7,8
Status Perkawinan		
1. Belum menikah	9	11,7
2. Sudah menikah	68	88,3
Kelompok kontrol		
Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	2	2,6
2. Perempuan	75	97,4
Pendidikan		
1. DIII Keperawatan	70	90,9
2. S1 Keperawatan	7	9,1
Status Perkawinan		
1. Belum menikah	8	10,4
2. Sudah menikah	69	89,6

5.1.1.3. Jenis kelamin, Pendidikan dan Status Perkawinan

Pada tabel 5.2. Jumlah paling besar jenis kelamin responden adalah perempuan, sebesar 97,4% pada kedua kelompok. Pendidikan responden terbesar lulusan DIII Keperawatan, 92,2% pada kelompok intervensi sedangkan kelompok kontrol 90,9%. Status perkawinan pada kelompok intervensi terbanyak sudah menikah 88,3% dan kelompok kontrol sebanyak 89,6% sudah menikah.

5.1.2. Uji kesetaraan karakteristik perawat primer

Sebelum dilakukan analisi bivariat maka dilakukan uji homogenitas atau kesetaraan pada variabel karakteristik responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Data dikatakan homogen apabila didapatkan $p\ value > 0,05$. Tabel 5.3. berikut merupakan tabel uji kesetaraan dengan *t test independen* untuk data bersifat numerik.

Tabel 5.3.
Uji Kesetaraan Umur dan Pengalaman Kerja Perawat Primer pada
Kelompok Intervensi dan kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC,
Mei-Juni 2010 (n1=77; n2=77)

Variabel	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	<i>p value</i>
Umur						
1.kelompok intervensi	77	37,97	37	6,401	36,5-39,4	0,097
2.Kelompok kontrol	77	39,83	39	7,355	38,1-41,5	
Pengalaman Kerja						
1.kelompok intervensi	77	15,35	14	6,954	13,7-16,9	0,214
2.kelompok kontrol	77	16,78	15	7,245	15,1-18,4	

Pada tabel 5.3. menunjukkan umur dan pengalaman kerja antara kelompok intervensi dan kontrol adalah setara ($p\ value > 0,05$)

Selanjutnya uji kesetaraan untuk jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan dapat dilihat pada tabel 5.4. uji kesetaraan dilakukan dengan uji *Chi-Square*.

Tabel 5.4.

Uji Kesetaraan Jenis kelamin, Pendidikan dan Status Perkawinan Perawat Primer pada Kelompok Intervensi dan kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni 2010 ($n_1=77$; $n_2=77$)

Variabel	Kel. Intervensi		Kel. Kontrol		jumlah		p value
	n	%	n	%	n	%	
Jenis kelamin							
1.Laki-laki	2	2,6	2	2,6	4	2,6	1,000
2.Perempuan	75	97,4	75	97,4	150	97,6	
Pendidikan							
1.DIII Keperawatan	71	92,2	70	90,9	141	91,6	1,000
2.S1 Keperawatan	6	7,8	7	9,1	13	8,4	
Status perkawinan							
1.belum menikah	9	11,7	8	10,4	17	11,0	1,000
2.sudah menikah	68	88,3	69	89,6	137	89,0	

Pada tabel 5.4. menunjukkan jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan antara kelompok intervensi dan kontrol adalah setara ($p\ value > 0,05$).

5.2. Pengaruh panduan *coaching* terhadap kemampuan berpikir kritis

Kemampuan berpikir kritis memuat standar dan elemen berpikir kritis (Paul & Elder, 1999 dalam Kozier, 2004), terdiri dari kejelasan, akurasi, relevansi, penalaran, keluasan, presisi, kemaknaan, kelengkapan, keadilan dan kedalaman berpikir yang terintegrasi dalam proses keperawatan.

Variabel berpikir kritis merupakan variabel komposit. Hasil yang didapat seperti yang terlihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5.

Distribusi Frekuensi Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010 ($n_1=77$; $n_2=77$)

Variabel	f	%
Kelompok Intervensi		
1.berpikir kritis kurang	21	27,3
2.berpikir kritis baik	56	72,7
Kelompok kontrol		
1.berpikir kritis kurang	33	42,9
2.berpikir kritis baik	44	57,1

Pada tabel 5.5. menunjukkan bahwa perawat primer pada kelompok intervensi memiliki kemampuan berpikir kritis baik sebanyak 56 (72,7%) . Sedangkan pada kelompok kontrol perawat primer yang memiliki kemampuan berpikir kritis baik sebanyak 44 (57,1%) .

Selanjutnya pada penelitian ini dilakukan uji bivariat untuk mengetahui perbedaan kemampuan berpikir kritis pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dan potensial perancu karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan)

5.2.1. Hasil analisis kemampuan berpikir kritis pada kelompok intervensi dan kontrol

Kemampuan berpikir kritis perawat primer dalam penelitian ini berkedudukan sebagai variabel dependen. Kemampuan berpikir kritis perawat primer diukur setelah dilakukan penerapan panduan *coaching* oleh kepala ruang. Analisis menggunakan *Chi-Square* .

Hasil analisis kemampuan berpikir kritis perawat primer yang diberikan *coaching* dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6.
Analisa Pengaruh Panduan *Coaching* dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010 ($n_1=77$; $n_2=77$)

Variabel	Berpikir kritis				Total		<i>p value</i>	OR (95% CI)
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
<i>Coaching</i>								
Kelompok intervensi	21	27,3	56	72,7	77	100	0,063	2,000 1,0-3,9
Kelompok kontrol	33	42,9	44	57,1	77	100		
Jumlah	54	35,1	100	64,9	154	100		

Pada tabel 5.6. menunjukkan hasil analisis pengaruh antara penerapan panduan *coaching* kepala ruang pada kelompok intervensi menunjukkan kemampuan berpikir kritis diperoleh sebanyak 56 (72,7%) perawat primer berpikir kritis baik, sedangkan yang tidak mendapat *coaching* pada kelompok kontrol ada sebanyak 44 (57,1%) perawat primer berpikir kritis baik. Ada perbedaan sebesar 12 (15,6%) orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,063$, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan bermakna proporsi kemampuan berpikir kritis antara perawat primer yang mendapat *coaching* dengan perawat primer yang tidak mendapat *coaching* kepala ruang (*p value* 0,063). Dari hasil analisis selanjutnya diperoleh nilai OR= 2,000; artinya perawat primer yang mendapat *coaching* kepala ruang berpeluang 2,0 kali untuk memiliki kemampuan berpikir kritis baik dibandingkan dengan perawat primer tanpa *coaching* (95% CI; 1,019 - 3,927).

5.2.2. Hasil analisis kemampuan berpikir kritis dengan karakteristik perawat primer .

Kemampuan berpikir kritis perawat primer dalam penelitian ini berkedudukan sebagai variabel dependen dan karakteristik responden sebagai variabel independen. Analisis menggunakan *Chi-Square* pada hubungan variabel katagorik dengan katagorik ,

sedangkan hubungan variabel katagorik dengan numerik menggunakan *t-test Independen*.

5.2.2.1. Umur dan Pengalaman kerja responden dengan kemampuan berpikir Kritis pada perawat primer.

Hasil analisis pengaruh dengan umur dan pengalaman kerja dengan kemampuan berpikir kritis perawat primer dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7.

Analisis pengaruh Umur dan Pengalaman Kerja dengan Kemampuan Berpikir Kritis pada Perawat Primer yang diberi *Coaching* di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni 2010

Variabel	n	mean	SD	SE	p value	OR 95%CI
Umur						
1.berpikir kritis kurang	21	39,00	6,950	1,517	0,393	-1,858-4,679
2.berpikir kritis baik	56	37,59	6,205	0,829		
Pengalaman Kerja						
1.berpikir kritis kurang	21	16,71	7,976	1,740	0,295	-1,667-5,417
2.berpikir kritis baik	56	14,84	6,536	0,837		

variabel dependen : kemampuan berpikir kritis, α 0,05

5.2.2.1.1. Umur dengan Kemampuan Berpikir kritis

Tabel 5.7. menunjukkan hasil analisis pengaruh umur responden dengan kemampuan berpikir kritis perawat primer diperoleh bahwa rata-rata umur perawat primer yang memiliki kemampuan berpikir kritis baik adalah 37,59 tahun, dengan SD 6,205 tahun. Sedangkan yang kurang baik rata-rata berumur 39 tahun, dengan SD 6,950. Hasil uji statistik didapatkan $p = 0,393$; berarti pada α 5% tidak ada pengaruh yang signifikan umur perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis (95% CI; -2,940 – 3,849).

5.2.2.1.2. Pengalaman Kerja dengan Kemampuan Berpikir Kritis

Pada tabel 5.7. menunjukkan rata-rata pengalaman kerja perawat primer yang memiliki kemampuan berpikir kritis baik adalah 14,84 tahun, dengan standar deviasi 6,536 tahun. Sedangkan

yang memiliki kemampuan berpikir kritis kurang rata-rata pengalaman kerja perawat primer 16,71 tahun dengan standar deviasi 7,976 tahun. Hasil uji statistik didapatkan $p = 0,295$; berarti pada $\alpha 5\%$ tidak ada perbedaan yang signifikan pengaruh pengalaman kerja perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis (95% CI; -2,798 – 3,889).

Selanjutnya adalah menganalisa pengaruh jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis pada perawat primer yang diberi *coaching*.

5.2.2.2. Jenis Kelamin, pendidikan dan status perkawinan responden dengan kemampuan berpikir kritis pada perawat primer yang diberi *coaching* kepala ruang.

5.2.2.2.1. Jenis kelamin dan kemampuan berpikir kritis

Berdasarkan data yang terkumpul jumlah responden laki-laki dan perempuan sangat berbeda jauh sehingga tidak proporsional. Dari hasil pengolahan data didapatkan hasil perawat primer pada kelompok yang diberikan *coaching* mayoritas perempuan sebanyak 54 orang (72%), sedangkan perawat primer laki-laki hanya 2 orang (100%) yang memiliki kemampuan berpikir kritis baik. Hasil analisis didapatkan *p value* 1,000; berarti tidak ada pengaruh yang bermakna jenis kelamin dengan kemampuan berpikir kritis.

5.2.2.2. Tingkat Pendidikan dengan Kemampuan Berpikir Kritis

Hasil analisa pengaruh pendidikan perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis yang diberikan *coaching* dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8.

Analisis Pengaruh Pendidikan dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer yang diberikan *coaching* di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010

Variabel	Berpikir kritis				Total		p value	OR (95%CI)
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Pendidikan								
1.DIII Keperawatan	20	28,2	51	71,8	71	100	1,000	1,961
2.S1 Keperawatan	1	16,7	5	83,3	6	100		0,2-17,8

Pada tabel 5.8. menunjukkan bahwa perawat primer mayoritas responden dengan pendidikan DIII Keperawatan memiliki kemampuan berpikir kritis baik sebanyak 71 (71,8%) orang sedangkan pendidikan S1 Keperawatan sebanyak 6 (83,3%) orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,1000$, maka dapat disimpulkan tidak ada pengaruh secara bermakna tingkat pendidikan dengan kemampuan berpikir kritis perawat primer (*p value* 0,1000; 95%CI).

5.2.2.3. Status Perkawinan dan kemampuan berpikir kritis

Hasil analisa pengaruh Status perkawinan perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis pada kelompok yang diberikan *coaching* dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9.

Analisis Pengaruh status Perkawinan dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer yang diberikan *Coaching* di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010 (n=77)

Variabel	Berpikir kritis				Total		p value	OR (95%CI)
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Status Perkawinan								
1.belum menikah	3	33,3	6	66,7	9	100	0,698	1,389
2.sudah menikah	18	26,5	50	73,5	68	100		0,3-6,1

Pada tabel 5.9. memperlihatkan bahwa perawat primer dengan status sudah menikah memiliki kemampuan berpikir kritis baik sebanyak 50 (73,5%) sedangkan belum menikah sebanyak 6 (66,7%) orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,698$; maka dapat disimpulkan tidak ada pengaruh yang bermakna status perkawinan dengan kemampuan berpikir kritis (p value 0,698).

5.2.3. Faktor yang potensial berpengaruh terhadap kemampuan berpikir kritis perawat primer

Kemampuan berpikir kritis dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya *coaching* dan karakteristik individu perawat. Untuk melihat faktor yang potensial berpengaruh terhadap kemampuan berpikir kritis perawat primer di ruang rawat inap PKSC, maka sebelum masuk pada tahapan multivariat, terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat untuk menguraikan pengaruh antara *coaching*, umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan dengan kemampuan berpikir kritis. Seleksi bivariat terlihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10.

Analisis bivariat antara *Coaching*, Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pengalaman Kerja dan Status Perkawinan dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer di ruang rawat Inap PKSC, 2010

Variabel	p value
umur	0,230
Jenis kelamin	0,532
Pendidikan	0,351
Pengalaman kerja	0,920
Status perkawinan	0,605
<i>Coaching</i>	0,044

Variabel dependen: Berpikir kritis, α 0,05

Tabel 5.10. menunjukkan bahwa *coaching* dan umur mempunyai p value $< 0,25$, sedangkan karakteristik perawat primer (jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan)

mempunyai p value $> 0,25$, namun karena semua variabel ini penting dalam mempengaruhi berpikir kritis perawat primer dalam proses keperawatan, maka seluruh variabel dimasukkan dalam tahapan multivariat. Kemudian setelah secara bersama-sama dilakukan analisis menggunakan regresi logistik berganda dengan metode enter.

Tabel 5.11

Analisis Permodelan awal Regresi Logistik berganda Kemampuan berpikir kritis Perawat Primer, Mei-Juni,2010

Variabel	B	SE	p value	OR	95%CI	
					Lower	Upper
Umur	0,029	0,069	0,673	1,030	0,899	1,179
Jenis kelamin	0,971	1,063	0,361	2,642	0,329	21,213
Pendidikan	0,634	0,716	0,375	1,885	0,464	7,664
Pengalaman kerja	-0,047	0,067	0,483	0,954	0,836	1,089
Status perkawinan	-0,153	0,591	0,796	0,858	0,269	2,734
<i>Coaching</i>	0,703	3,124	0,046	2,019	1,013	4,024

Variabel dependen: Berpikir kritis, α 0,05

Pada tabel 5. 11 menunjukkan ada 5 variabel yang p value nya $> 0,05$ yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja, dan status perkawinan, sehingga permodelan selanjutnya mengeluarkan variabel dengan p value ($sig.$) $> 0,05$ secara berturut-turut mulai dari yang terbesar. Hasil analisis dengan mengeluarkan variabel didapatkan permodelan terakhir sebagai berikut:

Tabel 5.12

Permodelan Akhir Regresi variabel *coaching* dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer di ruang rawat inap PKSC, Mei – Juni 2010

Variabel	B	SE	p value	OR	95%CI	
					Lower	Upper
<i>Coaching</i>	0,693	0,344	0,044	2,000	1,019	3,927

variabel dependen: berpikir kritis. α 0,05

Pada tabel 5.12 menunjukkan permodelan akhir dapat dianalisis bahwa variabel yang paling berpengaruh secara bermakna dengan kemampuan berpikir kritis perawat primer adalah *coaching* (p value 0,044). Hasil analisis didapat OR= 2,000; berarti perawat primer berpeluang 2 kali memiliki kemampuan berpikir kritis baik dalam proses keperawatan setelah diberi *coaching* dibandingkan dengan yang tidak diberi *coaching* (95% CI; 1,019 – 3,927).

5.3. Pengaruh panduan *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan pengambilan keputusan

Kemampuan pengambilan keputusan merupakan variabel komposit, yang terdiri dari mengidentifikasi masalah, pengumpulan data, mengidentifikasi kriteria keputusan, identifikasi alternatif, memilih alternatif, implementasi alternatif dan evaluasi tahapan dalam keputusan. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13

Distribusi Frekuensi Kemampuan Pengambilan Keputusan Perawat Primer pada kelompok Intervensi dan Kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010 ($n_1=77$; $n_2=77$)

Variabel	f	%
Kelompok Intervensi		
1. Pengambilan keputusan kurang	28	36,4
2. Pengambilan keputusan baik	49	63,6
Kelompok kontrol		
1. Pengambilan keputusan kurang	41	53,2
2. Pengambilan keputusan baik	36	46,8

Pada tabel 5.13. menunjukkan bahwa perawat primer yang memiliki kemampuan pengambilan keputusan baik pada kelompok intervensi sebanyak 49 (63,6%) orang. Sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 36 (46,8%) orang. Terdapat perbedaan sebesar 13 (16,8%) orang.

5.3.1. Analisis kemampuan pengambilan keputusan perawat primer pada kelompok intervensi dan kontrol.

Kemampuan pengambilan keputusan pada penelitian ini merupakan variabel dependen, Pengukuran kemampuan pengambilan keputusan dilakukan setelah kelompok intervensi menerapkan panduan *coaching* oleh kepala ruang. Kemampuan pengambilan keputusan dianalisis dengan menggunakan *Chi-Square*, karena merupakan variabel katagorik.

Hasil analisis kemampuan pengambilan keputusan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14.

Distribusi frekuensi Kemampuan Pengambilan Keputusan Perawat Primer pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010 ($n_1=77$; $n_2=77$)

Variabel	Pengambilan keputusan				Total		<i>p value</i>	OR (95%CI)
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
<i>Coaching</i>								
Kelompok intervensi	28	36,4	49	63,9	77	100	0,052	1,993 1,0-3,8
Kelompok kontrol	41	53,2	36	46,8	77	100		
	69	44,8	85	55,2	154	100		

Pada tabel 5.14. menunjukkan perawat primer yang memiliki kemampuan pengambilan keputusan baik diperoleh ada 49 (63,9%) orang, sedangkan yang tidak mendapat *coaching* pada kelompok kontrol ada sebanyak 36 (46,8%) orang. Ada perbedaan kemampuan pengambilan keputusan baik sebesar 13 (17,1%) orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,052$, maka dapat disimpulkan ada tidak perbedaan bermakna proporsi kemampuan pengambilan keputusan yang mendapat dan tidak mendapat *coaching* kepala ruang (*p value* 0,052; 95% CI;1,0-3,8).

Kemudian untuk menganalisis pengaruh karakteristik individu (umur dan pengalaman kerja) dengan kemampuan pengambilan keputusan dilakukan uji *t-test Independen*.

5.3.2. Pengaruh Umur dan Pengalaman Kerja dengan Kemampuan pengambilan Keputusan perawat primer.

Hasil analisis kemampuan pengambilan keputusan pada perawat primer yang diberi *coaching* dapat dilihat pada tabel 5.15

Tabel 5.15
Analisis Pengaruh Umur dan Pengalaman Kerja dengan Kemampuan Pengambilan Keputusan Perawat Primer yang diberikan *Coaching* di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni 2010

Variabel	n	mean	SD	SE	p value	OR 95%CI
Umur						
1.Kemampuan kurang	28	38,11	6,839	1,292	0,891	-2,831-3,250
2.kemampuan baik	49	37,90	6,290	0,887		
Pengalaman Kerja						
1.Kemampuan kurang	28	15,61	6,773	1,280	0,809	-2,899-3,706
2.kemampuan baik	49	15,20	7,121	1,017		

Variabel dependen ; pengambilan keputusan, α 0,05

5.3.2.1. Umur dengan Kemampuan Pengambilan Keputusan

Tabel 5.15. menunjukkan hasil bahwa rata-rata umur perawat primer yang diberikan *coaching* memiliki kemampuan pengambilan keputusan baik adalah 37,90 tahun, dengan SD 6,209 tahun, sedangkan yang memiliki kemampuan pengambilan keputusan kurang rata-rata umur perawat primer 38,11 tahun dengan SD 6,839 tahun. Hasil uji statistik didapatkan $p= 0,891$; berarti pada α 5% tidak ada perbedaan yang signifikan pengaruh umur perawat primer dengan kemampuan

pengambilan keputusan (*p value* 0,891; 95% CI: -2,831-3,250).

5.3.2.2. Pengalaman Kerja dengan Kemampuan Pengambilan keputusan

Pada tabel 5.15. menunjukkan bahwa rata-rata pengalaman kerja perawat primer yang memiliki kemampuan pengambilan keputusan baik adalah 15,20 tahun, dengan SD 7,121 tahun, sedangkan yang memiliki kemampuan pengambilan keputusan kurang rata-rata pengalaman kerja perawat primer 15,61 tahun dengan SD 6,773 tahun. Hasil uji statistik didapatkan $p = 0,809$; berarti pada α 5% tidak ada pengaruh yang signifikan pengalaman kerja perawat primer dengan kemampuan pengambilan keputusan (*p value* 0,809; 95% CI: -2,899-3,706).

Kemudian untuk menganalisis pengaruh karakteristik individu (jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan) dengan kemampuan pengambilan keputusan dilakukan uji *Chi-Square*.

5.3.3. Analisis Pengaruh Jenis Kelamin, pendidikan dan status perkawinan responden dengan kemampuan pengambilan keputusan setelah diberikan *coaching*.

Hasil analisis pengaruh jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan perawat primer dengan kemampuan pengambilan keputusan setelah diberikan *coaching* dapat dilihat sebagai berikut:

5.3.3.1. Jenis kelamin dan kemampuan pengambilan keputusan

Setelah dilakukan analisis data berdasarkan jenis kelamin responden, didapatkan hasil jumlah perawat primer laki-laki sangat sedikit yaitu 2 orang sedangkan perawat primer perempuan sebesar 55 orang. Perbandingan jumlah responden ini tidak proporsional. Hasil analisis didapatkan perawat primer yang memiliki kemampuan pengambilan keputusan

baik sebesar 49 (65,3%) orang, sedangkan laki-laki 0 (0%) orang. Analisis selanjutnya didapatkan nilai $p=0,129$; berarti tidak ada pengaruh bermakna jenis kelamin dengan kemampuan pengambilan keputusan. Dari analisa didapatkan $OR=2,885$; berarti perawat primer perempuan mendapatkan peluang untuk memiliki kemampuan pengambilan keputusan baik sebesar 2,8 kali dibandingkan dengan laki-laki. (95% CI; 2,1-3,9).

5.3.3.2. Tingkat Pendidikan dengan Kemampuan pengambilan keputusan

Hasil analisa pengaaruh pendidikan perawat primer yang diberikan *coaching* dengan kemampuan pengambilan keputusan dapat dilihat pada tabel 5.16.

Tabel 5.16.

Analisis Pengaruh Pendidikan dengan Kemampuan Pengambilan Keputusan Perawat Primer di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010

Variabel	Pengambilan keputusan				Total		<i>p value</i>	OR (95%CI)
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Pendidikan								
1.DIII Keperawatan	26	36,6	45	63,4	71	100	1,000	1,156
2.S1 Keperawatan	2	33,3	4	66,7	6	100		0,2-6,7

Pada tabel 5.16. memperlihatkan bahwa proporsi perawat primer dengan pendidikan DIII Keperawatan memiliki kemampuan pengambilan keputusan baik sebesar 45 (63,4%) orang sedangkan pendidikan S1 Keperawatan sebesar 4 (66,7%). Ada perbedaan sebesar 41 (3,3%) orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, maka dapat disimpulkan tidak ada pengaruh signifikan pendidikan dengan kemampuan pengambilan keputusan perawat primer (*p value* 0,1000). Oleh karena perbandingan jumlah pendidikan perawat primer antara DIII keperawatan dengan S1 Keperawatan sangat berbeda jauh.

5.3.3.3. Status Perkawinan dan kemampuan pengambilan keputusan

Hasil analisa pengaruh Status perkawinan perawat primer dengan kemampuan pengambilan keputusan dapat dilihat pada tabel 5.17.

Tabel 5.17.

Analisis Pengaruh status Perkawinan dengan Kemampuan Pengambilan keputusan Perawat Primer di Ruang Rawat Inap PKSC, Mei-Juni, 2010

Variabel	Pengambilan keputusan				Total		<i>p value</i>	OR (95%CI)
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Status Perkawinan								
1.belum menikah	2	22,2	7	77,8	9	100	0,474	0.462
2.sudah menikah	26	38,2	42	61,8	68	100		0.8-2,3

Pada tabel 5.17. menunjukkan bahwa proporsi perawat primer dengan status sudah menikah memiliki kemampuan pengambilan keputusan baik sebesar 42 (61,8%) orang, sedangkan belum menikah sebesar 7 (77,8%) orang. Ada perbedaan sebesar 35 (16%) orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,474$, maka dapat disimpulkan tidak ada pengaruh status perkawinan dengan kemampuan pengambilan keputusan perawat primer (*p value* 0,474).

5.3.4. Faktor yang potensial berpengaruh terhadap kemampuan pengambilan keputusan perawat primer.

Kemampuan pengambilan keputusan dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya *coaching* dan karakteristik individu perawat. Untuk melihat faktor yang potensial berpengaruh terhadap kemampuan pengambilan keputusan perawat primer di ruang rawat inap PKSC, maka sebelum masuk pada tahapan multivariat, terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat untuk menguraikan hubungan antara *coaching*, umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan

status perkawinan dengan kemampuan pengambilan keputusan. Seleksi bivariat seperti terlihat pada tabel 5.18.

Tabel 5.18.

Analisis bivariat antara *Coaching*, Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pengalaman Kerja dan Status Perkawinan dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer di ruang rawat Inap PKSC, 2010

Variabel	<i>p value</i>
umur	0,594
Jenis kelamin	0,833
Pendidikan	0,294
Pengalaman kerja	0,845
Status perkawinan	0,843
<i>Coaching</i>	0,036

Variabel dependen: Pengambila keputusan , α 0,05

Tabel 5.18. menunjukkan bahwa *coaching* mempunyai *p value* < 0,25, sedangkan karakteristik perawat primer (umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan) mempunyai *p value* > 0,25, namun karena semua variabel ini penting dalam mempengaruhi pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan, maka seluruh variabel dimasukkan dalam tahapan multivariat. Kemudian setelah secara bersama-sama dilakukan analisis menggunakan regresi logistik berganda dengan metode enter.

Tabel 5.19
Analisis Permodelan awal Regresi Logistik berganda Kemampuan
Pengambilan keputusan Perawat Primer di Ruang Rawat Inap
PKSC, Bulan Mei-Juni,2010

Variabel	B	SE	p value	OR	95%CI	
					Lower	Upper
Umur	-0,808	0,567	0,154	0,446	0,147	1,354
Jenis kelamin	-0,427	1,069	0,690	0,652	0,080	5,304
Pendidikan	-0,676	0,650	0,298	0,508	0,142	1,818
Pengalaman kerja	0,674	0,560	0,229	1,961	0,654	5,880
Status perkawinan	-0,162	0,552	0,769	0,851	0,288	2,510
Coaching	-0,811	0,342	0,018	0,444	0,227	0,869

Variabel dependen: pengambilan keputusan, α 0,05

Pada tabel 5. 19 menunjukkan ada 5 variabel yang *p value* nya $> 0,05$ yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja, dan status perkawinan, sehingga permodelan selanjutnya mengeluarkan variabel dengan *p value* (*sig.*) $> 0,05$ secara berturut-turut mulai dari yang terbesar. Hasil analisis dengan mengeluarkan variabel didapatkan permodelan terakhir seperti pada tabel 5.20.

Tabel 5.20
Permodelan akhir regresi variabel *coaching* dengan kemampuan
pengambilan keputusan perawat primer di ruang rawat inap PKSC,
Mei – Juni 2010

Variabel	B	SE	p value	OR	95%CI	
					Lower	Upper
Coaching	0,690	0,329	0,036	1,993	1,046	3,799

variabel dependen: Pengambilan keputusan. α 0,05

Pada tabel 5.20 menunjukkan pemodelan akhir dapat dianalisis bahwa variabel yang paling berpengaruh secara bermakna dengan kemampuan pengambilan keputusan perawat primer adalah *coaching* (*p value* 0,036).

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian dengan hasil penelitian sebelumnya disertai dengan studi kepustakaan yang mendasarinya. Pembahasan meliputi hasil penelitian tentang kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer pada kelompok yang diberi *coaching* kepala ruang dan kelompok yang tidak diberi *coaching* serta hubungan karakteristik individu terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan. Bab ini juga akan membahas keterbatasan penelitian serta implikasi keperawatan terhadap pelayanan keperawatan.

Perawat primer dalam memberikan asuhan keperawatan memerlukan dukungan dan bimbingan baik secara internal maupun eksternal termasuk dari kepala ruangan. Pembimbingan dan dukungan tersebut diperlukan untuk mempermudah perawat primer dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga pelayanan keperawatan yang diberikan memenuhi standar mutu dan sesuai dengan visi, misi dan tujuan rumah sakit.

Pada penelitian ini dilakukan pada 11 ruang rawat inap, yang terdiri dari ruang medikal, medikal bedah, perawatan anak, dan ruang psikiatri. Penelitian ini menggunakan ruang medikal bedah sebagai kelompok intervensi dan ruang medikal, perawatan anak dan perawatan psikiatri sebagai kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi kepala ruangan diberikan pelatihan penerapan panduan *coaching*, kemudian dilanjutkan dengan bimbingan terkait upaya meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan. Selanjutnya menerapkan panduan *coaching* secara mandiri. Berikut ini diuraikan tentang pembahasan hasil penelitian tersebut.

6.1. Pengaruh Panduan *Coaching* Kepala Ruang Terhadap Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer.

Berpikir kritis adalah proses mental untuk menganalisa atau mengevaluasi informasi. Informasi tersebut didapatkan dari hasil pengamatan, pengalaman,

akal sehat, atau komunikasi. Seperti yang diungkapkan Michael Scriven (Fisher & Scriven, 1997 dalam Fisher, 2009) berpikir kritis merupakan interpretasi dan evaluasi yang terampil dan aktif terhadap observasi, dan komunikasi, informasi dan argumentasi. Berpikir kritis dalam keperawatan adalah suatu kemampuan bagaimana perawat mampu berpikir dengan sistematis dan menerapkan standar intelektual untuk menganalisa proses berpikir. Oleh karena itu berpikir kritis merupakan sebuah komponen esensial dalam tanggung jawab profesional dan mutu asuhan keperawatan (Scheffer & Rubenfeld, 2006).

Pada penelitian ini pengukuran kemampuan berpikir kritis diukur dengan menggunakan kuesioner yang berisi 17 item, yang terkait dengan proses keperawatan. Kuesioner ini memuat standar dan elemen berpikir kritis (Paul & Elder, 1999 dalam Kozier, 2004), terdiri dari kejelasan, akurasi, relevansi, penalaran, keluasan, presisi, kemaknaan, kelengkapan, keadilan dan kedalaman berpikir yang terintegrasi dalam proses keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan hubungan antara penerapan panduan *coaching* dengan kemampuan berpikir kritis diperoleh bahwa sebanyak 56 (72,7%) perawat primer mempunyai kemampuan berpikir kritis baik, sedangkan kurang baik sebanyak 21 (27,3%). Pada kelompok kontrol 44 (57,1%) mempunyai kemampuan berpikir kritis baik dan kurang baik sebanyak 33 (42,9%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna (p value 0,06). Dari hasil analisis didapatkan perawat primer yang mendapat *coaching* kepala ruang berpeluang 2 kali untuk mempunyai kemampuan berpikir kritis baik dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberi *coaching*.

Perawat harus menggunakan ketrampilan berpikir kritis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien melalui proses keperawatan. Proses keperawatan menerapkan proses pemecahan masalah dan memerlukan pemikiran kritis. Berpikir kritis adalah ketrampilan kunci bagi semua perawat

dan sebagai komponen inti pengembangan pengetahuan praktek dan pendidikan professional untuk semua profesi kesehatan.

Berpikir kritis dapat dipelajari, sama seperti ketrampilan lain. Ignatavicious (2002) dalam Marquis & Huston (2006) mengungkapkan setiap orang dapat belajar berpikir kritis dan memerlukan jangka waktu panjang yang harus dijalankan, dipupuk dan diperkuat. Berpikir kritis diajarkan sebagai suatu ketrampilan yang dapat ditingkatkan melalui peningkatan penggunaannya dan akan menurun bila tidak digunakan (Ward, 2006).

Membentuk ketrampilan berpikir kritis membutuhkan waktu dan latihan. Schoening, Sittner & Todd (2006) dalam penelitiannya tentang pengalaman simulasi klinik: persepsi mahasiswa keperawatan dan peran pendidik. Penelitian ini menggambarkan pengalaman simulasi klinik dengan suatu stimulator dengan ketepatan yang tinggi untuk menggantikan 6 jam pengalaman klinik. Hasil penelitiannya menunjukkan semua mahasiswa mempunyai persepsi positif pada semua area ketrampilan, laporan antar shif, kepercayaan diri, tidak ada lingkungan yang mengancam, berpikir kritis, pengambilan keputusan, kepuasan, kerja tim dan komunikasi. Hal ini dapat menjadi suatu cara yang dapat diterapkan pada perawat primer. Melalui aktivitas konferens perawat primer distimulasi untuk meningkatkan kemampuan dalam berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan.

Kemampuan berpikir kritis dapat dikembangkan melalui proses pembelajaran seperti pada penelitian mengembangkan berpikir kritis (Medley & Horne, 2005). Hasilnya menunjukkan bahwa berpikir kritis dapat diajarkan melalui berbagai cara, seperti bermain peran/*role play* atau simulasi, demonstrasi dan skenario klinik. Melalui tindakan-tindakan ini akan melatih berpikir kritis dalam berbagai situasi dan menjadi suatu pengalaman belajar yang efektif. Salah satu cara yang dikembangkan untuk mendapatkan pengalimaan belajar yang efektif adalah melalui *coaching* yang dilakukan oleh kepala ruang.

Kepala ruang memfasilitasi perawat primer untuk melatih potensi dan mendorong untuk lebih mandiri dalam melakukan asuhan keperawatan.

Penelitian Price et al (2009) menunjukkan adanya kontribusi *coaching* dari perawat senior untuk membantu rekan-rekannya mengembangkan ketrampilan klinis mereka. Juga memperlihatkan *coaching* dapat digunakan sebagai kerangka kerja analisa praktek ketrampilan. *Coaching* berfokus pada apa yang perawat lakukan dan bagaimana individu berpikir tentang apa yang dilakukan. Sehingga *coaching* lebih sebagai membantu menemukan staf untuk memahami banyak pengetahuan dan kebijaksanaan yang telah dimiliki staf. Oleh karena itu *coaching* berfokus pada pengembangan karir, kerjasama tim, kepemimpinan dan persiapan untuk meningkatkan tanggung jawab.

Pada peran *coaching*, perawat yang lebih senior mendukung dan melatih peserta didik atau perawat junior, memberikan penguatan yang positif serta informasi. Pada perawat yang kurang berpengalaman, seorang *coach* akan mengatakan apa yang harus dilakukan, *coach* mungkin bertanya bagaimana rencana mereka untuk mengatasi masalah dan kemudian membantu memperbaiki rencana sehingga keberhasilan akan terwujud. Kegiatan pembelajaran dengan mengajukan pertanyaan reflektif dan memberikan umpan balik.

Proses pembelajaran berpikir kritis yang dikembangkan dalam penelitian di PKSC adalah melalui penerapan panduan *coaching* yang dilakukan oleh kepala ruang terhadap perawat primer. Kegiatan *coaching* berupa konferens bertujuan untuk memotivasi, membimbing dan mengarahkan perawat primer agar dapat mengembangkan kemampuan berpikir kritis dalam proses keperawatan. Penggunaan *coaching* menjadi metode yang efektif untuk meningkatkan performa perawat primer.

Menurut Grant, (1999) *coaching* merupakan proses kolaborasi yang berfokus pada solusi, berorientasi pada hasil, dan sistematis, dimana *coach* memfasilitasi peningkatan atas performa kerja, pengalaman hidup, pembelajaran diri, dan pertumbuhan pribadi dari *coachee*. Selain itu

penggunaan *coaching* pada perawat baru pada masa orientasi membuktikan sebagai strategi yang memperkuat dan melanjutkan pengembangan kompetensi profesional seperti berpikir kritis (Nelson et al.2004).

Hasil penelitian di PKSC menunjukkan kemampuan berpikir kritis pada perawat yang mendapat *coaching* kepala ruang lebih banyak dibandingkan dengan perawat primer yang tidak diberi *coaching*. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian tentang pengaruh tiga komputer yang didesain untuk konferens terhadap ketrampilan berpikir kritis pada mahasiswa keperawatan (Duphorne & Gunawardena,2005), hasilnya desain konferens untuk memfasilitasi kebutuhan analisa menunjukkan rata-rata kemampuan berpikir kritis lebih tinggi. Demikian juga dengan metode konferens dalam tim pada penelitian ini menjadi sarana kepala ruang dalam memberikan *coaching*. Melalui sarana ini diharapkan kemampuan perawat primer dalam memberikan asuhan keperawatan menjadi lebih berkualitas.

Berdasarkan hasil penelitian tentang pengaruh *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis perawat primer dalam proses keperawatan, menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan (p value 0,044; 95% CI) . Hasil penelitian ini membawa kesimpulan bahwa *coaching* secara bermakna meningkatkan kemampuan berpikir kritis pada perawat primer di ruang rawat inap PKSC.

Coaching digunakan sebagai strategi yang efektif untuk mengembangkan sumber daya keperawatan. Aktivitas dan strategi lain yang dapat digunakan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis adalah: pemecahan masalah, penilaian klinis, berpikir reflektif, diskusi, studi kasus, peer review, laporan pergantian shift, konferens dan konsep pemetaan (Roussel, 2006). Salah satu yang digunakan dalam penelitian ini adalah konferens. Kegiatan konferen dalam tim ini merupakan sarana *coaching* kepala ruang terhadap perawat primer.

Melalui kegiatan konferens dalam tim, kepala ruang memberikan *coaching*, sehingga perawat primer mendapat kesempatan untuk mengklarifikasi pemahamannya dan mengevaluasi pemahaman orang lain, mengobservasi strategi berpikir orang lain untuk dijadikan referensi. Selain itu membantu perawat primer untuk meningkatkan kemampuan menelaah cara berpikir yang berhubungan dengan asuhan keperawatan dan merefleksikan alasan melakukan suatu tindakan keperawatan.

Peran utama pemimpin atau manajer keperawatan adalah mempromosikan berpikir kritis diantara tim keperawatan. Pemimpin atau manajer keperawatan dapat menggunakan strategi untuk mendorong pemecahan masalah dengan melakukan *brainstorming*. Selain itu penggunaan laporan antar shif/ronde keperawatan dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan seperti intervensi keperawatan yang efektif atau apa yang terjadi jika tindakan itu dipilih (Oermann, 1999). Kegiatan membahas suatu kejadian/kasus nyata ini merupakan pembelajaran melalui *strategi problem based learning (PBL)*

Kegiatan pembelajaran dengan strategi *problem based learning (PBL)* ini dapat dikembangkan agar kemampuan berpikir kritis perawat primer dapat dipertajam dari waktu ke waktu. PBL memfasilitasi individu untuk membagikan pendapatnya dengan yang lain, menganalisa situasi dengan cara yang berbeda dan berpikir lebih banyak kemungkinan untuk pemecahan masalah. Penelitian Celia & Gordon (2001) yang mengkaji 26 perawat baru terhadap program PBL menunjukkan PBL meningkatkan kolaborasi kelompok yang dinamis, tehnik pemecahan masalah dan ketrampilan berpikir kritis. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Yuan dkk (2008) pada penelitian ini menunjukkan adanya peningkatan kemampuan berpikir kritis pada siswa yang diberikan PBL pada semester pertama.

Kegiatan PBL ini menjadi fokus dari kegiatan konferens dalam tim yang bertujuan untuk mengurangi hambatan dalam berpikir kritis, seperti rutinitas. Rintangangan terbesar dalam berpikir adalah terjebak dalam rutinitas, dan cara

tersering yang membuat terjebak dalam rutinitas adalah penggunaan model kebiasaan. Model kebiasaan ini akan menghambat penyelidikan dan kreatifitas untuk menciptakan ide baru (Scheffer & Rubenfeld, 2006)

6.2. Pengaruh Panduan *Coaching* Kepala Ruang Terhadap Kemampuan pengambilan keputusan .

Kemampuan pengambilan keputusan merupakan proses yang kompleks dari proses kognitif dan menggambarkan sebagai memilih tindakan tertentu untuk menilai atau mengatasi masalah (Marquis & Huston, 2006).

Penelitian untuk melihat dampak penerapan panduan *coaching* terhadap kemampuan pengambilan keputusan perawat primer menggunakan kuesioner yang terdiri dari 20 pernyataan. Pernyataan tersebut dikembangkan dari konsep pengambilan keputusan dari Harrison (1981 dalam Marquis & Huston, 2006). Alat untuk mengukur kemampuan pengambilan keputusan , memuat unsur-unsur proses pengambilan keputusan yang terdiri dari mengidentifikasi masalah, pengumpulan data, mengidentifikasi kriteria keputusan, identifikasi alternatif, memilih alternatif, implementasi alternatif dan evaluasi tahapan dalam keputusan.

Pengambilan keputusan dalam keperawatan merupakan hal yang sangat kompleks, karena menyangkut permasalahan dengan manusia. Setiap aktivitas yang dilakukan perawat sebagai manajer maupun pelaksana , menggunakan ketrampilan interpersonal, intelektual dan berlandaskan etika profesi dalam pengambilan keputusan.

Aspek yang penting dalam pengambilan keputusan , yakni pengetahuan sebagai aspek isi dan berpikir sebagai aspek proses. Perawat dalam pengambilan keputusan , harus mempertimbangkan keberadaan pasien dan keluarga, anggota tim kesehatan lain, serta anggota tim keperawatan yang ada.

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh penerapan panduan *coaching* dengan kemampuan pengambilan keputusan diperoleh bahwa sebanyak 49 (63,6%) perawat primer mempunyai kemampuan pengambilan keputusan baik, sedangkan pada kelompok kontrol 36 (46,8%) sehingga selisihnya sebesar 16,8%. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna (p value 0,052) kemampuan pengambilan keputusan antara perawat primer yang diberi *coaching* dengan yang tidak diberi *coaching* oleh kepala ruang. *Coaching* merupakan suatu cara yang dapat diterapkan kepala ruang untuk memfasilitasi perawat primer dalam meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan dalam asuhan keperawatan. Melalui *Coaching* dan mentoring dapat menginspirasi dan memberdayakan sumber daya manusia, membangun komitmen, meningkatkan produktifitas, menumbuhkan talenta dan mencapai sukses (Olivier Serrat, 2009)

Manfaat *coaching* dapat meningkatkan kinerja individu dan organisasi, keseimbangan yang lebih baik antara pekerjaan dengan kehidupan, motivasi yang lebih tinggi, pemahaman diri yang lebih baik, pengambilan keputusan yang lebih baik dan peningkatan pelaksanaan manajemen perubahan. Seperti yang ditemukan dari beberapa riset, yang menegaskan keuntungan-keuntungan yang didapat dari *coaching* (Fillery-Travis and Lane, 2006; Jarvis, Lane and Fillery-Travis, 2006). Di Swiss, 92 persen dari pembelajaran yang ada menegaskan bahwa *coaching* memberikan pengaruh yang bermanfaat (Mindmove, 2005).

Tanner et al (1987) dalam O'Relly (1993), mempelajari strategi penalaran diagnostik perawat dan mahasiswa keperawatan dan menemukan bahwa adanya peningkatan pengetahuan dan pengalaman yang dihasilkan, akuisisi data yang sistematis dan akurasi diagnosa keperawatan yang lebih baik. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik yang dibuat perawat primer. Melalui strategi pembelajaran yang berfokus pada pengembangan ketrampilan klinis memungkinkan perawat primer dapat meningkatkan kemampuannya dalam memberi asuhan keperawatan melalui proses keperawatan.

Menurut Marquis & Huston (2000); Rubenfeld & Scheffer (2006) bahwa melalui proses keperawatan, perawat akan mengembangkan kemampuan berpikir kritis dan selanjutnya akan meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan. Pengambilan keputusan merupakan proses kognitif yang kompleks terutama pada saat memilih kegiatan mana yang akan dilakukan (Webster, 1991). Pengaruh lingkungan eksternal individu dapat meningkatkan atau menghambat kemampuan individu dalam pengambilan keputusan. Hal yang mendukung kemampuan berpikir kritis seperti pendidikan dan lingkungan belajar sebagai sarana mengembangkan kemampuan berpikir kreatif sebagai landasan dalam pengambilan keputusan.

Pendidikan dan lingkungan belajar memainkan peranan yang penting dalam meningkatkan kemampuan berpikir kreatif. Peningkatan kemampuan berpikir kreatif dapat dilakukan dengan memberi tantangan pada perawat primer untuk mengembangkan ide-ide, berdiskusi dan mendorong untuk memperluas wawasan dengan membaca. Salah satu kegiatann yang dapat memberikan stimulasi pada peningkatan kemampuan berpikir kreatif adalah dengan pembimbingan/*coaching*.

Coaching merupakan hubungan kolaborasi antara seorang *coach* dengan *coachee*/individu, lebih berfokus pada pembinaan pada waktu yang pendek, bertujuan untuk mengembangkan ketrampilan.*Coaching* dan mentoring dapat menginspirasi dan memberdayakan sumber daya manusia, membangun komitmen , meningkatkan produktifitas, menumbuhkan talenta dan mencapai sukses (Olivier Serrat, 2009)

Penelitian Kushnir dkk (2008) menunjukkan dampak *coaching* pada perawat yang mendapat pelatihan motivasi adanya peningkatan ketrampilan professional, motivasi dan *self efficacy*. *Coaching* berkontribusi penting dalam memfasilitasi perawat dari pendidikan ke lahan kerja profesional dan sebagai bentuk pengembangan staf.

Whithworth dkk (1998) menggambarkan *coaching* sebagai proses kolaborasi yang berfokus pada tindakan yang menggerakkan individu ke depan melalui proses belajar dan hasilnya membantu orang mencapai tujuan. Pembelajaran dapat dikaitkan dengan ketrampilan kerja, penjelasan tentang prosedur kerja organisasi/protokol, menemukan tantang baru , meningkatkan efisiensi dan produktivitas kerja atau isu-isu lain yang khusus di organisasi.

Berdasarkan uraian diatas maka penelitian ini walaupun menunjukkan tidak adanya pengaruh yang bermakna penerapan panduan *coaching* kepala ruang terhadap kemampuan perawat primer dalam pengambilan keputusan. Namun dapat mengembangkan pembelajaran yang berfokus pada pembelajaran aktif ini, menjadi sarana yang efektif untuk memotivasi perawat primer dan mengembangkan potensi yang dimiliki perawat primer. Selain itu metode keperawatan tim primer memungkinkan perawat primer memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan.

Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Gabriela (2003) yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara otonomi pengambilan keputusan terhadap kolaborasi perawat primer dengan dokter dan klien . Didukung pendapat Kron & Gray (1987 dalam Douglas, 1992), yang mengemukakan bahwa perawat primer mempunyai tanggung jawab, wewenang dan otonomi untuk perawatan klien, dimana setiap perawat primer dituntut untuk membuat keputusan final dalam melaksanakan asuhan keperawatan klien yang menjadi tanggung jawabnya.

Pendapat ini diperkuat pendapat Swanburg & Swanburg (2000), yang mengemukakan bahwa metode asuhan keperawatan primer merupakan perluasan dari desentralisasi kewenangan dengan memberi kewenangan pada seseorang perawat profesional (perawat primer) untuk membuat keputusan tentang proses keperawatan klien.

6.3. Faktor yang berpengaruh terhadap berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer.

Berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dipengaruhi oleh faktor individu perawat primer dan faktor situasi (Alfaro, 2009), yang meliputi umur/maturitas, pengalaman kerja, pendidikan, status perkawinan dan jenis kelamin (Rudan, 2003). Pada penelitian ini faktor individu yang dianggap potensial perancu terhadap berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer di ruang rawat inap PKSC adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan.

6.3.1. Umur

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik umur menunjukkan bahwa perawat primer di ruang rawat inap PKSC memiliki median umur 38 tahun. Berdasarkan analisis lanjutan menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh yang bermakna antara umur dengan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer ($p\text{ value} > 0,05$; 95% CI).

Perkembangan moral biasanya berhubungan dengan tingkat kedewasaan individu. Individu yang senior lebih banyak kesempatan mempraktekkan penalaran dalam berbagai situasi, namun umur juga dapat menghambat berpikir kritis (Alfaro, 2009).

Selain itu umur berkaitan dengan tingkat kedewasaan atau maturitas perawat yang dimaksud adalah tingkat kedewasaan tehnik yang dikaitkan dengan melaksanakan tugas-tugas tehnik dan pengalaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan maupun kedewasaan psikologis. Siagian (2006) menyatakan semakin lama orang bekerja atau berkarya, kedewasaan tehniknya semakin meningkat, demikian pula kedewasaan psikologisnya.

Selanjutnya perawat semakin mampu berinteraksi dengan orang lain, mampu mengendalikan emosi, berpikir kritis dan mengambil keputusan, sehingga diharapkan mempunyai tingkat kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang lebih baik. Berbeda dengan pendapat Gibson (1997), umur

sebagai subvariabel demografi mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja.

Umur dapat mempengaruhi produktivitas, semakin bertambahnya umur seseorang produktivitas akan merosot. Berjalannya waktu menyebabkan ketrampilan seorang individu terutama kecepatan, kecekatan, kekuatan, dan koordinasi menurun dan bahkan kebosanan pekerjaan yang berlarut-larut dan kurangnya rangsangan intelektual akan menyebabkan berkurangnya produktivitas (Robbins, 2003)

Kondisi ini tidak terjadi pada perawat primer di PKSC, dimana sebagian besar perawat primer berumur dewasa penuh, berada pada umur produktif (23-55 tahun), memiliki kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang baik. Hal ini dapat disebabkan adanya dukungan dari kepala ruang kepada staf dalam pemberian asuhan keperawatan. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang menunjukkan tidak ada hubungan umur Registered Nurse (RN) dengan kemampuan berpikir kritis (Steven & Smith, 2001). Namun untuk pengambilan keputusan hasil penelitian Salehi, dkk (2007), menunjukkan adanya hubungan kemampuan pengambilan keputusan dengan umur, pengalaman kerja, tahun kelulusan dari pendidikan.

Berdasarkan uraian diatas umur perawat primer yang rata-rata umur produktif tidak ada hubungan dengan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan, tidak berarti semakin bertambah umur maka akan menurunkan produktivitas kerja. Melalui *coaching* kepala ruang kemampuan perawat primer dapat ditingkatkan yang berarti akan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan perawat primer kepada klien.

6.3.2. Pengalaman kerja

Hasil penelitian berdasarkan pengalaman kerja menunjukkan bahwa perawat primer yang bekerja di ruang rawat inap PKSC memiliki pengalaman kerja rata-rata 15 tahun, berdasarkan analisa lanjutan menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara pengalaman kerja dengan kemampuan

berpikir kritis dan pengambilan keputusan (p value > 0,05; 95% CI). Hasil penelitian ini diperkuat dengan penelitian Hicks et al (2003) tentang kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang menunjukkan pengalaman kerja tidak berpengaruh dengan kemampuan berpikir kritis .

Pengalaman dapat menjadi faktor yang meningkatkan berpikir kritis (Alfaro, 2009), demikian juga dalam pengambilan keputusan. Pemahaman yang mendalam dalam mengatasi masalah pasien berkembang melalui pengetahuan dan pengalaman (Mattingly, 1991 dalam O'Relly, 1993).

Hasil penelitian terhadap umur dan pengalaman kerja dengan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan ini senada dengan penelitian Howenstein et al (1996) hasilnya umur dan pengalaman kerja mempunyai hubungan negatif dengan skor WTGA (*The Watson Galser Critical Thinking Appraisal*). Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Hicks et al (2003) tentang kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan di ruang perawatan kritis , yang menunjukkan pengalaman lamanya kerja berhubungan secara konsisten dengan pengambilan keputusan.

Seperti hasil penelitian Asnet (2001) menunjukkan adanya hubungan signifikan pengalaman kerja dengan kemampuan perawat dalam pengambilan keputusan. Berarti semakin lama pengalaman kerja perawat maka akan lebih banyak pengalaman dalam membuat keputusan klinik sehingga akan semakin meningkatkan kemampuan dalam pengambilan keputusan.

Hal ini diperkuat dengan pendapat Swanburg & Swanburg (2000), bahwa melalui peningkatan pengetahuan dan pengalaman, seorang perawat menjadi lebih ahli (*expert*) dalam memilih alternatif, proses pengambilan keputusan, sehingga tindakan pengambilan keputusan akan terjadi secara otomatis (*unconscious competence*)

Kondisi tersebut tidak terjadi di ruang rawat inap PKSC dimana umur dan pengalaman kerja tidak berpengaruh terhadap kemampuan berpikir kritis dan

pengambilan keputusan . Hal ini disebabkan adanya kesempatan yang diberikan kepada perawat primer untuk meningkatkan kemampuan melalui program pengembangan selama responden bekerja sebagai perawat di PKSC. Sehingga faktor eksternal perawat primer ini memberikan dukungan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan.

Selain itu dengan pengembangan *coaching* sebagai sarana pembelajaran aktif akan menstimulasi perawat senior maupun junior untuk dapat meningkatkan kemampuannya. Peran kepala ruang menjadi penting dalam pembimbingan agar kualitas sumber daya keperawatan meningkat. Hal ini diperkuat antara senioritas dan produktifitas menunjukkan hasil senioritas bukanlah peramal yang baik untuk produktifitas. Hal ini menyakinkan bahwa orang-orang yang telah lama kerja berada pada suatu pekerjaan akan lebih produktif dibandingkan karyawan yang senioritasnya rendah (Robbins, 2003)

6.3.3. Jenis kelamin

Hasil penelitian berdasarkan jenis kelamin terhadap kemampuan berpikir kritis didapatkan hasil bahwa perawat primer perempuan (97,4%) lebih banyak dibandingkan dengan perawat primer laki-laki . berdasarkan analisis lanjutan menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara jenis kelamin dengan berpikir kritis dan pengambilan keputusan ($p\text{ value} > 0,05$) .

Variasi individu dalam pengambilan keputusan salah satunya adalah cara individu berpikir dan pengambilan keputusan (Marquis & Huston, 2006), setiap individu berpikir secara berbeda, ada yang sistematis yang disebut analitis dan ada yang berpikir secara intuisi. Sebagian merasa bahwa ada perbedaan gender dalam cara berpikir dan berperilaku.

Tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisa, dorongan kompetitif, motivasi atau kemampuan belajar. Pada studi psikologis menunjukkan wanita lebih bersedia mematuhi wewenang dan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinan dari wanita mencapai sukses tapi perbedaannya hanya sedikit.

Diasumsikan bahwa tidak ada perbedaan berarti dalam produktivitas pekerjaan antara pria dan wanita (Robbins, 2003).

Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Rudan (2003) yang memperlihatkan jenis kelamin berpengaruh terhadap pengambilan keputusan. Laki-laki kurang memperhatikan hubungan dan menolak untuk dipengaruhi dalam pengambilan keputusan. Diperkuat dengan hasil penelitian Tucker (1999) yang menunjukkan skor berpikir kritis berkorelasi secara signifikan dengan jenis kelamin. Seperti hasil penelitian Steven dkk (2002) menunjukkan kemampuan berpikir kritis perawat terdaftar (RN) laki-laki mempunyai skor lebih tinggi dibandingkan RN perempuan.

Kondisi ini tidak terjadi di PKSC, karena jumlah responden laki-laki sangat sedikit dibandingkan dengan perawat primer perempuan, sehingga tidak dapat menggambarkan perbedaan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan. Sehingga dapat disimpulkan walaupun secara statistik jumlah perawat primer laki-laki sedikit tetapi dalam berpikir kritis dan pengambilan keputusan bukan berarti mempunyai kemampuan yang kurang. Peluang perawat primer perempuan untuk memiliki kemampuan berpikir kritis 2,4 kali dibandingkan dengan perawat primer laki-laki, karena mayoritas adalah perempuan.

6.3.4. Pendidikan

Hasil penelitian berdasarkan tingkat pendidikan perawat primer menunjukkan sebagian besar perawat primer di ruang rawat inap memiliki tingkat pendidikan DIII keperawatan (91,6%). Sedangkan pendidikan S1 keperawatan masih sedikit jumlahnya (8,4%). Hasil analisis lanjut menunjukkan tidak ada pengaruh yang signifikan pendidikan terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan.

Hal ini dapat terjadi karena jumlah perawat primer dengan pendidikan DIII keperawatan lebih banyak dibandingkan dengan S1 Keperawatan, sehingga tidak dapat menunjukkan hasil yang signifikan. Namun dari hasil beberapa

penelitian menunjukkan adanya suatu hubungan pendidikan dengan kemampuan berpikir kritis. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka kemampuan dalam menganalisa, menginterpretasi, mengevaluasi maupun berpikir induktif dan deduktif semakin tinggi, yang merupakan lima domain ketrampilan berpikir kritis dari CCTST (Facione, 1990 dalam Alfaro,2009)

Pendidikan dan lingkungan belajar memainkan peranan yang penting dalam meningkatkan kemampuan berpikir kreatif. Berpikir kreatif diperlukan dalam pengambilan keputusan . Pengetahuan dan pengalaman berhubungan dengan kompetensi. Pada penelitian Howenstein et al (1996) menunjukkan jenjang pendidikan berkorelasi positif dengan skor WTGA (*The Watson Galser Critical Thinking Appraisal*), dan tidak ada hubungan antara WTGA dengan area praktik. Setiap orang dapat meningkatkan kemampuan dalam berpikir kritis melalui berbagai cara yang menstimulasi proses pikir dan meningkatkan kebiasaan berpikir. Hal ini juga terlihat pada hasil penelitian Salehi, dkk (2007), menemukan kemampuan berpikir kritis perawat dan mahasiswa keperawatan mempunyai nilai rendah. Hal ini disebabkan berbagai faktor seperti sistem pendidikan dan lingkungan kerja yang kurang.

Menurut hasil penelitian Martin (1998), menunjukkan bahwa perawat perawat spesialis memiliki kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan lebih tinggi dibandingkan dengan mahasiswa, dan perawat yang baru lulus. Seperti halnya dengan hasil penelitian Brooks KL (2009) yang menunjukkan adanya hubungan antara pengambilan keputusan klinis dan kemampuan berpikir kritis dengan tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan semakin tinggi menunjukkan kemampuan berpikir kritis meningkat sedangkan kemampuan pengambilan keputusan didapatkan hasil yang sama pada semua tingkat pendidikan (Diploma, S1 Keperawatan dan spesialis keperawatan).Seperti pada penelitian Steven & Smith (2002) yang menunjukkan kemampuan berpikir kritis perawat dengan pendidikan sarjana lebih besar dibandingkan perawat dengan pendidikan diploma.

Pendidikan memainkan peranan utama dalam pengembangan ketrampilan berpikir. Pendidikan mengharuskan untuk berpikir analitis. Pendidikan menanamkan prinsip-prinsip berpikir dan penalaran yang akan menuntut untuk memiliki kemampuan berpikir kritis yang baik. Hasil dari proses berpikir kritis adalah keputusan. Pengambilan keputusan mengenai perawatan pasien adalah salah satu proses penting perawat dalam berpikir kritis yang akan membantu perawat membuat keputusan dengan tepat. Berpikir kritis akan membantu individu untuk mendapatkan persepsi yang baik tentang subyek dan akibatnya sehingga dapat membuat keputusan yang tepat.

Walaupun pendidikan mempengaruhi cara orang berpikir dan bertindak, namun ada aspek lain yang dapat berpengaruh seperti kecerdasan emosional, rasa percaya diri, dan pengalaman masa lalu. Selain itu untuk mengukur kemampuan berpikir kritis diperlukan alat ukur yang dapat menilai kemampuan kognitif dan sikap. Seperti yang dikembangkan oleh Facione melalui CCTST (*The California Critical Thinking Skill Test*), test yang menilai lima domain ketrampilan berpikir kritis.

Penelitian Khalili & Zadeh (2003), menggunakan CCTST versi Persia untuk mengukur kemampuan berpikir kritis. Pengukuran dengan menggunakan 34 pertanyaan dengan *multiple choice* untuk satu jawaban benar, dikembangkan dari lima domain ketrampilan berpikir kritis. Lima domain tersebut adalah: analisa, evaluasi, inferensi, pemikiran induktif dan deduktif. Hasil penelitian menunjukkan penggunaan CCTST dapat membedakan tingkat berpikir kritis seseorang.

Demikian juga dengan penelitian metode Delphi yang dilakukan oleh Facione (1990) menemukan bahwa interpretasi, analisa, evaluasi, inferensi, penjelasan dan pengaturan diri merupakan ketrampilan inti yang diperlukan untuk berpikir kritis. Hal ini diperkuat dengan penelitian oleh Scheffer dan Rubinfeld pada tahun 1998 yang melakukan survey tentang berpikir kritis dalam keperawatan. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa berpikir kritis merupakan bagian yang krusial kualitas asuhan keperawatan dan tanggung jawab profesional, dan menemukan beberapa kebiasaan berpikir meliputi

kerahasiaan, perspektif kontekstual, kreativitas, fleksibilitas, keingintahuan, ketekunan, kecerdasan, intuisi, berpikir terbuka/luas, dan reflektif. (Scheffer & Rubenfeld, 2000) .

Walaupun dalam penelitian ini tidak menunjukkan adanya pengaruh pendidikan dengan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan, namun tetap harus melakukan upaya peningkatan mutu asuhan keperawatan melalui pemberdayaan sumber daya keperawatan. Selain itu pembelajaran melalui kasus klinik menunjukkan prestasi yang lebih baik dan memotivasi untuk belajar (Abraham et al, 2004 dalam Sudaryanto, 2008). Melalui kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang baik akan menghasilkan asuhan keperawatan yang meningkatkan keselamatan pasien, kepuasan pasien dan kepuasan perawat primer.

Selain itu juga penelitian ini untuk mengukur kemampuan berpikir kritis menggunakan kuesioner yang berisi kemampuan kognitif saja belum mencakup domain sikap dan psikomotor demikian juga pernyataan pada pengukuran kemampuan pengambilan keputusan . Sehingga perlunya pengembangan dari isi kuesioner selain itu dapat menggunakan penilaian melalui observasi atau pengamatan .

6.3.5. Status Perkawinan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat primer di ruang rawat inap PKSC berstatus sudah menikah (89%). Hasil analisis selanjutnya menunjukkan tidak ada pengaruh yang signifikan status perkawinan dengan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Richard Rich (1987) dalam O'Relly (1993), yang menemukan perawat umur muda dan berstatus belum menikah berada pada risiko tinggi mengalami stress karena tekanan yang ada pada aktivitas keperawatan. Faktor stress ini merupakan faktor situasi yang dapat mempengaruhi berpikir kritis.

Menurut Robbins (2003). karyawan dengan status menikah menunjukkan lebih sedikit absensinya, lebih puas dengan pekerjaannya daripada rekannya yang belum menikah. Perkawinan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting .

Menurut peneliti, kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dapat terjadi juga pada perawat primer yang mempunyai status sudah menikah, karena jika ada konflik dalam rumah tangga akan menjadi sumber stressor yang akan mempengaruhi seseorang dalam berpikir kritis dan pengambilan keputusan karena kurangnya konsentrasi.

Pada penelitian ini menunjukkan tidak ada pengaruh status perkawinan dengan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan. Hal ini tidak mengurangi kemampuan perawat primer untuk melaksanakan asuhan keperawatan. Dengan kata lain perawat primer mempunyai kemampuan mengatur kehidupannya dengan tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

6.4. Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah waktu untuk pelaksanaan panduan *coaching* secara mandiri oleh kepala ruang yang singkat , hanya 2 minggu, karena penelitian ini dibatasi waktu pendidikan . Agar dapat melihat pengaruh yang lebih baik dari penerapan panduan *coaching*, sebaiknya dilakukan selama kurang lebih 3 bulan, agar terlihat jelas perbedaannya. Selama 3 bulan ini dilakukan dilakukan monitoring dan evaluasi tiap 1 minggu sekali untuk setiap kepala ruang agar dapat melihat efektifitas pelaksanaan panduan *coaching*.

Modul panduan *coaching* kepala ruang yang disusun peneliti masih perlu dievaluasi dan direvisi kembali agar panduan tersebut lebih baik lagi sehingga perlu konsultasi dengan ahlinya dan disharingkan dalam *peer group*. Pelaksanaan *coaching* hanya menggunakan sarana konferens sehingga masih perlu dikembangkan dengan aktivitas lain yang dapat mendukung

pengembangan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer agar lebih efektif.

Selain itu kuesioner yang digunakan untuk mengukur kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan disusun oleh peneliti sendiri, Kuesioner perlu direvisi dengan memasukkan kontens tidak hanya kemampuan pengetahuan tetapi juga sikap dan psikomotor seperti yang dikembangkan dalam pengukuran berpikir kritis oleh Facione, dan disesuaikan dengan lingkup dan tujuan penilaian.

6.5. Implikasi penelitian

Implikasi hasil penelitian ini menjelaskan tentang kemanfaatan penerapan hasil penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan bagi peneliti yang ingin melakukan penelitian lain terkait dengan *coaching*.

6.5.1. Implikasi teoritis

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi teoritis. Dari teori *coaching* yang diterapkan dalam konsep praktek keperawatan profesional, memberikan implikasi teori keperawatan khususnya bidang manajemen dan kepemimpinan dalam keperawatan bahwa untuk menciptakan pelayanan keperawatan yang profesional diperlukan suatu pembimbingan/*coaching* agar pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan visi, misi dan tujuan organisasi.

6.5.2. Implikasi praktik

6.5.2.1. Pelayanan keperawatan

6.5.2.1.1. Manajemen Keperawatan

Hasil penelitian ini memiliki beberapa implikasi yang bermanfaat, khususnya pada pihak manajemen PKSC untuk dapat mengembangkan suatu strategi *coaching* yang berprinsip pada pengembangan sumber daya keperawatan dengan memiliki kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan baik. Hal ini berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan adanya pengaruh secara

signifikan *coaching* dengan berpikir kritis dan pengambilan keputusan.

Mengembangkan *coaching* sebagai sarana pengembangan dan karir staf melalui *peer coaching*, penggunaan *coaching* untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga (*Health coaching*). Selain itu untuk meningkatkan peran kolaborasi perawat dengan tim kesehatan lain (*Interprofessional coaching*).

6.5.2.1.2. Kepala ruang

Kepala ruang dalam melaksanakan peran pengarahan bagi staf perawat yang menjadi tanggung jawabnya. Pembimbingan yang berkelanjutan melalui *coaching* dikembangkan untuk dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga dapat mencapai mutu pelayanan keperawatan yang optimal.

6.5.2.2. Penelitian keperawatan

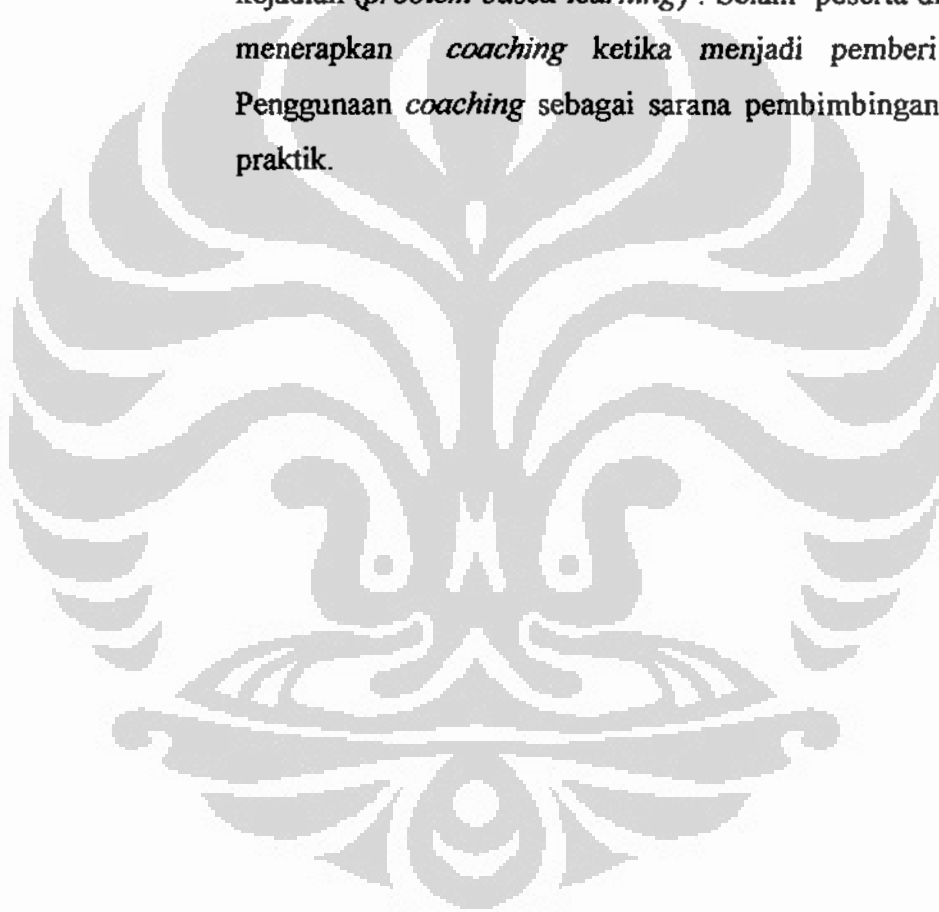
Penelitian ini merupakan penelitian pengembangan dari penelitian dari beberapa penelitian sebelumnya dalam mengimplementasikan pembimbingan/*coaching* di tatanan pelayanan keperawatan. Oleh karena itu terbuka peluang untuk pengembangan berkelanjutan terhadap teori *coaching* ini. Selain itu penting untuk menguji efektifitas penerapan *coaching* terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan.

Metode pengumpulan data dengan kuesioner tentang pengukuran berpikir kritis dan pengambilan keputusan tidak hanya dari ketrampilan kognitif tetapi juga sikap. Selain itu perlu dikembangkan pengukuran berpikir kritis dan

pengambilan keputusan dengan menggunakan lembar observasi/ pengamatan .

6.5.2.3. Pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan implikasi bahwa pendidikan perlu lebih memahami dan menerapkan konsep *coaching* dalam tatanan praktek keperawatan profesional sehingga diharapkan peserta didik dapat mengembangkan ketrampilan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dengan pembelajaran berdasarkan kejadian (*problem based learning*) . Selain peserta didik dapat menerapkan *coaching* ketika menjadi pemberi asuhan. Penggunaan *coaching* sebagai sarana pembimbingan di lahan praktik.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian ini, dapat ditarik beberapa simpulan yaitu

- 7.1.1. Karakteristik perawat primer di ruang rawat inap PKSC pada kelompok intervensi sebagian besar berumur rata-rata 38 tahun, termasuk usia dewasa penuh, berjenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan terbanyak DIII Keperawatan, rata-rata perawat senior dan lebih banyak berstatus sudah menikah. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar berumur rata-rata 40 tahun, berjenis kelamin perempuan, dengan tingkat pendidikan terbanyak DIII Keperawatan, termasuk perawat senior dan mayoritas sudah menikah.
- 7.1.2. Tidak ada pengaruh karakteristik perawat primer (umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan) dengan kemampuan berpikir kritis dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC.
- 7.1.3. Tidak ada pengaruh karakteristik perawat primer (umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan) dengan kemampuan pengambilan keputusan dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC.
- 7.1.4. Tidak ada perbedaan yang signifikan kemampuan berpikir kritis perawat primer dalam proses keperawatan yang diberi *coaching* kepala ruang terhadap kelompok intervensi dibandingkan kelompok tanpa pemberian *coaching* di ruang rawat inap PKSC.
- 7.1.5. Perawat primer yang diberikan *coaching* oleh kepala ruang memiliki kemampuan berpikir kritis baik lebih banyak dibandingkan dengan kelompok kontrol. Serta Perawat primer yang mendapat *coaching* mempunyai peluang 2 kali untuk memiliki kemampuan berpikir kritis baik dibandingkan dengan tanpa *coaching*.

- 7.1.6. Tidak ada perbedaan bermakna kemampuan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan yang diberikan *coaching* oleh kepala ruang terhadap kelompok intervensi dibandingkan kelompok tanpa pemberian *coaching* di ruang rawat inap PKSC. Perawat primer yang diberikan *coaching* oleh kepala ruang memiliki kemampuan pengambilan keputusan baik lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak diberikan *coaching*.
- 7.1.7. Faktor yang berpengaruh dengan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer adalah variabel *coaching*.

7.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka peneliti menyarankan kepada;

7.2.1. Manajemen Keperawatan

- 7.2.1.1. Perlu diadakan pelatihan dan pengembangan bagi kepala ruang terkait dengan kemampuan kepemimpinan dan manajerial di ruangan khususnya fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan (4P). Pada fungsi pengarahan kepala ruang dapat menerapkan *coaching*, dan pengawasan dengan supervisi dan monitoring.
- 7.2.1.2. Membuat SOP tentang penerapan *coaching* serta disosialisasikan pada semua kepala ruang, supervisor klinik, Ka Tim dan perawat pelaksana agar dapat memberikan bimbingan bagi teman sejawat maupun pasien dan keluarga pasien.
- 7.2.1.3. Menerapkan *coaching* pada program orientasi perawat baru agar dapat mencapai kompetensi kognitif, psikomotor dan afektif serta sebagai upaya meningkatkan kinerja dan motivasi perawat.

7.2.2. Pendidikan keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka kompetensi perawat dalam berpikir kritis dan pengambilan keputusan perlu ditekankan sejak proses pembelajaran di pendidikan. Menerapkan tehnik *Coaching* selama proses pembelajaran peserta didik di kelas, laboratorium maupun saat praktek klinik.

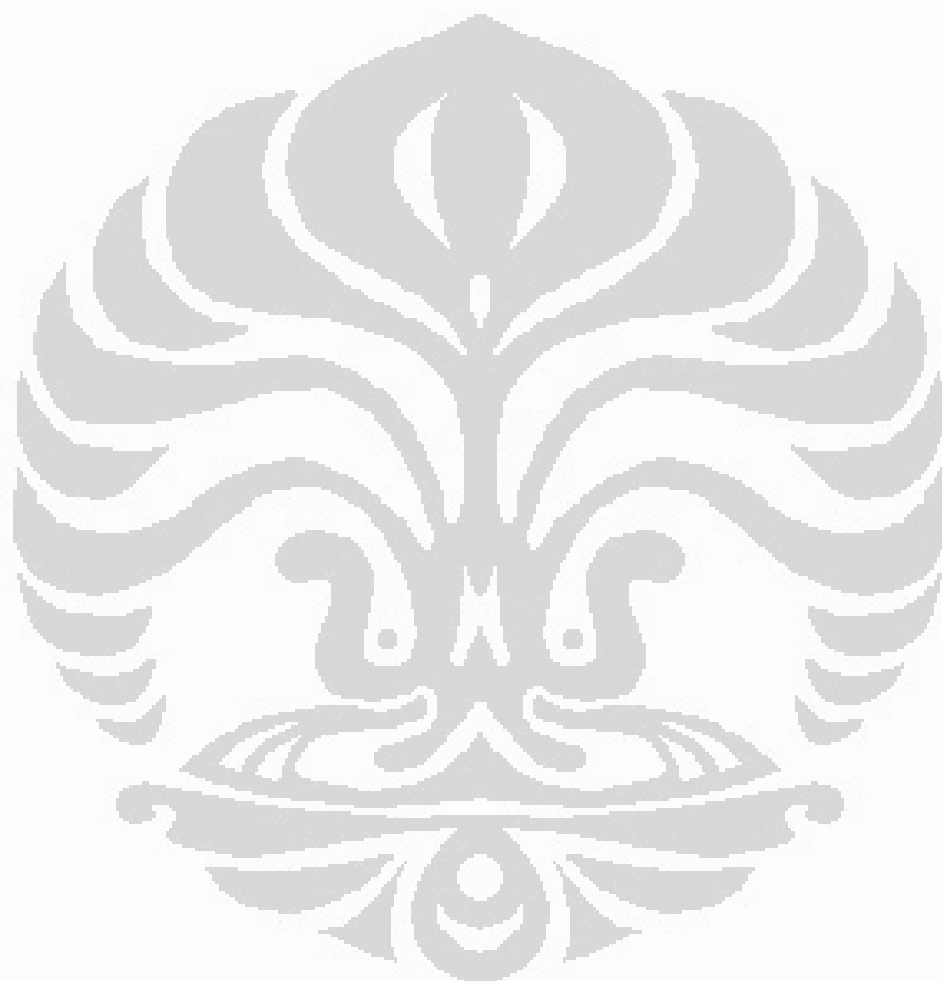
7.2.3. Peneliti lebih lanjut

7.2.3.1. Penelitian ini menggunakan metode *quasi eksperimental* yang menguji pengaruh *coaching* terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer, untuk itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut yang menggali lebih dalam bagaimana pendapat perawat primer tentang pentingnya *coaching* untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dengan metode riset kualitatif. Kemudian untuk pelaksanaan *coaching* lebih efektif dilakukan dalam waktu minimal 3 bulan dengan pendampingan 1 kali seminggu pada kepala ruang dan supervisi 2 minggu sekali .

Mengembangkan metode pengumpulan data tentang berpikir kritis dengan lembar observasi/pengamatan, dan wawancara agar mendapatkan hasil pengukuran yang lebih akurat. Selain itu pengembangan dari kontens kuesioner untuk berpikir kritis berupa soal dengan *multiple choice* dan merupakan data numerik, sehingga skor yang yang dicapai akan memberikan gambaran agar dapat membedakan kemampuan berpikir kritis seseorang.

7.2.3.2. Penelitian ini dapat dikembangkan dengan responden yang berbeda , untuk mengetahui pengaruh *coaching* pada perawat pelaksana maupun mahasiswa yang sedang praktek klinik

selain itu pengukuran terhadap pendidikan antara vokasional dan ners untuk melihat kesetaraan dalam berpikir kritis dan pengambilan keputusan. Berikutnya dapat juga dikembangkan penelitian tentang analisa faktor-faktor yang mempengaruhi *coaching* kepala ruang terhadap berpikir kritis dan pengambilan keputusan.



DAFTAR PUSTAKA

- Aditama.(2003). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Jakarta: Penerbit universitas Indonesia.
- Alfaro. (2009). *Critical Thinking and Clinical Judgment: a Practical Approach to Outcome Focused Thinking*. Fourth Edition. Saunders: An Imprint of Elsevier.Inc.
- Bandman & Bandman. (1995). *Critical Thinking in Nursing*. Second Edition. Appleton & Lange.
- Brunt. B . (2005). *Models, measurement, and strategies in developing critical-thinking skills*. The Journal of Continuing education in Nursing: Nov/Dec 2005. Di akses pada tgl 04 Pebruari 2010 pk 15.00 WIB melalui www.proquest.com
- Casper & Kowalski . *The coaching process: an effective tool for professional development*. Nurs Adm Q, 2007 Apr-Jun. Di akses pada tgl 23 Jan 2010 pk 09.30 WIB melalui <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Chabeli . *Facilitating critical thinking within the nursing process framework: a literatur review*. Health SA Gesondheid, Dec,2007. Diakses pada tgl 23 Feb 2010 pk 21.30 WIB melalui <http://findarticles.com>
- Cooper & Palmer. (2000). *Mentoring, preceptorship and clinical supervision: guide to profesional roles in clinical practice*. Second edition. Blackwell Science Ltd.
- Craven. (2003). *Fundamental of nursing : human health and function*. Fourth Edition. Lippincott
- Deswani (2009). *Proses keperawatan dan berpikir kritis*. Jakarta: Salemba Medika
- Donner.,J & Wheeler .(2009). *Coaching in nursing: an introduction*. USA: ICN and Sigma Theta Tau International .

- Donner & Wheeler. (2007). *A guide to coaching and mentoring in nursing*. International Council of Nurses. Geneva.
- Dorothy del Bueno. *A crisis in critical thinking*. Nursing Education Perspectives. New York: Sep/Oct 2005. Vol. 26, Edisi 5; pg. 278, 5 pgs .Diakses tgl 08 Maret 2010 pk 21.00 melalui <http://proquest.umi.com/pqdweb>.
- Douglas.,I.M (1992). *The effective nurse leader and manager*. Fourth Edition. Toronto :Mosby Year Book.
- Dunn & Waddell (2005). *Peer coaching: the next step in staff development*. J. Contin. Educ.Nurs,2005 Mar-Apr. Di akses pada tgl 23 Jan 2010 pk 09.30 WIB melalui <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Ellis. J.D & Hartley (2008) .*Nursing in today's world: trend, issues, and management*. Lippincot: William & Wilkins
- Fielden et al. (2009). *Innovation in coaching and mentoring : implications for nurse leadership development*. Diakses pada tgl 26 feb 2010 pk 23.00 WIB melalui <http://hsmr.rsmjournal.com>.
- Fisher,A (2009). *Berpikir kritis: sebuah pengantar*. Alih bahasa Benyamin H. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Gabriela. E (2003). *Kontribusi karakteristik perawat dan metode keperawatan tim primer terhadap penerapan kolaborasi perawat primer dengan dokter dan klien di PK St Carolus Jakarta*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI, Depok, tidak dipublikasikan.
- Gillies D.A .(1994), *Nursing management a system approach*. Third Edition. Philadelphia. WB Saunders
- Hamid. A (2008) . *Buku ajar riset keperawatan : Konsep, Etika & Instrumentasi*. Edisi 2. Jakarta : EGC

- Hastono. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok : FKM-UI
- Huber,Diane l (2000),*Leadership and nursing care management*,3th Edition,Philadelphia,Pennsylvania
- Jones. ,JH (2010). *Developing critical thinking in the operative enviroment*. AORN Journal. February 2010 Vol 91 no 2. Diakses pada tanggal 5 Maret 2010 pk 21.00 WIB melalui www.aorn.org
- Khalili & Zadeh (2003). *Investigation of reliability, validity and normality persian version of the california critical thinking skill test:form B (CCTST)*. Journal of Medical Education, Spring, 2003. Vol 3, No 1. Diakses tgl 19 peb 2010 pk 10.30 WIB melalui <http://www.eric.ed.gov>
- Kozier et al. (2004). *Fundamental of nursing concepts, process and practice*. Seventh Edition. New Jersey: Pearson Education.Inc
- Kozier,Barbara,et.al.(2006). *Praktik keperawatan profesional: konsep & perspektif* .alih bahasa Yuyun dkk,Editor edisi bahasa Indonesia.Ed 4.Jakarta : EGC
- Kushnir.,et al (2008). *The effect of coaching project in nursing on the coaches' training motivation, training outcomes, and job performance: an experimental Study*. Int J Nurs stud. Di akses pada tanggal 23 Pebruari 2010 pk 20.30 WIB melalui <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Leo Bunga,A (2001). *Hubungan karakteristik individu dan penerapan metode asuhan keperawatan primer dengan kemampuan perawat dalam pengambilan keputusan di unit penyakit dalam dan bedah pelayanan kesehatan St Carolus Jakarta 2001*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI, Depok, tidak dipublikasikan.
- Logan. R . (2009). *The 5 r coaching process*. CoachNet. International Ministries. Diakses pada tgl 03 Maret 2010 pk 21.00 WIB melalui www.coachnet.org.

- Lunney (2003). *Critical thinking and accuracy nursing diagnose*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. Jul-Sept 2003. Diakses pada tgl 23 Feb 2010 pk 21.30 WIB melalui <http://findarticles.com>
- Marriner, A. (2009). *Guide to nursing management and leadership*. Eighth Edition. Mosby. Inc.
- Marquis & Huston (2006). *Leadership roles and management function : theory and application*. Fifth edition. Lippincott
- Notoatmodjo. S (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Cetakan kedua. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Nugroho, Wahjudi (2008) *Keperawatan: gerontik & geriatrik*. Edisi 3 Jakarta, EGC
- O'Relly. (1993). *Barriers to effective clinical decision making in nursing*. Di akses pada tgl 19 Jan 2010 pk 15.00 WIB melalui <http://www.ciap.health.nsw.gov.au>
- Pacsi. (2008) *Human stimulator in nursing education*. Lehman College, City University of new York, USA. Diakses pada tgl 18 Jan 2010 pk 21.30 WIB melalui <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Passmore. J (2010). *Excellent in coaching : panduan lengkap menjadi coach profesional*. Jakarta: PPM
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2010). *Standar profesi dan kode etik perawat Indonesia*. Jakarta.
- Polit & Hungler. (1999). *Nursing research, principles and methods* .6th Edition. Philadelphia: Lippincott
- Prasetyo, B & Jannah (2005). *Metode penelitian kuantitatif: teori dan aplikasi*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Price.,A et al (2009). *Using coaching intervention to develop clinical skill*. Nursing Standard, Harrow-on-the-Hill: Jul 8-Jul 14. 2009. Vol 23 Edisi 44;

pg 48, 9 pgs. Diakses pada tanggal 8 Maret 2010 pk 19.30 WIB melalui <http://proquest.umi.com/pqdweb>

Robbins (2003). *Perilaku organisasi*. Edisi Pertama Alih Bahasa Tim Indeks. Jakarta: Kelompok Gramedia

Roussel.L. (2006). *Nursing management & leadership*. 4th edition. Sudburg : Jones & Bartlett Publisher Inc.

Routson. J . *Coaching – an essential skill for nursing leader*. Di akses tgl 03 Maret 2010 pk 20 Januari 2010 melalui <http://www.medhunters.com>.

Salehi et al (2007). *Critical thinking and decision making in nurse*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Winter 2007, vol 12, No 1. Diakses tgl 02 Pebruari 2010 pk 21.00 WIB melalui <http://proquest.umi.com/pqdweb>

Sastroasmoro & Ismael (2008) *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ketiga. Jakarta: CV Sagung Seto

Setiadi (2007). *Konsep & penulisan riset keperawatan* .Edisi pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu

Siagian ,SP (2006). *Manajemen sumber daya manusia*, Jakarta: Bumi Aksara

Sitorus ,R.(2006). *Model praktek keperawatan profesional di rumah sakit: penataan struktur & proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: EGC

Sugiyono (2009). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Cetakan 7. Bandung : CV Alfabeta

Suyanto. (2008). *Mengenal kepemimpinan dan manajemen keperawatan di rumah sakit*. Cetakan pertama. Yogyakarta : Mitra Cendikia Press.

Sullivan.EJ & Decker . (1988) *Effective management in nursing*. Addison-Wesley, California

- Sullivan E.J & Decker. (2001). *Effective leadership and management in nursing*. 5th edition. New Jersey: Prentice Hall.Inc
- Scheffer & Rubenfeld . (2006). *Berpikir kritis dalam keperawatan*. Ed 2. Alih bahasa Ana L. Jakarta: EGC
- Steven.(1991) . *An introduction to critical thinking* . Di akses tgl 05 maret 2010 pk 21.00 melalui <http://www.freeinquiry.com/critical-thinking.html>
- Swanburg. (2000). *Pengantar kepemimpinan & manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. Alih bahasa Suharyati S. Editor , Monica Ester. Jakarta: EGC
- Tappen. R.M (1989). *Nursing leadership and management : concept and practice*. Philadelphia: Davis Company
- White (2005). *Foundations of basic nursing*. Second Edition . USA : Thomson
- Young . Brockopp & Hastings (2000). *Dasar-dasar riset keperawatan*. Edisi 2. Alih bahasa Yasmin dkk. Jakarta: EGC .
- Yuan.,H (2008). *Improvement of nursing students' critical thinking skill through problem-based learning in people's republic of china: quasy -experimental study*. Diakses pada tanggal 5 Maret 2010 pk 21.30 WIB melalui <http://www.interscience.wiley.com>
- Zaman, Saeful & Sandi (2009). *Myers- Briggs type indicator: cara menggali potensi diri untuk meraih kesempatan kerja*. Jakarta: Transmedia Pustaka.
- *Coaching Process*. Diakses pada tgl 23 peb 2010 pk 21.15 WIB melalui <http://www.sjbrownandaassoc.com>

RENCANA WAKTU PENELITIAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA, 2010



N	Kegiatan	Januari				Pebruari				Maret				April				Mei				Juni				Juli							
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV				
0	Memilih judul																																
1	Studi Pendahuluan																																
2	Menyusun Proposal																																
3	Seminar Proposal																																
4	Revisi Proposal																																
5	Sosialisasi Proposal																																
6	Pelaksanaan Penelitian																																
7	Analisis Penelitian																																
8	Penyusunan Laporan																																
9	Seminar hasil penelitian																																
10	Revisi hasil penelitian																																
11	Sidang Tesis																																

KUESIONER

**Pengaruh Panduan *Coaching* Kepala Ruang Terhadap
Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan
Keputusan Perawat Primer dalam Proses
Keperawatan di Ruang Rawat Inap**

PKSC**OLEH :****BERTHA TRI SUMARTINI****0806446025**

**PROGRAM MAGISTER FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2010**



FORMULIR A

KODE RESPONDEN

KUESIONER PENELITIAN

Tanggal :

Petunjuk Pengisian

1. Kuesioner ini terdiri dari 3 (tiga) bagian yaitu: Karakteristik individu, Berpikir Kritis, dan Pengambilan Keputusan dalam proses keperawatan.
2. Bacalah petunjuk pengisian sebelum memberi jawaban
3. Periksa jawaban saudara pada semua item sebelum mengembalikan kuesioner
4. Jawablah sesuai dengan situasi yang saudara alami, dan dijamin kerahasiaannya.

KARAKTERISTIK INDIVIDU

Lingkari jawaban pada pernyataan di bawah ini sesuai dengan karakteristik saudara, dan isilah tempat kosong yang tersedia

1. Umur : tahun
2. Jenis kelamin : 1. Laki-laki
2. Perempuan
3. Pendidikan terakhir : 1. DIII Keperawatan
2. S1 Keperawatan
4. Pengalaman bekerja di PK St Carolus : tahun bulan
5. Status perkawinan : 1. Belum menikah
2. Sudah menikah

1. BERPIKIR KRITIS

FORMULIR B

PETUNJUK

Pernyataan di bawah ini menggambarkan kemampuan berpikir kritis perawat. Berilah tanda silang (X) pada salah jawaban dari pilihan A, B, C, D, E , yang menurut saudara menggambarkan kemampuan berpikir kritis perawat dalam proses keperawatan .

- 1 Apabila perawat menggunakan ibu jari saja waktu menghitung nadi, maka hal yang mungkin terjadi adalah:
 - A Menemukan nadi pasien dengan cepat
 - B Memperlancar sirkulasi darah pasien
 - C Menemukan nadi pasien dengan tepat
 - D Merasakan nadinya sendiri, bukan nadi pasien
 - E Merusak dinding pembuluh darah pasien

- 2 Lamanya waktu mengkaji denyut nadi pada arteri besar saat Resusitasi Jantung Paru (RJP) :
 - A 60 detik
 - B 30 detik
 - C 15 – 10 detik
 - D 5 – 10 detik
 - E 45 detik

- 3 Saat mengukur tekanan darah pasien, perawat menilai pasien menderita hipertensi berat, bila nilai diastolik:
 - A 90 – 104 mmHg
 - B >115 mmHg
 - C 104 – 115 mmHg
 - D >130 mmHg
 - E 70 – 80 mmHg

- 4 Ketika memberi alih baring, perawat tidak memegang kain penutup dengan baik, sehingga daerah bokongnya terbuka, pasien mengatakan kepada kepala ruangan bahwa ada tamu yang melihat peristiwa tersebut sehingga ia merasa malu. Perawat tersebut melakukan :
 - A Kelalaian
 - B Malpraktek
 - C Kurang peduli pada privasi pasien
 - D Tindakan kriminal
 - E Semua benar

- 5 **Kasus:**
Ny Ani , 52 th, 2ating ke ruang gawat darurat karena mengalami nyeri dada substernal, ada riwayat keringat dingin dan mual. Saat dilakukan pengkajian, Ny. Ani masih merasakan nyeri dada. Dokter mendiagnosa infark miokard. Nyeri dada yang dialami Ny Ani terjadi karena:
- A Vasokonstriksi akibat spasme arteri
 - B Iskemia miokard
 - C Takut menghadapi kematian
 - D Iritasi syaraf
 - E Kontraksi otot – otot miokard
- 6 Tindakan keperawatan yang paling tepat untuk Ny Ani saat itu adalah:
- A Memasang infus
 - B Memberikan obat analgetik sesuai program medik
 - C Mempersiapkan pasien untuk segera dipindahkan ke ruang perawatan intensif
 - D Melakukan pengkajian kepada suami Ny Ani
 - E Member posisi tidur yang nyaman
- 7 Di ruang gawat darurat, perawat melakukan tindakan kolaboratif pada Ny Ani dengan memberikan terapi oksigen. Tujuan pemberian oksigen pada Ny Ani adalah untuk:
- A Mengatasi sesak napas
 - B Mengatasi kekurangan oksigen di daerah perifer
 - C Meningkatkan konsentrasi oksigen di miokard
 - D Meningkatkan rasa nyaman
 - E Super saturasi sel-sel darah merah
- 8 Pada pasien yang mengalami gangguan mobilisasi , yang bukan menjadi tujuan perawat melakukan latihan adalah sebagai berikut:
- A Meningkatkan sistem tubuh
 - B Memperbaiki dan meningkatkan tonus, kekuatan otot
 - C Mempertahankan dan meningkatkan kelenturan sendi
 - D Meningkatkan dan menjaga pertumbuhan tulang
 - E Mencegah kekakuan tulang
- 9 **Kasus:** Tn Sonny (42 th) masuk RS karena mual, muntah dan sakit kepala. Pada pengkajian awal, perawat mengidentifikasi ikterus sclera mata. diagnosa medik adalah hepatitis B. tindakan keperawatan prioritas saat itu adalah :
- A Mencegah dekubitus
 - B Memberi diet rendah lemak
 - C Memberikan panadol sesuai program medik
 - D Membantu aktivitas
 - E Memberi perawatan kulit
- 10 **Kasus:** Ny Wita di rawat di RS karena anemia gravis. Hasil pemeriksaan laboratorium: Hb = 4,7 g/dl; pasien direncanakan transfusi 3 unit PC pada hari ini. Hal-hal yang tidak perlu dilakukan pada penatalaksanaan transfusi darah, adalah:
- A Mengobservasi tanda-tanda vital

- B Memperhatikan label darah sesuai dengan nama pasien dan nomor yang tercantum pada kantong darah
 - C Memperhatikan tetesan dan reaksi pasien
 - D Menanyakan pada pasien dan keluarga apakah pernah perdarahan waktu kecil
 - E Berkolaborasi dengan medik bila ada reaksi transfusi
- 11 Sebelum operasi , dokter memberikan informasi sejelas-jelasnya tentang rencana operasi dan alternatif tindakan lain kepada pasien. Perawat juga memberikan penjelasan tentang rencana asuhan keperawatan pasien. Hal yang **tidak** sesuai dengan prinsip adalah:
- A Pasien harus mendapat cukup informasi sebelum memutuskan menyetujui tindakan atas dirinya
 - B Pasien berhak menyetujui atau menolak tindakan medik sehingga memerlukan cukup informasi
 - C Perawat maupun dokter menghargai otonomi pasien atas dirinya
 - D Kerjasama dapat meningkat, bila pasien memahami rencana tindakan pada dirinya
 - E Dokter dan perawat yang paling tahu dan berhak menentukan tindakan yang paling tepat bagi pasien.
- 12 Metode yang paling penting untuk mencegah penyebaran mikroorganisme dari diri perawat adalah ;
- A Memakai skort/baju pelindung
 - B Menempatkan pasien di ruang isolasi
 - C Mencuci tangan
 - D Memakai sarung tangan
 - E Mensterilkan ruangan
- 13 Ny Puji diharuskan tirah baring total, karena penyakit yang dideritanya. Untuk mencegah terjadinya refluks esophagus, maka tindakan keperawatan yang paling tepat adalah ;
- A Pasien diberi tidur terlentang tanpa bantal
 - B Pasien diberi tidur dengan posisi kepala lebih rendah dari badan
 - C Pasien diberi tidur kaki lebih tinggi dari kepala
 - D Pasien diberi tidur tengkurap
 - E Pasien diberi tidur dengan kepala ditinggikan ± 30 cm
- 14 Sebagai seorang perawat , anda akan mengkonsulkan pada dokter jika hasil observasi pada pasien yang mengalami intoleransi aktivitas, frekuensi nadinya adalah :
- A > 60 x/menit
 - B > 80 x/menit
 - C > 90 x/menit
 - D > 100 x/menit
 - E > 120 x/menit

- 15 Dampak dirawat dapat menyebabkan seseorang merasa kehilangan identitas dan berubah peran. Kondisi ini menunjukkan kebutuhan yang terganggu adalah :
- A Aktualisasi diri
 - B Harga diri
 - C Sosial
 - D Rasa aman
 - E Gambaran diri
- 16 Faktor yang **tidak** membuat pasien dirawat di RS cemas adalah:
- A Belum mengetahui informasi tentang RS, pembiayaan dan tindakan yang akan dialaminya
 - B Kuatir akan keadaan keluarga yang ditinggalkan
 - C Kuatir akan biaya yang akan dikeluarkan untuk perawatan
 - D Kuatir akan kehilangan barang berharga
 - E Lingkungan yang belum dikenal
- 17 Pengkajian yang **tidak** perlu dilakukan perawat sebelum memasang kateter pria dewasa adalah:
- A Status perkawinan
 - B Status kandung kemih, sudah berkemih atau belum
 - C Apakah ada keluhan kesulitan berkemih
 - D Apakah sebelumnya pernah dipasang kateter
 - E Kondisi genitourinaria pasien

2. PENGAMBILAN KEPUTUSAN

PETUNJUK

Pernyataan di bawah ini menggambarkan kemampuan pengambilan keputusan perawat. Berilah tanda ceklist (\checkmark) pada salah satu kolom berikut ini , yang menurut saudara paling menggambarkan kemampuan pengambilan keputusan perawat.

Keterangan :

1. Tidak pernah (TP), jika pernyataan tersebut hampir tidak pernah dilakukan (< 25%)
2. Kadang-kadang (KDG), jika pernyataan tersebut kadang dilakukan ($\geq 25\%$ -50%)
3. Sering (SR), jika pernyataan tersebut sering dilakukan (>50%-75%)
4. Selalu (SL), jika pernyataan tersebut selalu dilakukan (>75%)

No	Pernyataan	TP	KDG	SR	SL
1	Saya menggunakan informasi dari pasien dalam melakukan pengkajian				
2	Saya bekerjasama dengan pasien dalam menyelesaikan masalah pasien				
3	Saya mengkomunikasikan rencana keperawatan yang telah disusun kepada pasien				
4	Saya berkonsultasi dengan rekan kerja bila mengalami kesulitan dalam menentukan rencana tindakan keperawatan				
5	Saya terbuka untuk menerima umpan balik dari rekan kerja saya				
6	Saya memerlukan dukungan dari kepala ruang dalam memutuskan rencana tindakan keperawatan pada pasien kelolaan saya.				
7	Saya memerlukan bimbingan dari kepala ruang untuk dapat membuat keputusan yang tepat pada asuhan keperawatan .				
8	Saya menggunakan pengetahuan yang saya miliki dalam menyusun rencana keperawatan setiap pasien				
9	Saya secara mandiri menentukan prioritas tindakan keperawatan pada klien				
10	Saya menggunakan catatan perkembangan pasien untuk menilai efektifitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.				

PETUNJUK

Pernyataan di bawah ini menggambarkan kemampuan pengambilan keputusan perawat. Berilah tanda ceklist (√) pada salah satu kolom berikut ini, yang menurut saudara paling menggambarkan kemampuan pengambilan keputusan perawat.

Keterangan :

1. Tidak pernah (TP), jika pernyataan tersebut hampir tidak pernah dilakukan (< 25%)
2. Kadang-kadang (KDG), jika pernyataan tersebut kadang dilakukan (≥25%-50%)
3. Sering (SR), jika pernyataan tersebut sering dilakukan (>50%-75%)
4. Selalu (SL), jika pernyataan tersebut selalu dilakukan (>75%)

No	Pernyataan	TP	KDG	SR	SL
11	Saya menggunakan pengetahuan dalam menjelaskan tindakan keperawatan yang akan dilakukan.				
12	Saya membuat rencana tindakan keperawatan dengan mempertimbangkan kriteria hasil yang ingin dicapai				
13	Saya menentukan kebutuhan pasien yang perlu dibantu				
14	Saya mempertimbangkan tingkat ketergantungan pasien, dalam menentukan prioritas asuhan keperawatan pada sekompok pasien.				
15	Saya mempertimbangkan hak pasien dalam melaksanakan asuhan keperawatan				
16	Saya memberi kesempatan pasien untuk memutuskan cara mengatasi masalahnya				
17	Saya memerlukan pengarahan dari kepala ruang tentang pelaksanaan asuhan keperawatan				
18	Saya mempunyai kewenangan untuk menyusun rencana asuhan keperawatan pasien				
19	Saya membuat prioritas tindakan keperawatan pada pasien secara mandiri				
20	Saya berkolaborasi dengan tim kesehatan yang lain untuk menyelesaikan masalah pasien				

Terima kasih atas kerjasamanya



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Panduan *Coaching* Kepala Ruang terhadap Kemampuan Berfikir Kritis dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer dalam Proses Keperawatan di Ruang Rawat Inap PKSC

Nama peneliti utama : Bertha Tri Sumartini

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 31 Mei 2010

Dekan,



Dewi Pujiyanti, MA, PhD

NIP. 195206011974112001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 1955020719800320



PROGRAM MAGISTER FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Bpk/Ibu/Sdr/i

Perawat Ruang rawat Inap

Di PK Sint Carolus

Dengan hormat,

Sehubungan dengan program tesis Magister Ilmu Keperawatan yang akan dilaksanakan di PK Sint Carolus , yang tersebut dibawah ini :

Nama : Bertha Tri Sumartini

NPM : 0806446025

Akan melakukan penelitian dengan judul “ Pengaruh Penerapan Panduan *Coaching* Kepala Ruang terhadap Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer Dalam Proses Keperawatan di Ruang Rawat Inap PKSC”. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi kemampuan perawat primer berpikir kritis dan pengambilan keputusan . Manfaatnya untuk meningkatkan kompetensi perawat dan kualitas dalam manajemen asuhan keperawatan . Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dikemudian hari. Apabila pada saat proses penelitian ini menimbulkan ketidaknyamanan , diperkenankan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini. Saya berharap bapak/ibi/saudara/I, dapat berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan dari kami, atas kerjasama dan kesediaannya, saya ucapkan terima kasih

Jakarta, Mei 2010

Bertha Tri Sumartini



LEMBAR PERSETUJUAN

KESEDIAAN MENJADI PELAKU INTERVENSI PENELITIAN

“Pengaruh Penerapan Panduan *Coaching* Kepala Ruang terhadap Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer dalam Proses Keperawatan di ruang Rawat Inap PKSC”

Peneliti : Bertha Tri Sumartini

Pembimbing I : DR. Ratna Sitorus, SKp.,M.App.Sc

Pembimbing II : Mustikasari , SKp.,MARS

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti tentang proses penelitian dan manfaatnya, maka dengan ini saya memberikan persetujuan untuk menjadi pelaku intervensi penelitian. Saya mengetahui bahwa tidak ada resiko yang akan saya alami dalam penelitian ini.

Jakarta, Mei 2010

Tanda tangan peneliti

tanda tangan perawat

Bertha Tri Sumartini

(.....)



LEMBAR PERSETUJUAN

KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

“Pengaruh Penerapan Panduan *Coaching* Kepala ruang terhadap Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer dalam Proses Keperawatan di Ruang Rawat Inap PKSC”

Peneliti : Bertha Tri Sumartini
Pembimbing I : DR. Ratna Sitorus.,SKp.,M.App.Sc
Pembimbing II : Mustikasari, SKp.,MARS

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti tentang proses penelitian dan manfaatnya bagi saya dan institusi, maka dengan ini saya memberikan persetujuan untuk menjadi responden. Saya mengetahui bahwa tidak ada resiko yang akan saya alami dalam penelitian dan informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya.

Jakarta, Juni 2010

Tanda tangan peneliti

Tanda tangan responden

Bertha Tri Sumartini

(.....)



PROGRAM MAGISTER FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN
KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA

PANDUAN

***Coaching* Kepala Ruang Dalam Meningkatkan Kemampuan
Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan Perawatan Primer
dalam Proses Keperawatan di Ruang Medikal Bedah PKSC**

MEI – JUNI 2010

Disusun oleh:

Bertha Tri Sumartini

0806446025

Penerapan Panduan *Coaching* Di Ruang Rawat Inap

Medikal Bedah PK Sint Carolus

Pelaksanaan	: Minggu II Mei -- Mgg I Juni 2010
Peserta	: Kepala Ruang Medikal Bedah PK Sint Carolus
Penanggung Jawab	: Sub Komite Keperawatan bidang pengembangan & staf
Trainer	: Peneliti

Deskripsi pembelajaran:

Penerapan panduan *coaching* sebagai suatu kegiatan pembimbingan bagi pengembangan staf keperawatan. *Coaching* adalah hubungan kerja kemitraan antara pembimbing dan peserta didik (staf perawat). Kegiatan *coaching* sebagai salah satu fungsi manajemen kepala ruang yaitu pengarahan. Sebagai seorang kepala ruang mempunyai tanggung jawab untuk peningkatan sumber daya keperawatan untuk mencapai kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Dalam pembimbingan penerapan panduan *coaching* ini, kepala ruang diberikan pembelajaran langsung untuk dapat melaksanakan panduan *coaching* kepada perawat primer yang ada dibawah tanggung jawabnya. Penekanan pada bimbingan penerapan panduan *coaching* ini adalah meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer yang terintegrasi dalam proses keperawatan.

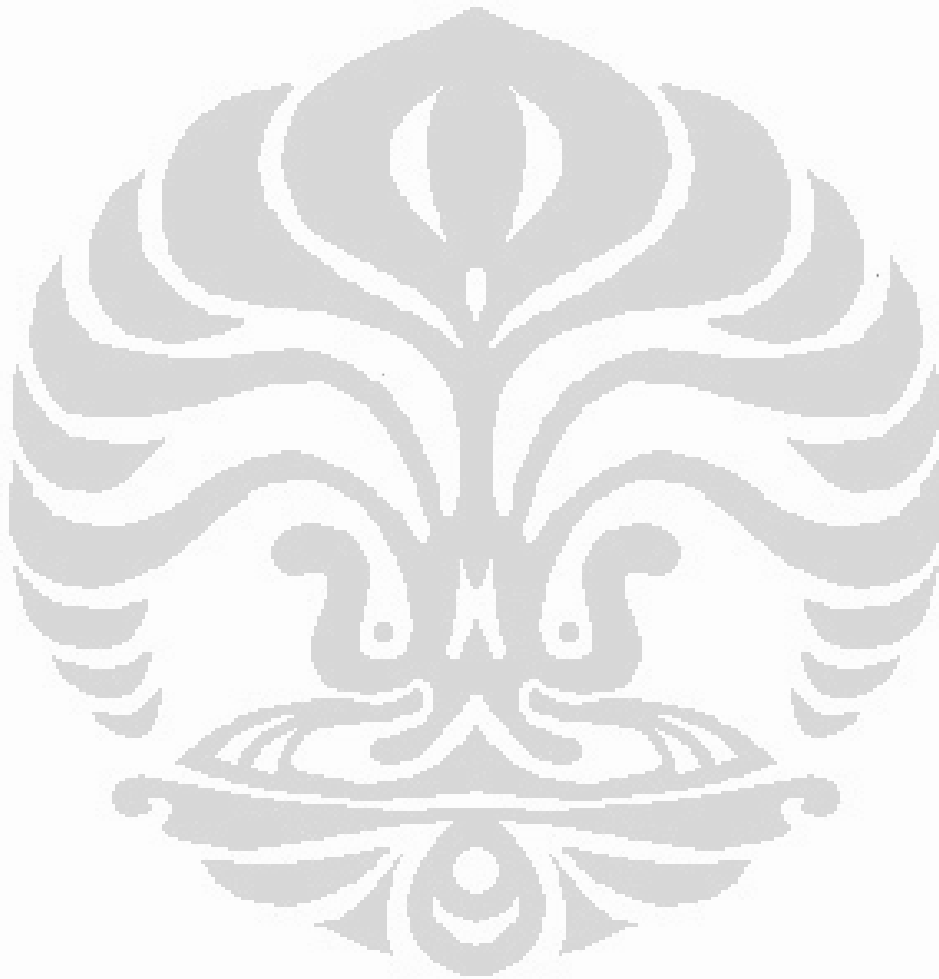
Tujuan Umum:

Setelah menerapkan panduan *coaching* oleh kepala ruang selama 4 minggu menunjukkan meningkatnya kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan.

Tujuan Khusus :

Setelah kepala ruang menerapkan panduan *coaching* , perawat primer mampu:

2. Menggunakan 7 dari 10 standar dan elemen berpikir kritis yang terintegrasi dalam proses keperawatan .
3. Melakukan 7 langkah dalam proses pengambilan keputusan yang terintegrasi dalam proses keperawatan.
4. Menunjukkan 9 dari 15 kriteria hasil *coaching* terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam proses keperawatan.



Metode Pengajaran

Penerapan *Coaching* Kepala Ruang untuk Meningkatkan Kemampuan Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan

Perawat Primer dalam Proses Keperawatan Di Ruang Medikal Bedah PK Sint Carolus

Mei – Juni 2010

Minggu	Waktu	Kegiatan Pembelajaran	Metode pembelajaran	Tempat	PJ
Mgg II					
Hr 1	120 mnt	Penjelasan tentang proses <i>coaching</i> kepala ruang terhadap perawat primer	Diskusi dan role paly	RR IV	Sub Komite Keperawatan bid pengembangan & staf
Hr 2 -6	@ 30 mnt	Pendampingan penuh kepada kepala ruang untuk menerapkan proses <i>coaching</i> kepada perawat primer tentang berpikir kritis & pengambilan keputusan yang terintegrasi dalam proses keperawatan	Pembimbingan penuh	Ruang medikal bedah	Sub Komite Keperawatan bid pengembangan & staf

Minggu	Waktu	Kegiatan Pembelajaran	Metode pembelajaran	Tempat	PJ
Minggu III					
Hr 1 - 6	@ 30 menit	Pembimbingan sebagian kepada kepala ruang untuk menerapkan proses <i>coaching</i> terhadap perawat primer tentang berpikir kritis & pengambilan keputusan yang terintegrasi dalam proses keperawatan	Pembimbingan sebagian	Ruang Medikal Bedah	Sub Komite Keperawatan bid pengembangan & staf
Minggu IV Mei - Mgg I Juni					
Hr 1 - 6	@ 30 menit	Penerapan proses <i>coaching</i> kepala ruang terhadap perawat primer tentang berpikir kritis & pengambilan keputusan yang terintegrasi dalam proses keperawatan	Mandiri	Ruang Medikal Bedah	Sub Komite Keperawatan bid pengembangan & staf

1. PENDAHULUAN:

Coaching merupakan sebuah proses kolaborasi yang berfokus pada solusi, berorientasi pada hasil, dan sistematis, dimana *coach* memfasilitasi peningkatan atas performa kerja, pengalaman hidup, pembelajaran diri, dan pertumbuhan pribadi dari *coachee* (Grant, 1999). Sedangkan menurut Whitmore (2003) kunci pembuka potensi seseorang untuk memaksimalkan kinerjanya. Kegiatan *coaching* merupakan bagian dari fungsi manajemen kepala ruang yaitu pengarahan, dimana proses *coaching* lebih menekankan pada proses kolaborasi, pembimbingan, dan memotivasi staf. Terkait dengan tanggung jawab kepala ruang untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui sumber daya keperawatan yang berkualitas, salah satunya adalah dengan melakukan pembimbingan.

Pembimbingan sumber daya keperawatan yang dapat menunjang pencapaian tujuan asuhan keperawatan salah satunya adalah peningkatan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer yang terintegrasi dalam proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan siklus yang dinamis dan melibatkan pembuatan keputusan yang kreatif bagi perawat dengan menggunakan pengetahuan dan ketrampilannya untuk menolong pasien (Kozier.B, 1997). Agar dapat membuat keputusan yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan, maka perlu ditunjang oleh kemampuan untuk, menginterpretasikan data, menganalisa, mengevaluasi, membuat keputusan, menjelaskan alasan tindakan dan pengaturan diri. Semua ini merupakan bagian dari ketrampilan kognitif yang perlu dimiliki oleh perawat primer.

Kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan merupakan ketrampilan yang dapat ditingkatkan melalui metode pembelajaran, seperti *brainstroming*, pembimbingan, konferens, studi kasus, maupun ronde keperawatan. Kepala ruang dapat memfasilitasi kegiatan pembelajaran ini, agar kualitas sumber daya keperawatan dapat tercapai. Kegiatan yang dapat

dilakukan terkait fungsi manajemen kepala ruang dalam pengarahan adalah *coaching*.

Sedangkan fungsi manajemen dalam pembimbingan tradisional, adalah dengan memberikan pengarahan . Pengarahan adalah penugasan, pemberian pesan dan instruksi yang memungkinkan staf memahami apa yang diharapkan dari pemimpin dan sebagai pedoman agar staf dapat bekerja secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi (Swansburg, 2000). Tiga elemen utama dalam pengarahan adalah mewujudkan pengawasan dalam staf keperawatan: motivasi, kepemimpinan dan komunikasi. Proses pembimbingan cara tradisional ini lebih menekankan pada kemampuan pemimpin untuk lebih aktif memberikan bimbingan, sedangkan pada *coaching* peran aktif dari staf dan adanya hubungan kemitraan antara staf dan pemimpin. Dengan demikian *coaching* dapat menggantikan cara pembimbingan tradisional untuk mencapai kualitas sumber daya keperawatan yang lebih baik.

2. *Coaching* dalam Keperawatan

2.1. Pengertian *Coaching* dalam Keperawatan

coaching adalah memberdayakan orang dengan memfasilitasi pembelajaran diri, pertumbuhan pribadi, dan perbaikan kinerja. (Donner & Wheeler , 2009). Dapat dikatakan *coaching* merupakan hubungan kolaborasi antara seorang *coach* dengan *coachee*/individu, lebih berfokus pada pembinaan pada waktu yang pendek, bertujuan untuk mengembangkan ketrampilan. Pendekatan yang dilakukan *coach* tidak memberikan nasehat, mengajar atau memberi perintah tetapi lebih pada membantu seseorang, mendukung dan menganjurkan.

Melalui *coaching* ini dapat menginspirasi dan memberdayakan sumber daya manusia, membangun komitmen , meningkatkan produktifitas, menumbuhkan talenta dan mencapai sukses (Olivier Serrat, 2009) . Agar dapat mencapai pemberdayaan sumber daya keperawatan, dapat dilakukan melalui proses *coaching*.

2.2. Proses *Coaching*

Kepala ruang dalam melakukan proses *coaching* bagi perawat primer dengan sarana pembimbingan melalui konferens, seperti pada standar metode tim primer.

3. Proses *coaching* yang dapat dilakukan oleh kepala ruang , sebagai berikut:

3.1. Pengkajian

Melakukan pengkajian terhadap kebutuhan pembimbingan perawat primer. Hasil pengkajian ini dapat digunakan untuk memandu diskusi dan untuk mengembangkan rencana tindakan . ketrampilan yang digunakan meliputi motivasi , kepribadian, kekuatan dan gaya kepemimpinan. Pengkajian ini dapat dituliskan pada *log book* atau buku anekdot karyawan, agar memudahkan proses identifikasi masalah.

3.2. Perencanaan

Selama tahap perencanaan ini kepala ruang menjelaskan tujuan, strategi, langkah-langkah tindakan, ketepatan waktu dan memberikan penguatan. Kepala ruang menggunakan rekam medik pasien kelolaan perawat primer untuk membantu dalam mengarahkan cara menerapkan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam proses keperawatan. Perencanaan akan memberikan panduan langkah demi langkah untuk bertindak mencapai tujuan..

3.3. Pelaksanaan

Pada tahap ini *coach* menerapkan perencanaan dalam tindakan. Tindakan ini juga bertujuan untuk melihat apa yang berhasil dan yang tidak. Kepala ruang melakukan pembimbingan pada perawat primer dalam menerapkan proses keperawatan yang berdasarkan berpikir kritis dan ketepatan pengambilan keputusan.

3.4. Evaluasi

Bersama – sama kepala ruang mengevaluasi hasil pembimbingan dengan mengkaji kembali kemampuan perawat primer untuk menerapkan proses berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam proses keperawatan, melalui audit keperawatan.

3.5. Umpan balik

Berdasarkan hasil audit keperawatan, kepala ruang dapat memberikan umpan balik, sehingga dapat mengevaluasi keberhasilan proses pembimbingan sekaligus menindaklanjuti. Proses umpan balik terjadi terus menerus disetiap fase dan dikembangkan lebih lanjut . selama proses ini akan memberikan petunjuk, saran dan pilihan satu sama lainnya.

Penekanan pada proses *coaching* ini adalah peningkatan kemampuan berpikir kritis perawat primer dalam proses keperawatan.

4. Panduan menerapkan *coaching* oleh kepala ruang

- 4.1. Sarana : proses *coaching* dilakukan melalui kegiatan konferens tim. Kegiatan ini dipimpin oleh kepala ruang .
- 4.2. Kegiatan konferens dilakukan pada pk 10.00 – 10.20 WIB, dengan pertimbangan aktivitas keperawatan sudah berkurang . lamanya konferens 15 -20 menit/tim.
- 4.3. Konferens dihadiri oleh perawat primer yang ada dalam 1 tim.
- 4.4. Topik konferens adalah proses keperawatan dari salah satu pasien yang ada di tim tersebut.
- 4.5. Pemilihan kasus tergantung pada tingkat ketergantungan atau kompleksitas masalah pasien, agar dapat menstimulasi perawat primer untuk berdiskusi.
- 4.6. Hasil konferens dituliskan pada formulir proses keperawatan pasien.
- 4.7. Setiap peserta diberi kesempatan untuk menyampaikan pendapat
- 4.8. Kesimpulan diskusi disampaikan oleh perawat primer yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan pasien yang dibahas.
- 4.9. Akhir pertemuan , kepala ruangan memberikan *reinforcement* positif terhadap proses diskusi dan menjelaskan untuk terus dilakukan secara berkesinambungan dan setiap perawat primer mendapat kesempatan menjadi pemimpin konferens secara bergantian.

Bahasan dalam diskusi ditekankan pada kemampuan perawat primer untuk berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang terintegrasi dalam proses keperawatan.

5. Berpikir Kritis Dalam Proses Keperawatan

5.1. Pengertian

Berpikir kritis adalah proses mental untuk menganalisa atau mengevaluasi informasi. Informasi tersebut didapatkan dari hasil pengamatan, pengalaman, akal sehat, atau komunikasi. Berpikir kritis dalam keperawatan adalah suatu kemampuan bagaimana perawat mampu berpikir dengan sistematis dan menerapkan standar intelektual untuk menganalisa proses berpikir. Oleh karena itu berpikir kritis merupakan sebuah komponen esensial dalam tanggung gugat profesional dan asuhan keperawatan yang bermutu (Scheffer & Rubenfeld, 2006).

Berpikir kritis dalam keperawatan tidak terjadi secara terpisah. Perawat bekerja di berbagai jenis area pelayanan kesehatan, bekerja dengan tim kesehatan lain dan juga pasien yang setiap saat memerlukan cara berpikir yang tepat. Standard an elemen berpikir kritis (Paul & Elder, 1999 dalam Kozier, 2004): 1) kejelasan, 2) akurasi, 3) relevansi, 4) penalaran, 5) keluasan, 6) presisi, 7) kemaknaan, 8) kelengkapan, 9) keadilan dan 10) kedalaman.

5.2. Penerapan berpikir kritis dalam proses keperawatan

1) Pengkajian

Membuat observasi yang terpercaya, membedakan data yang relevan dengan tidak relevan, memvalidasi data, organisasi data, membuat kategori data kerangka dan menganalisis data.

2) Diagnosa Keperawatan

Menemukan pola dan kesenjangan data, membuat analisis, membuat hubungan interdisiplin, menegakkan masalah, mengidentifikasi kontribusi dari pasien dan keluarga, menggunakan kemampuan pasien

dan keluarga, mengikutsertakan pasien dalam menentukan rencana asuhan.

3) Perencanaan

Merumuskan perencanaan yang valid, menentukan kriteria hasil , membuat hubungan dengan interdisiplin, membuat prioritas masalah dan berkolaborasi dengan disiplin lain.

4) Implementasi

Menerapkan pengetahuan dan ketrampilan keperawatan, menggunakan intervensi untuk menyelesaikan masalah pasien.

5) Evaluasi

Mengevaluasi keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan, membuat criteria evaluasi, membuat evaluasi perkembangan pasien dengan membandingkan pelaksanaan tindakan dengan rencana keperawatan.

Berpikir kritis diperlukan dalam setiap pengambilan keputusan, agar keputusan diambil tepat dan dapat menyelesaikan masalah. Hampir setiap hari perawat primer dalam pengelolaan asuhan keperawatan membuat keputusan.

6. Pengambilan keputusan Dalam Proses Keperawatan

6.1. Pengertian

Merupakan proses yang kompleks dari proses kognitif dan menggambarkan sebagai memilih tindakan tertentu untuk menilai atau mengatasi masalah (Marquis & Huston, 2006).

6.2. Tujuh langkah dalam proses pengambilan keputusan

- 1) Identifikasi keputusan
- 2) Pengumpulan data
- 3) Identifikasi kriteria keputusan
- 4) Identifikasi alternatif
- 5) Memilih alternatif

- 6) Implementasi alternatif
- 7) Evaluasi tahapan dalam keputusan

6.3. Indikator Berpikir Kritis Pada Penerapan Proses Keperawatan dan Ketrampilan Pengambilan Keputusan (Alfaro, 2009)

- 1) Menerapkan standar, prinsip-prinsip dan kode etik saat merencanakan, memberi dan mengadaptasi perawatan.
- 2) Mengkaji secara sistematis dan komprehensif, menggunakan kerangka kerja keperawatan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan, menggunakan pemeriksaan fisik untuk mengidentifikasi masalah medis.
- 3) Mendeteksi adanya bias, menentukan kredibilitas sumber informasi.
- 4) Membedakan normal dan tidak normal, mengidentifikasi risiko abnormal.
- 5) Menentukan kemaknaan data, membedakan data yang relevan dan tidak relevan, mengelompokkan data yang relevan.
- 6) Mengidentifikasi asumsi dan inkonsistensi, memeriksa akurasi dan reliabilitas. Mengenali informasi yang kurang, berfokus pada tujuan yang ingin dicapai.
- 7) Membuat kesimpulan apa yang diketahui dan yang tidak diketahui dan memutuskan dengan data yang mendukung.
- 8) Mengidentifikasi masalah dan penyebabnya dan faktor-faktor yang berhubungan, termasuk perspektif pasien dan keluarga .
- 9) Menetapkan prioritas dan membuat keputusan secara tepat waktu.
- 10) Mempertimbangkan risiko dan manfaat intervensi individu.
- 11) Mengkaji kembali untuk memastikan hasil dan memantau hasil.
- 12) Berkomunikasi secara efektif secara lisan dan tertulis
- 13) Mencegah kecelakaan dan kesalahan
- 14) Mengidentifikasi dan menggunakan teknologi, informasi dan sumber daya manusia.
- 15) Mengidentifikasi isu-isu etis dan mengambil tindakan yang tepat.

7. Kriteria hasil *coaching* terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam proses keperawatan:

- 1) Menerapkan standar praktek dan kode etik keperawatan dalam membuat proses keperawatan
- 2) Melakukan pengkajian secara sistematis, berorientasi pada masalah pasien.
- 3) Menggunakan format pengkajian yang sudah terstandar
- 4) Pengumpulan data lengkap, mencakup hal-hal :
 - a. Pengkajian riwayat kesehatan saat masuk
 - b. alasan masuk rumah sakit
 - c. Hasil pemeriksaan fisik
 - d. Data penunjang lainnya: hasil observasi , pemeriksaan diagnostik
- 5) Menentukan masalah keperawatan berdasarkan urutan prioritas
- 6) Membuat kriteria hasil yang jelas, terukur, dan dapat dicapai.
- 7) Membuat rencana keperawatan yang mudah dimengerti oleh anggota tim, menggambarkan peran advokasi, kolaborasi, pemberi asuhan dan otonomi keperawatan.
- 8) Melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun.
- 9) Melakukan evaluasi rencana keperawatan berdasarkan respon pasien dan kriteria hasil.
- 10) Membuat catatan perkembangan pasien berdasarkan rencana keperawatan dan hasil pelaksanaan keperawatan.
- 11) Menunjukkan kerjasama dengan pasien, keluarga, teman satu tim dan tim kesehatan yang lain
- 12) Memberikan dan menerima umpan balik dari teman satu tim maupun kepala ruang
- 13) Mendelegasikan tugas kepada perawat asisten sesuai peran dan fungsinya.
- 14) Menggunakan referensi seperti SAK dan sumber yang lain dalam membuat proses keperawatan.
- 15) Berpartisipasi aktif untuk mencari narasumber bila mengalami kesulitan dalam proses keperawatan .

8. PENUTUP

Peningkatan kualitas sumber daya perawat primer dalam memberikan asuhan keperawatan didasarkan pada kemampuan perawat primer untuk berpikir kritis dan kemampuan untuk mengambil keputusan yang tepat sesuai dengan tanggung jawab sebagai perawat primer. Kepala ruang dapat memfasilitasi melalui proses pembimbingan/*coaching* agar kemampuan perawat primer dapat meningkat.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfaro. (2009). *Critical Thinking and Clinical Judgment: a Practical Approach to Outcome Focused Thinking*. Fourth Edition. Saunders: An Imprint of Elsevier.Inc.
- Bandman & Bandman. (1995). *Critical Thinking in Nursing*. Second Edition. Appleton & Lange.
- Donner.,J & Wheeler .(2009). *Coaching In Nursing: An Introduction*. USA: ICN and Sigma Theta Tau International .
- Huber,Diane I (2000),*Leadership and Nursing Care Management*,3th Edition,Philadelphia,Pennsylvania
- Kozier et al. (2004). *Fundamental of Nursiing concepts, Process and Practice*, Seventh Edition. New Jersey: Pearson Education.Inc
- Marriner, A. (2009). *Guide to Nursing Management and leadership*. Eighth Edition. Mosby. Inc.
- Marquis & Huston (2006). *Leadership Roles and Management Function : Theory and Application*. Fifth edition. Lippincott
- Sullivan E.J & Decker. (2001). *Effective Leadership and Management in Nursing*. 5th edition. New Jersey: Prentice Hall.Inc
- Swansburg. (2000). *Pengantar Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis*. Alih bahasa Suharyati S. Editor , Monica Ester. Jakarta: EGC



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1697/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin uji instrumen penelitian

4 Mei 2010

Yth. Direktur
PPSDM. RS. PGI. Cikini
Jakarta

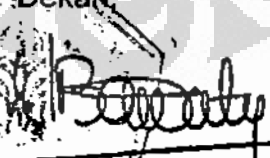
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Bertha Tri Sumartini
0806446025

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Panduan Coaching Kepala Ruang Terhadap kemampuan Berpikir Kritis Dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer Dalam Proses Keperawatan Di Ruang Rawat Inap PKSC".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mengadakan uji instrumen penelitian di RS. PGI. Cikini sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal



DIREKTORAT
PPSDM (PEMBINAAN & PENGEMBANGAN SUMBER DAYA MANUSIA)
RUMAH SAKIT PGI CIKINI

Jalan Raden Saleh No. 40 Jakarta 10330 - INDONESIA
Telp. / Fax : 021 - 3927540 (Hunting), (021) 38997777 Ext. 7822-7825
E-mail : ppsdm@rscikini.com

No : 117/PPSDM/V/2010
Hal : Ijin Uji Instrumen penelitian

Jakarta, 17 Mei 2010


Kepada
Yth. Dewi Irawaty, MA, PhD
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat saudara No.1677/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 tertanggal 4 Mei 2010 dan No.1762/H2.F12.D/DPD.04.02.Tesis/2010 tentang Permohonan Ijin Uji Instrumen Penelitian bagi mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang bernama Bertha Tri Sumartini dan Linda Sitanggang, maka bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya permohonan saudara dapat kami terima.

Perlu kami sampaikan bahwa sesuai dengan peraturan yang berlaku maka biaya Uji Instrumen Penelitian sebesar Rp.500.000 (lima ratus ribu rupiah) / mahasiswa, dengan demikian jumlah biaya keseluruhan adalah sebanyak 2 orang x 500.000 = Rp. 1.000.000 (satu juta rupiah).

Demikian hal ini kami sampaikan, atas kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Demikian hormat kami,

Drs. Stefanius Lukas Apt. MARS, M.Min
Direktur



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

150

Nomor : 1760/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin mengadakan penelitian

10 Mei 2010

Yth. Direktur Utama
RS. St. Carolus
Jakarta

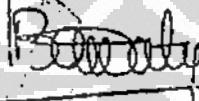
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Bertha Tri Sumartini
0806446025

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Panduan Coaching Kepala Ruang Terhadap Kemampuan Berpikir Kritis Dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer Dalam Proses Keperawatan Di Ruang Rawat Inap PKSC".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mengadakan kegiatan penelitian di RS. St. Carolus sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal



PELAYANAN KESEHATAN St. Carolus

Jl. Salemba Raya No. 41
JAKARTA - INDONESIA 10440
Telp. 3904441

Jakarta, 7 Juni 2010

No. : 383/SI-FIK.UI/VI/2010/DIRUT
Perihal : Permohonan ijin mengadakan penelitian

Kepada Yth.:
Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD
D e k a n
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Ibu No. 1760/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 perihal seperti tersebut diatas, dengan ini kami sampaikan bahwa kami memberikan ijin kepada mahasiswa Ibu : Bertha Tri Sumartini – NPM : 0806446025 untuk melakukan penelitian dalam rangka penyusunan tesis ybs.

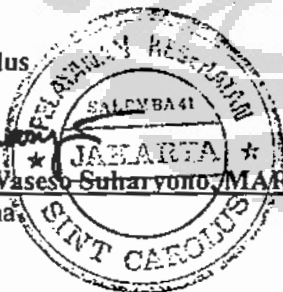
Sesuai permohonan, maka ijin penelitian diberikan untuk dilakukan di UP Lidwina, Elizabeth, Carolus, Yohanes, Theresia, Lukas, Ignatius, Maria, Fransiskus, Pius dan Xaverius.

Untuk teknis pelaksanaan penelitian, dapat langsung menghubungi Kepala Unit Perawatan terkait.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,
P.K. St. Carolus.


dr. Markus Waseso Suharyono, MARS
Direktur Utama



Tembusan :

- Direktur Keperawatan
- Staf Dir bid Pel & Asuhan Pasien
- Ka. UP

383- 2010 FIK.UI-ijin penelitian-Bertha Tri S
mvs/hl

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Bertha Tri Sumartini
- Tempat, tanggal lahir : Tangerang, 23 Maret 1967
- Jenis kelamin : Perempuan
- Pekerjaan : Staf Komite Keperawatan
- Alamat rumah : Jl. Pembangunan IV Gg Merpati I No 26/12
Karang Anyar , Karang Sari, Tangerang. Banten
- Alamat Institusi : Jl. Salemba Raya No 41 Jakarta Pusat 10440
- Riwayat Pendidikan :
1. Tahun 1973- 1980 SD St.Maria ,Tangerang
 2. Tahun 1980 - 1983 SMP St.Maria ,Tangerang
 3. Tahun 1983 - 1986 SMA St.Thomas Aquino,Tangerang
 4. Tahun 1986 - 1989 AKPER St.Carolus, Jakarta
 5. Tahun 1998 - 2001 Program Strata 1 ,FIK Universitas Indonesia, Jakarta
- Riwayat Pekerjaan :
1. Tahun 1989 – 2004 : Staf perawat
 2. Tahun 2004 – 2006 : Supervisor Klinik
 3. Tahun 2006 – 2008 : Ka Unit medikal
 4. Tahun 2008 – sekarang : Staf Komite keperawatan