



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN BERPIKIR KRITIS DENGAN
PERILAKU *CARING* PERAWAT
DI RSUD Dr. MOEWARDI
SURAKARTA**

TESIS

**MULYANINGSIH
NPM. 0906504852**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JUNI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN BERPIKIR KRITIS DENGAN
PERILAKU *CARING* PERAWAT
DI RSUD Dr. MOEWARDI
SURAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan

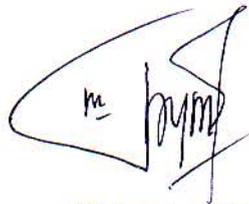
**MULYANINGSIH
NPM. 0906504852**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JUNI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

30 Juni 2011

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Mulyaningsih', enclosed within a large, stylized, hand-drawn loop.

Mulyaningsih

0906504852

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata melakukan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 30 Juni 2011

A handwritten signature in black ink, enclosed within a hand-drawn oval shape. The signature is stylized and appears to be 'Mulyaningsih'.

Mulyaningsih

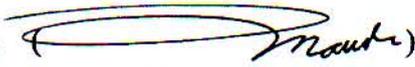
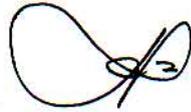
LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Mulyaningsih
NPM : 0906501352
Program Studi : Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Hanny Handiyani, SKp., M.Kep. ()
Pembimbing II : Efy Afifah, SKp., M.Kes. ()
Penguji : Imam Makhrus, SKp., M.Kep. ()
Penguji : Sukihananto, S.Kep.Ns., M.Kep. ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 30 Juni 2011

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin, puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT. Berkat rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “Hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta”.

Penelitian ini disusun sebagai syarat untuk memenuhi tugas tesis. Pada proses penelitian ini, penulis banyak menerima bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Untuk itu, dengan segala hormat dan penghargaan yang setinggi-tingginya, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, MN selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc selaku koordinator mata ajar tesis.
4. Hanny Handiyani, SKp., M.Kep. selaku pembimbing I yang telah memberikan banyak bimbingan dan masukan.
5. Efy Afifah, SKp., M.Kes. selaku pembimbing II yang telah memberikan banyak bimbingan dan masukan.
6. drg. R. Basoeki Soetarjo, MMR. selaku Direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang sudah memberi ijin untuk melakukan penelitian.
7. Sukardi Sugeng Rahmad, SKp., MPH. selaku Kepala Bidang Perawatan RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang sudah memberikan banyak bantuan dalam pelaksanaan penelitian.
8. Sugeng Rahmad suamiku tercinta dan anak-anakku yang sangat kusayangi (Rifka, Iik, Fifi dan Lala) yang telah memberikan dukungan, do'a dan semangat untuk segera menyelesaikan kuliah.
9. Bapak, ibu, ibu mertua, dan kakak-kakakku yang selalu memberikan doa dan dukungan
10. BPH dan teman-teman di STIKES 'Aisyiyah Surakarta yang telah memberi dukungan.

11. Rekan-rekan perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang telah banyak membantu dalam proses penelitian.
12. Rekan-rekan mahasiswa program magister manajemen angkatan 2009 yang telah memberikan dukungan dan semangat.
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam menyelesaikan penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang konstruktif sangat kami harapkan demi kesempurnaan laporan penelitian ini.

Jakarta, 30 Juni 2011

Penulis



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

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

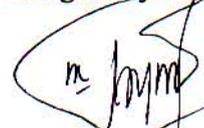
Nama : Mulyaningsih
NPM : 0906504852
Peminatan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

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 "Hubungan Berpikir Kritis dengan Perilaku *Caring* Perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta" beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 30 Juni 2011

Yang menyatakan



Mulyaningsih

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

Mulyaningsih

Hubungan Berpikir Kritis dengan Perilaku *Caring* Perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

xv + 102 halaman + 13 tabel + 3 skema/gambar + 2 diagram + 12 lampiran

ABSTRAK

Perilaku *caring* perawat sangat diperlukan dalam pelayanan keperawatan. Peningkatan perilaku *caring* salah satunya melalui pengembangan kemampuan berpikir kritis. Penelitian *cross-sectional* pada 99 perawat ini bertujuan membuktikan adanya hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,00$; $\alpha 0,05$). Karakteristik responden yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat yaitu tingkat pendidikan ($p=0,006$; $\alpha 0,05$) dan pelatihan ($p=0,001$; $\alpha 0,05$). Variabel berpikir kritis merupakan faktor yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* perawat ($OR=247,139$). Hasil penelitian ini menyarankan pentingnya meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat.

Kata kunci:

Berpikir kritis, perawat, perilaku *caring*

Daftar pustaka: 59 (1993 – 2010)

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

Mulyaningsih

The Relation of Critical Thinking With Nurse Caring Behavior in RSUD Dr.
Moewardi Surakarta

xv + 102 pages + 13 tables + 3 pictures + 2 scheme + 12 appendices

ABSTRACT

Nurse caring behavior is needed in nursing service. One way to improve the nurse caring behavior is by developing skill of critical thinking. The cross-sectional research toward 99 nurses was aimed to prove that there is a relation between critical thinking with nurse caring behavior in RSUD DR. Moewardi Surakarta. The research result showed that there is a significant relation between critical thinking ability with nurse caring behavior ($p=0,00$; $\alpha 0,05$). Respondent characteristics correlation with nurse caring behaviors that level of education ($p=0,006$; $\alpha 0,05$) and training ($p=0,001$; $\alpha 0,05$). Critical thinking variable was the most correlation factor with nurse caring behavior ($OR=247,139$). The research result suggested was the important to improve critical thinking for nurses.

Keywords:

Caring behavior, critical thinking, nurse

References: 59 (1993 – 2010)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA/ GAMBAR.....	xiii
DAFTAR DIAGRAM	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar belakang masalah	1
1.2. Rumusan masalah	9
1.3. Tujuan penelitian	10
1.4. Manfaat penelitian	11
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. <i>Caring</i>	12
2.1.1. Pengertian	12
2.1.2. Perilaku <i>caring</i>	14
2.1.3. Pengukuran perilaku <i>caring</i>	25
2.2. Berpikir kritis	26
2.2.1. Pengertian	26
2.2.2. Model berpikir kritis	29
2.2.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi berpikir kritis	37
2.2.4. Manfaat berpikir kritis dalam keperawatan	40
2.2.5. Teknik pengukuran kemampuan berpikir kritis	41
2.3. Berpikir kritis dan perilaku <i>caring</i>	44
2.4. Manajemen keperawatan	44
2.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku	46
2.6. Kerangka teori	53
BAB 3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1. Kerangka konsep	54
3.2. Hipotesis	56
3.3. Definisi operasional	57
BAB 4. METODE PENELITIAN	
4.1. Rancangan penelitian	60
4.2. Populasi dan sampel	60
4.3. Tempat penelitian	62
4.4. Waktu penelitian	62
4.5. Etika penelitian	62

4.6. Alat pengumpulan data	64
4.7. Pengujian instrumen.....	65
4.8. Prosedur pengumpulan data	67
4.9. Pengolahan dan analisis data	68
BAB 5. HASIL PENELITIAN	
5.1. Analisis univariat	72
5.2. Analisis bivariat	74
5.3. Analisis multivariat	78
BAB 6. PEMBAHASAN	
6.1. Interpretasi dan diskusi hasil	80
6.2. Keterbatasan penelitian	99
6.3. Implikasi terhadap keperawatan	100
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1. Kesimpulan	101
7.2. Saran	101
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

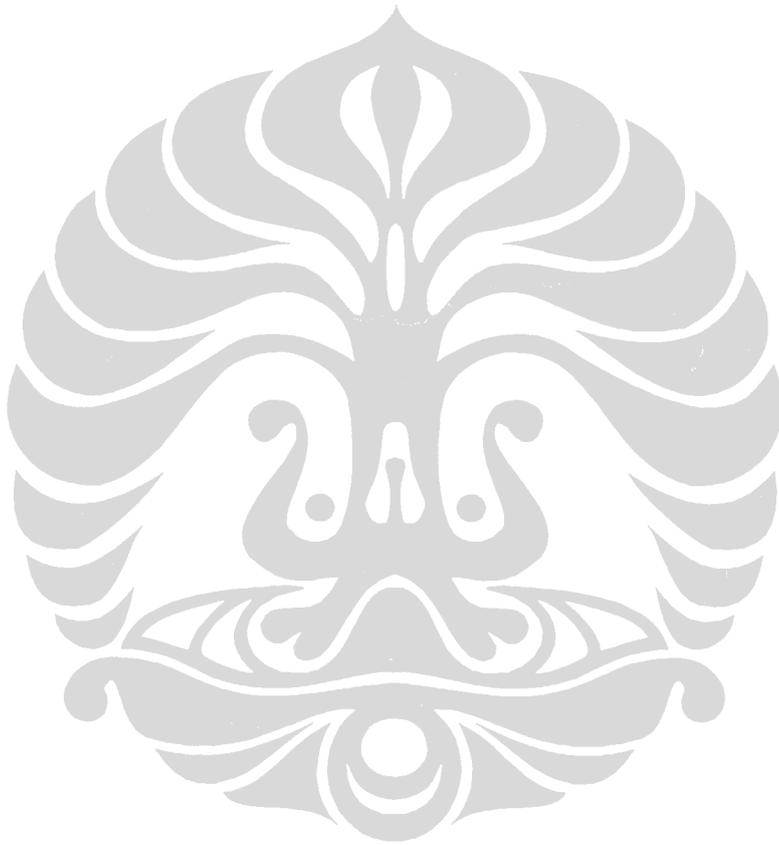


DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1. Definisi operasional	58
Tabel 4.1. Distribusi frekuensi perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta	61
Tabel 4.2. Analisis uji statistik variabel penelitian	70
Tabel 5.1. Distribusi responden menurut <i>engagement, cognitive maturity, innovativeness</i>	73
Tabel 5.2. Distribusi karakteristik responden	74
Tabel 5.3. Analisis hubungan berpikir kritis dengan perilaku <i>caring</i>	75
Tabel 5.4. Analisis hubungan usia dengan perilaku <i>caring</i>	75
Tabel 5.5. Analisis hubungan jenis kelamin dengan perilaku <i>caring</i>	76
Tabel 5.6. Analisis hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku <i>caring</i>	76
Tabel 5.7. Analisis hubungan masa kerja dengan perilaku <i>caring</i>	77
Tabel 5.8. Analisis hubungan pelatihan dengan perilaku <i>caring</i>	77
Tabel 5.9. Hasil seleksi bivariat untuk kandidat model	78
Tabel 5.10. Pemodelan akhir hasil analisis regresi logistik	79

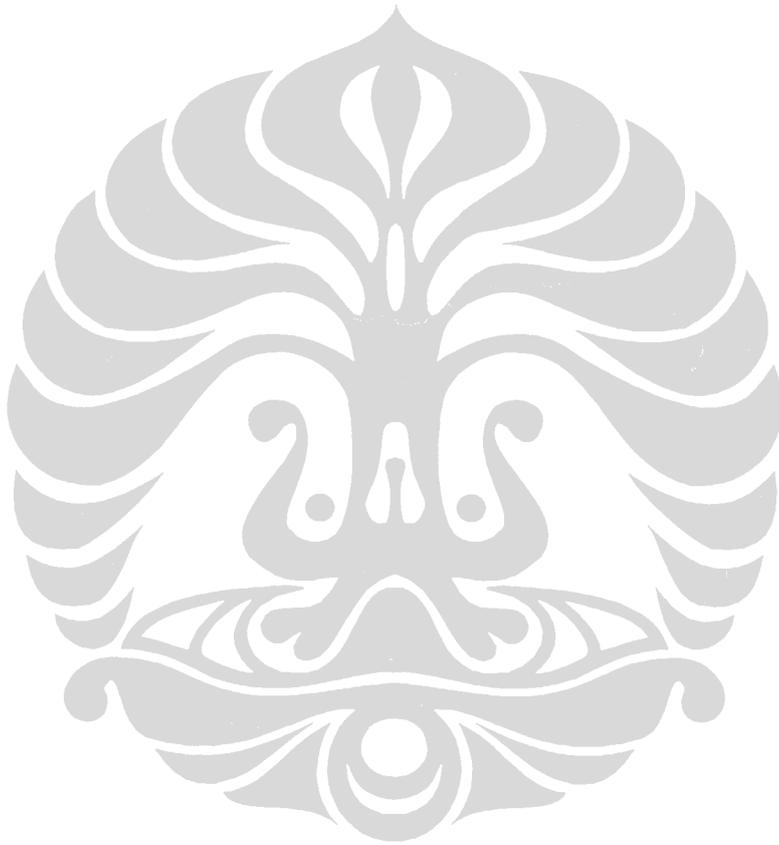
DAFTAR SKEMA/ GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1. <i>Structure caring</i>	21
Skema 2.2. Kerangka teori penelitian	53
Skema 3.1. Kerangka konsep penelitian	56



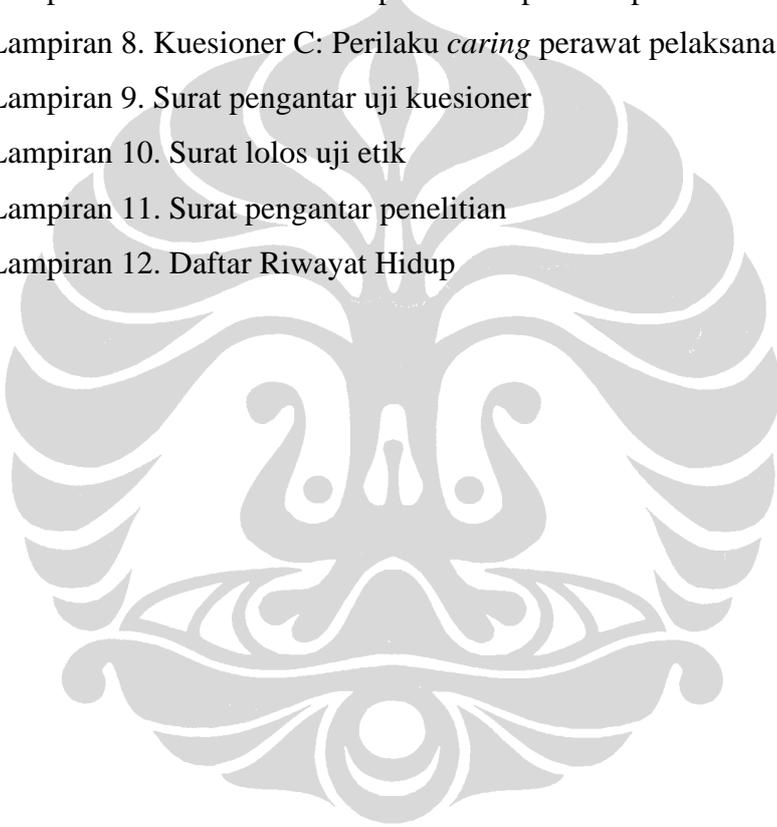
DAFTAR DIAGRAM

	Hal
Diagram 5.1. Distribusi responden menurut perilaku <i>caring</i> perawat	72
Diagram 5.2. Distribusi responden menurut kemampuan berpikir kritis	73



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Rencana waktu penelitian
- Lampiran 2. Kisi-kisi instrumen pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana
- Lampiran 3. Kisi-kisi instrumen perilaku berpikir kritis perawat pelaksana
- Lampiran 4. Lembar penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 5. Lembar persetujuan responden
- Lampiran 6. Kuesioner A: Karakteristik responden
- Lampiran 7. Kuesioner B: Berpikir kritis perawat pelaksana
- Lampiran 8. Kuesioner C: Perilaku *caring* perawat pelaksana
- Lampiran 9. Surat pengantar uji kuesioner
- Lampiran 10. Surat lolos uji etik
- Lampiran 11. Surat pengantar penelitian
- Lampiran 12. Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab pendahuluan ini meliputi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian. Latar belakang masalah menguraikan tentang fenomena di rumah sakit yang mendukung masalah penelitian. Manfaat penelitian yang diuraikan meliputi manfaat hasil penelitian untuk rumah sakit, pelayanan keperawatan, dan perkembangan riset keperawatan.

1.1. Latar Belakang Masalah

Pelayanan keperawatan yang bermutu merupakan harapan semua orang sehingga rumah sakit sebagai penyedia layanan keperawatan dituntut untuk selalu meningkatkan mutu pelayanannya. Ada tiga area tanggung jawab mutu dalam pelayanan keperawatan yang harus menjadi perhatian utama pada setiap organisasi keperawatan yaitu pasien, praktisi, dan profit/ pembiayaan. Untuk area pasien, mutu digambarkan dengan asuhan keperawatan, praktisi digambarkan dengan penampilan kinerja perawat, serta profit digambarkan dengan pembiayaan keperawatan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2008). Dengan demikian perawat harus memberikan pelayanan yang bermutu kepada pasien.

Perawat memberikan pelayanan keperawatan kepada semua pasien, baik pasien rawat inap maupun rawat jalan. Perawat sebagai salah satu dari anggota tim kesehatan juga dituntut untuk selalu memberikan pelayanan yang baik kepada pasien. Sehingga perawat harus selalu mengembangkan sikap, perilaku dan pengetahuannya. Sikap dan perilaku yang harus dikembangkan oleh perawat salah satunya yaitu perilaku *caring*. Mayeroff dalam Morrison & Burnard (2009/1997) menggambarkan bahwa *caring* sebagai suatu proses yang memberikan kesempatan pada seseorang untuk pertumbuhan pribadi.

Caring merupakan suatu sikap atau perilaku yang penuh perhatian kepada pasien sehingga pasien akan merasa dihargai. *Caring* juga merupakan upaya melindungi, meningkatkan dan menjaga/ mengabadikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain mencari arti dalam sakit, penderitaan dan keberadaannya, membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri. Griffin dalam Morrison & Burnard (2009/1997) menggambarkan *caring* dalam keperawatan sebagai sebuah proses interpersonal esensial yang mengharuskan perawat melakukan aktifitas yang spesifik dalam sebuah cara dengan menyampaikan ekspresi emosi-emosi tertentu kepada pasien.

Caring menjadi bagian dari profesi keperawatan. Setiap perawat mempunyai tanggung jawab untuk mengembangkan perilaku *caring*. Radsma dalam Morrison & Burnard (2009/1997) mengatakan bahwa perawat memiliki tugas untuk memberikan *care*. Perawat yang merawat pasien berarti memberikan *care* kepada pasien. Vance (2010) mengatakan bahwa perawat dan *caring* merupakan istilah yang sinonim. Orang yang memilih keperawatan sebagai profesi karena keinginan perawat untuk merawat orang lain.

Perawat yang bertugas memberikan asuhan keperawatan harus mengembangkan perilaku *caring*. Perawat yang berperilaku *caring* berarti perawat tersebut sudah memberikan pelayanan yang baik kepada pasien. Sikap *caring* berarti perawat bersikap empati, memberi dukungan, simpati serta perlindungan kepada pasien. Perilaku *caring* dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Wolf, Miller & Devine (2010) menyatakan bahwa kinerja staf perawat termasuk perilaku *caring* dapat memberikan kontribusi besar terhadap kualitas pengalaman pasien selama dilakukan perawatan.

Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan harus diperhatikan, karena kepuasan pasien merupakan salah satu indikator mutu pelayanan klinik keperawatan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2008). Tingginya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan tercapai bila kebutuhan pasien/ keluarga terhadap pelayananan keperawatan terpenuhi sesuai yang diharapkan.

Hasil penelitian dari Rafii, Hajinezhad dan Haghani (2008) mendukung bukti dari penelitian sebelumnya bahwa kepedulian perawat atau sikap *caring* perawat berhubungan dengan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan. Selain itu hasil penelitian dari Agustin (2002) juga menunjukkan bahwa *caring* perawat akan cenderung meningkatkan kepuasan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku *caring* perawat sangat mempengaruhi penilaian pasien terhadap pelayanan di rumah sakit, sehingga sikap *caring* harus selalu dikembangkan kapan saja dan di mana saja.

Sikap *caring* perawat sangat diperlukan dalam pelayanan keperawatan, namun ternyata belum semua perawat berperilaku *caring*. Hal ini didukung oleh hasil penelitian dari Ardiana (2010) bahwa hampir separuh perawat belum berperilaku *caring* menurut persepsi pasien, terutama kemampuan perawat berkomunikasi dengan pasien. Sehingga hal ini akan berdampak pada hubungan terapeutik perawat dengan pasien, kepuasan pasien bahkan terhadap finansial rumah sakit. Hasil penelitian Panjaitan dan Agustini (2007) juga menunjukkan bahwa lebih dari separuh mahasiswa atau responden (51%) bersikap *caring* dan masih ada 49% responden yang belum bersikap *caring*.

Banyak penelitian yang telah dilakukan untuk menggambarkan sikap *caring* perawat. Penelitian dari Supriatin (2009) juga mendapatkan data perawat yang kurang *caring* sebesar 58,1% dan perawat yang *caring* sebesar 41,9%. Data tersebut juga didukung oleh hasil penelitian dari Malini, Sartika, Idianola, & Edward (2009) yang menyatakan bahwa perilaku *caring* yang ditampilkan oleh responden masih buruk, hal ini dimungkinkan karena beberapa faktor, misalnya beban kerja yang tidak seimbang. Berdasarkan data-data tersebut menunjukkan bahwa perilaku *caring* perawat masih perlu ditingkatkan.

Perilaku *caring* perawat dipengaruhi dapat oleh usia, masa kerja, dan pelatihan *caring*. Hasil penelitian dari Panjaitan dan Agustini (2007) menyatakan bahwa ada hubungan antara usia dengan sikap *caring*. Artinya semakin bertambah usia perawat maka sikap *caring* terhadap pasien akan semakin meningkat. Hasil

penelitian Supriatin (2009) juga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara usia dengan perilaku *caring*. Namun berdasarkan hasil penelitian Supriyadi (2006) menunjukkan tidak ada hubungan antara usia dengan perilaku *caring* perawat. Sedangkan faktor masa kerja terhadap perilaku *caring* perawat didukung hasil penelitian Supriatin (2009) juga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan perilaku *caring*.

Pelatihan tentang *caring* juga terbukti dapat meningkatkan perilaku *caring* perawat. Hasil penelitian dari Sutriyanti (2009) menunjukkan bahwa ada pengaruh yang bermakna antara pelatihan perilaku *caring* dengan kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat. Hasil penelitian lain dari Purwaningsih (2003) juga menunjukkan bahwa ada peningkatan kemampuan (pengetahuan, sikap, ketrampilan) perawat akan penerapan faktor *caratif caring* setelah dilakukan intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa dengan diberikan pelatihan *caring*, perawat dapat meningkatkan perilaku *caring* terhadap pasien.

Perilaku *caring* perawat tidak dapat dibedakan antara perawat laki-laki dan perawat perempuan maupun tingkat pendidikannya. Hasil penelitian Supriatin (2009) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan tingkat pendidikan dengan perilaku *caring*. Hal ini menunjukkan bahwa perawat laki-laki dan perempuan sama-sama dapat berperilaku *caring*. Begitu juga dengan tingkat pendidikan, semua perawat dengan berbagai tingkat pendidikan dapat mengembangkan perilaku *caring* perawat.

Perawat harus dapat meningkatkan perilaku *caring* salah satu caranya dengan mengembangkan kemampuan berpikir kritis. Hal ini sesuai dengan salah satu *caratif caring* Watson dalam Alligood dan Tomay (2006) yaitu menggunakan metode sistematis dalam pemecahan masalah dengan menumbuhkan kemampuan pengambilan keputusan pada klien dan keluarga. Perawat dapat menggunakan metode proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan secara sistematis. Sehingga perawat yang mempunyai kemampuan berpikir kritis, dapat mengambil keputusan yang tepat

ketika memberikan asuhan keperawatan kepada pasien termasuk dalam berperilaku atau bersikap.

Berpikir kritis merupakan cara berpikir untuk mengolah ide, gagasan maupun informasi untuk mengambil kesimpulan sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat. Perawat perlu mengembangkan kemampuannya dalam berpikir kritis sehingga dapat mengembangkan kemampuannya dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Berpikir kritis adalah suatu proses pengujian yang menitikberatkan pendapat tentang kejadian atau fakta yang mutakhir dan menginterpretasikannya serta mengevaluasi pendapat-pendapat tersebut untuk mendapat kesimpulan tentang adanya perspektif/ pandangan baru (Strader dalam Maryam, 2008).

Perawat dalam mengembangkan kemampuan berpikir kritis dapat dilakukan pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Karena pada saat perawat berhadapan dengan pasien maka perawat akan menemukan masalah atau keluhan yang berbeda-beda, sehingga perlu keterampilan untuk menghadapi masalah tersebut. Knapp (2007) menyatakan bahwa berpikir kritis sangat diperlukan oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Pemikiran kritis perawat dapat diterapkan dalam penerapan proses keperawatan agar dapat menetapkan diagnosis keperawatan dengan tepat (Lunney, 2010). Sehingga proses berpikir kritis sangat penting bagi perawat dan dapat digunakan dalam menjalankan profesi keperawatan.

Berpikir kritis merupakan komponen penting dari perawatan karena perawat selalu dihadapkan dengan situasi yang kompleks, yang menuntut penilaian akurat, pengambilan keputusan yang tepat dan merupakan proses pembelajaran terus menerus. Zori dan Morrison (2009) menyatakan bahwa berpikir kritis dapat memberikan pengaruh yang kuat dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah yang dihadapi oleh manajer perawat setiap hari. Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan juga berperan sebagai pemikir kritis. Pemikir kritis dalam praktik keperawatan adalah seseorang yang mempunyai ketrampilan

pengetahuan untuk menganalisis, menerapkan standar, mencari informasi, menggunakan alasan rasional, memprediksi, dan melakukan transformasi pengetahuan (Deswani, 2009).

Kemampuan berpikir kritis perawat sangat diperlukan, namun ternyata belum semua perawat mempunyai kemampuan berpikir kritis yang baik. Hasil penelitian dari Sukihananto (2010) menyatakan bahwa perawat yang mempunyai kategori daya berpikir kritis baik sejumlah 44,3% sedangkan perawat yang mempunyai kategori daya berpikir kritis kurang sejumlah 55,7%. Berdasarkan data tersebut maka kemampuan berpikir kritis perawat masih harus ditingkatkan.

Perawat dalam berpikir kritis melibatkan proses penalaran dan pemecahan masalah di mana semua keputusan dan penilaian klinis didasarkan pada bukti. Dalam proses ini, melibatkan intuisi, kecerdasan emosional dan refleksi. Berpikir kritis dalam keperawatan sangat dipengaruhi oleh sifat-sifat psikologis, fisiologis dan lingkungan seperti usia, tingkat kepercayaan, bias, keterampilan, stress, kelelahan, dan rekan kerja (American Society of Registered Nurses, 2007). Namun kemampuan berpikir kritis perawat dalam proses keperawatan tidak dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan (Sumartini, 2010).

Perawat merupakan pemikir kritis yang efektif, sehingga perawat diharapkan dapat melakukan asuhan keperawatan dan mampu memecahkan masalah klinis, baik yang bermanfaat bagi pasien, perawat, dan lembaga. Karena itu, dalam proses pendidikan hendaknya perawat didorong untuk mengembangkan keterampilan berpikir kritis sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat (Rogal & Young, 2008). Perawat dalam mengembangkan kemampuan berpikir kritisnya selain dengan pendidikan juga dapat dikembangkan dengan metode yang lain.

Perawat dalam mengembangkan kemampuannya dalam berpikir kritis dapat menggunakan beberapa metode. Benner dan Wrubel dalam Brunt (2005)

menyarankan menggunakan metode diskusi tentang insiden atau kondisi kritis, ronde bersama-sama, dan pendekatan kasus untuk mengembangkan pengetahuan klinis perawat dan kemampuan berpikir kritis. Dengan berbagai metode tersebut perawat dapat mengembangkan kemampuannya dalam berpikir kritis ketika menghadapi pasien yang berada dalam keadaan kritis sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat untuk menyelamatkan pasien.

Perkembangan kemampuan berpikir kritis dari perawat dapat diketahui melalui pengukuran. Hasil penelitian Sumartini (2010) menunjukkan bahwa setelah diberikan *coaching* oleh kepala ruang maka perawat primer yang memiliki kemampuan berpikir kritis baik, jumlahnya lebih banyak dibanding kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan berpikir kritis perawat dapat ditingkatkan, salah satunya dengan diberikan perlakuan.

Berpikir kritis bagi perawat merupakan kemampuan yang harus selalu dikembangkan. Mempertimbangkan semua data berupa studi kasus dan menggunakan konsep berpikir kritis, perawat dapat menetapkan diagnosa keperawatan dengan tingkat akurasi yang tinggi sehingga dapat untuk memandu intervensi keperawatan. Jenis spesifik berpikir kritis yang dibutuhkan untuk keakuratan menentukan diagnosa keperawatan tidak diketahui, perawat harus mengembangkan pikiran sehingga kemampuan berpikir tersebut tersedia saat dibutuhkan (Lunney, 2010).

RSUD Dr. Moewardi Surakarta merupakan rumah sakit tipe A pendidikan dan juga sebagai rumah sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah. Peningkatan kemampuan berpikir kritis perawat sedang menjadi perhatian rumah sakit. Hal ini dapat dilihat dari program yang dikembangkan oleh rumah sakit khususnya bidang keperawatan. Bidang keperawatan mempunyai program-program untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat. Program-program yang diselenggarakan antara lain pelatihan, *workshop* dan diskusi. Pelatihan yang sudah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan berpikir perawat yaitu *pelatihan problem solving better hospital* (PSBH). Pelatihan PSBH

diselenggarakan pada bulan Mei 2010. Setelah pelatihan tersebut kemudian dilanjutkan dengan *workshop* setiap ruangan untuk menyusun program pengembangan di ruangan masing-masing.

Perawat diajak untuk menyadari dan menggali adanya masalah yang terkait dengan pelayanan keperawatan. Diskusi yang dilaksanakan di ruangan bertujuan untuk menggali masalah yang dirasakan di ruangan masing-masing. Setelah muncul masalah maka masalah tersebut akan diselesaikan sendiri oleh perawat di ruangan tersebut. Kegiatan ini bertujuan untuk mengembangkan kemampuan perawat dalam berpikir kritis. Karena dengan berpikir kritis diharapkan perawat mampu untuk menyelesaikan masalah yang ditemukan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Pimpinan maupun perawat yang ada di RSUD Dr. Moewardi Surakarta mempunyai komitmen untuk selalu meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien. Salah satu upaya yang sudah dilakukan adalah mengadakan pelatihan yang terkait dengan pelayanan keperawatan. Semua perawat di rumah sakit juga sudah mengikuti pelatihan *excellent service* untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien. Pelatihan *excellent service* yang diselenggarakan bulan Januari – Februari 2010 diikuti oleh sebagian besar perawat. Dalam pelatihan tersebut perawat mendapat pengetahuan tentang cara melayani pelanggan dan berkomunikasi yang baik dengan pasien. Namun demikian, masih perlu digali adanya keluhan dari pasien terkait dengan pelayanan keperawatan. Kasie mutu pelayanan keperawatan maupun bagian promosi kesehatan berusaha untuk mengetahui permasalahan dalam memberikan pelayanan dengan cara memberikan kuesioner kepada pasien maupun keluarganya baik kuesioner terbuka maupun tertutup.

Hasil rekapitulasi data dari kasie mutu pelayanan keperawatan pada bulan Februari 2011 di RSUD Dr. Moewardi Surakarta tentang kepuasan pasien, menunjukkan bahwa masih ada keluhan yang terkait dengan pelayanan keperawatan. Keluhan yang disampaikan antara lain perawat kurang perhatian,

judes, kurang tanggap, mahal senyum, kurang sabar dan kurang cekatan. Data ini juga didukung oleh kepala ruang yang menyatakan bahwa secara umum sikap perawat kepada pasien masih perlu ditingkatkan karena belum sesuai dengan harapan pasien. Berdasarkan data tersebut maka bidang keperawatan ingin meningkatkan perilaku *caring* perawat agar keluhan dari pasien dapat berkurang.

Perilaku *caring* perawat dapat dipengaruhi faktor-faktor dari dalam individu perawat. Berdasarkan wawancara dan observasi dengan kepala ruang pada bulan Maret 2011 dapat diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku *caring* perawat. Faktor tersebut antara lain usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan yang pernah diikuti. Hasil wawancara dengan 12 kepala ruang pada bulan Maret 2011 didapatkan data 41,7% menyatakan perawat yang usianya lebih tua akan lebih *caring*, 58,3% menyatakan wanita lebih *caring* dibanding laki-laki, 50% menyatakan semakin lama masa kerja semakin *caring*, 41,7% menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin *caring* dan 75% menyatakan bahwa perawat yang sudah mengikuti pelatihan *excellent service* akan semakin *caring*. Begitu juga dengan berpikir kritis perawat dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Perawat yang usianya lebih muda, memiliki pendidikan lebih tinggi, dan memiliki masa kerja yang cukup lama dipandang lebih dapat berpikir kritis.

1.2. Rumusan Masalah

Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan dituntut untuk bersikap *caring*. Namun pada kenyataannya belum semua perawat menunjukkan sikap *caring* kepada pasien. Berdasarkan kuesioner yang disampaikan kepada pasien dapat diketahui adanya keluhan-keluhan antara lain perawat kurang perhatian, judes, kurang tanggap, mahal senyum, kurang sabar dan kurang cekatan.

Berdasarkan wawancara dan observasi dengan kepala ruang juga dapat diketahui bahwa belum semua perawat dapat menunjukkan perilaku *caring* perawat. Hasil wawancara tersebut menunjukkan bahwa perawat yang usianya lebih tua, jenis kelamin wanita, memiliki masa kerja yang lebih lama, memiliki tingkat

pendidikan yang lebih tinggi dan sudah mengikuti pelatihan *exelent service* maka akan menunjukkan perilaku yang lebih *caring* kepada pasien. Begitu juga dengan berpikir kritis perawat bahwa perawat yang usianya lebih muda, memiliki pendidikan lebih tinggi, dan memiliki masa kerja yang cukup lama dipandang lebih dapat berpikir kritis.

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan diharapkan dapat memberikan kepuasan terhadap pasien dan keluarganya. Namun karena masih banyak perawat yang belum bersikap *caring* maka masih ada pasien dan keluarganya yang menyatakan belum puas terhadap pelayanan keperawatan. Untuk itu semua perawat dituntut untuk dapat meningkatkan perilaku *caring*. Perawat dapat mengembangkan perilaku *caring* salah satunya dengan mengembangkan kemampuan dalam berpikir kritis. Perawat yang memiliki kemampuan kritis yang baik maka dapat mengambil keputusan yang tepat termasuk dalam berperilaku atau bersikap. Berdasarkan data tersebut maka rumusan masalah penelitian ini yaitu belum diketahuinya hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Penelitian ini dilakukan untuk membuktikan adanya hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Moewardi Surakarta.

1.3.2. Tujuan khusus

Penelitian ini bertujuan agar dapat teridentifikasinya:

1.3.2.1. Gambaran perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

1.3.2.2. Gambaran berpikir kritis perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

1.3.2.3. Karakteristik perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan pelatihan yang pernah diikuti.

1.3.2.4. Hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

1.3.2.5. Hubungan faktor karakteristik individu (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

1.3.2.6. Faktor (berpikir kritis, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

1.4. Manfaat penelitian

1.4.1. Rumah sakit

1.4.1.1. Untuk perawat

Perawat yang terlibat menjadi responden dalam penelitian ini dapat mengetahui perilaku yang harus ditunjukkan kepada pasien sebagai seorang pemikir kritis dan sebagai perawat yang berperilaku *caring*.

1.4.1.2. Untuk Bidang keperawatan

Hasil penelitian ini memberi gambaran tentang kemampuan berpikir kritis perawat. Gambaran tersebut dapat menjadi masukan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis bagi perawat agar kualitas pelayanan dapat ditingkatkan.

1.4.1.3. Untuk Bagian Diklit

Hasil penelitian ini dapat menjadi *data base* bagi diklit untuk menyusun program pengembangan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis bagi perawat.

1.4.2. Pelayanan keperawatan

1.4.2.1. Penelitian ini memberi sumbangan ide kepada perawat untuk mengembangkan diri khususnya dalam meningkatkan kemampuan dalam berpikir kritis dan meningkatkan perilaku *caring*. Dengan menunjukkan perilaku *caring* maka perawat dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan kepada pasien.

1.4.2.2. Penelitian ini memberi sumbangan pemikiran bagi profesi keperawatan agar kemampuan berpikir kritis perawat ditingkatkan sehingga kualitas pelayanan keperawatan semakin meningkat.

1.4.3. Perkembangan riset keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan penelitian tentang kemampuan berpikir kritis maupun perilaku *caring* dengan menggunakan metode pendekatan yang berbeda dari penelitian ini.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab tinjauan pustaka ini menjelaskan tentang teori *caring* dan berpikir kritis. Bab ini juga menjelaskan tentang manajemen keperawatan dan faktor-faktor karakteristik responden yang dapat mempengaruhi perilaku *caring* perawat.

2.1. *Caring*

2.1.1. Pengertian

Human care merupakan hal yang mendasar dalam teori *caring*. Perawat yang akan mengembangkan perilaku *caring* harus memahami tentang *human care*. Watson dalam Alligood & Tomey (2006b) mengembangkan teori *human caring* dan pengalaman manusia dalam kehidupan. Teori ini menunjukkan bahwa *caring* adalah cara yang berbeda dari manusia untuk hadir, penuh perhatian, sadar dan dilakukan dengan disengaja. *Human care* juga terdiri dari upaya untuk melindungi, meningkatkan, dan menjaga atau mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain mencari arti dalam sakit, penderitaan, dan keberadaannya serta membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri.

Hubungan perawat dan pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan akan terjadi proses transaksi *caring*. Watson dalam Alligood & Tomey (2006a) menyatakan bahwa keperawatan berpusat di sekitar membantu pasien mencapai tingkat harmonis yang lebih tinggi di dalam pikiran, tubuh dan jiwa, dan keharmonisan ini dicapai melalui transaksi *caring* melibatkan hubungan *caring* transpersonal. Hubungan *caring* transpersonal adalah jenis hubungan khusus dalam perawatan manusia di mana pasien dan perawat mempunyai kedudukan yang sama (Watson, 1985, dalam Fitzpatrick & Whall, 1989).

Caring merupakan suatu sikap yang peduli dengan kondisi pasien sehingga mendorong perawat untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya. Perawat yang memberikan asuhan keperawatan kepada pasien hendaknya

memiliki sikap *caring*. *Caring* adalah fenomena universal yang mempengaruhi cara manusia berpikir, berperasaan, dan bersikap ketika berhubungan dengan orang lain (Potter & Perry, 2009). *Caring* juga dapat diartikan sebagai suatu cara pemeliharaan berhubungan dengan menghargai orang lain, disertai perasaan memiliki dan tanggung jawab (Swanson dalam Potter & Perry, 2009). *Caring* dalam keperawatan dipelajari dari berbagai macam filosofi dan perspektif etik, artinya bukan hanya perawat saja yang dapat berperilaku *caring* tetapi sebagai manusia kita juga harus mampu memperhatikan manusia lain.

Perawat dalam menjalankan tugasnya akan selalu berhubungan dengan orang banyak, antara lain pasien, sesama perawat, dokter, ahli gizi, dan lain-lain. Sehingga perawat harus dapat mengembangkan kemampuannya dalam membina hubungan dengan orang lain. *Caring* berarti bahwa seseorang, kejadian, rencana, dan segala sesuatu yang berhubungan dengan banyak orang (Benner & Wrebel, dalam Potter & Perry, 2009). Hal ini tentu saja akan sangat mempengaruhi perawat dalam menjalankan tugasnya dalam profesi keperawatan, karena dalam menjalankan profesi keperawatan perawat harus mampu kerjasama dalam tim.

Caring merupakan sikap dan perilaku perawat terhadap pasien dalam melakukan asuhan keperawatan. *Caring* adalah cara memelihara suatu hubungan yang terkait dengan nilai, komitmen dan tanggung jawab diri sendiri dan orang lain (Watson, 1991 dalam Tomey & Alligood, 2006b). *Caring* juga merupakan ideal moral dari suatu perilaku yang berorientasi pada tugas. *Caring* mencakup karakteristik seperti kesempatan *caring* secara aktual dan saat *caring* transpersonal, fenomena yang terjadi ketika hubungan *caring* antara perawat dan pasien (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006a).

Caring merupakan perilaku yang ditunjukkan oleh perawat selama melakukan asuhan keperawatan. Perilaku *caring* yang ditunjukkan oleh perawat akan mendapat penilaian dari pasien, karena pasien yang secara langsung merasakan perilaku dari perawat. *Caring* menghasilkan kemungkinan untuk beradaptasi, kemampuan untuk berkomunikasi dengan sesama dan perhatian terhadap sesama,

serta mau memberi dan menerima bantuan (Chinn & Kramer, 2004 dalam Potter & Perry, 2009). *Caring* dapat berarti bahwa individu, kejadian, proyek, dan sesuatu yang penting bagi manusia.

2.1.2. Perilaku *caring*

2.1.2.1. Konsep *caring* dari Watson, 1979

a. Konsep mayor *caring*

Watson mendasari teorinya untuk praktek keperawatan dengan sepuluh faktor *caratif*. Masing-masing memiliki komponen fenomenologis dinamis yang relatif pada individu yang terlibat dalam hubungan keperawatan. Tiga faktor pertama menjadi dasar filosofis bagi ilmu *caring* (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006a). Sepuluh faktor *caratif caring* tersebut adalah sebagai berikut:

a) Membentuk dan menghargai sistem nilai *humanistic* dan *altruistic*

Nilai *humanistic* dan *altruistic* dibentuk pada awal mulai kehidupan tetapi dapat juga dipengaruhi selama seorang menjalani pendidikan terutama pendidikan perawat. Individu merupakan totalitas dari bagian-bagian yang memiliki harga diri didalam dirinya yang memerlukan perawatan, penghormatan, dipahami dan kebutuhan untuk dibimbing (Potter & Perry, 2009). Perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepada klien. Selain itu, perawat juga memperlihatkan kemampuan diri dengan memberikan pendidikan kesehatan pada klien (Nurrachmah, 2001).

Manifestasi perilaku *caring* perawat dengan menggunakan kebaikan dan kasih sayang untuk memperluas diri. Perawat yang memiliki sifat *caring* adalah perawat yang memiliki kualitas kepribadian yang baik. Ciri-cirinya antara lain baik, tulus, berpengetahuan, sabar dan tenang, memiliki rasa humor, penolong, jujur, santai, asertif, penuh kasih sayang, penuh perhatian, berpengalaman dan fleksibel, memiliki watak yang menyenangkan, toleran serta pengertian (Morrison & Burnard, 2009/1997).

b) Menanamkan kepercayaan/ pengharapan

Peran perawat dalam membina hubungan perawat-pasien yang efektif dan dalam mempromosikan kesehatan dengan membantu pasien mengadopsi perilaku mencari kesehatan (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006a). Perawat juga harus memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik. Keperawatan meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan dan membantu memahami alternatif terapi yang diberikan, memberi keyakinan akan adanya kekuatan penyembuhan/ kekuatan spiritual dan penuh pengharapan.

Manifestasi perilaku *caring* perawat yaitu menciptakan suatu hubungan dengan klien yang menawarkan maksud dan petunjuk saat mencari arti dari suatu penyakit. *Caring* juga merupakan sikap saling memberi dan menerima yang merupakan awal hubungan dari perawat dan klien untuk saling mengenal dan peduli (Potter & Perry, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa perawat memberikan perhatian kepada pasien.

c) Menumbuhkan sensitifitas terhadap diri dan orang lain

Pengakuan perasaan mengarah aktualisasi diri melalui penerimaan diri baik bagi perawat dan pasien. Sebagai perawat mengakui sensitivitas dan perasaan mereka, mereka menjadi lebih asli, otentik, dan sensitif kepada orang lain (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006a).

Perawat harus dapat belajar menghargai kesensitifan perasaan klien dan dirinya sendiri. Dengan menjadi sensitif terhadap diri sendiri maka akan menjadikan lebih sensitif terhadap orang lain dan menjadi lebih tulus dalam memberikan bantuan kepada orang lain, lebih empati dalam proses interpersonal perawat dan pasien. Manifestasi perilaku *caring* perawat dengan belajar menerima keadaan diri sendiri dan orang lain (Potter & Perry, 2009). Dengan belajar menerima keadaan diri sendiri dan orang lain, maka perawat dapat membina hubungan interpersonal yang baik dengan klien.

d) Mengembangkan hubungan saling percaya, hubungan *caring* manusia

Perawat memberikan informasi dengan jujur, dan memperlihatkan sikap empati yaitu turut merasakan apa yang dialami klien (Nurrachmah, 2001). Manifestasi perilaku *caring* perawat yaitu belajar membangun dan mendukung pertolongan kepercayaan, hubungan *caring* yang asli melalui komunikasi yang efektif dengan klien (Potter & Perry, 2009).

Perawat dapat membina hubungan saling percaya dengan mengenalkan diri saat awal kontak, meyakinkan pasien tentang kehadiran perawat untuk menolong, perawat bersikap hangat dan bersahabat. Perawat yang bersifat *caring* dalam membina hubungan dengan orang lain juga harus menunjukkan sikap empati dan mudah didekati serta mau mendengarkan orang lain. Perawat tersebut lebih peka, mudah bergaul, sopan dan mampu berkomunikasi dengan baik dengan orang lain (Morrison & Burnard, 2009/1997).

e) Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif

Perawat diharapkan dapat memberikan waktunya dengan mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien (Nurrachmah, 2001). Perawat yang bersifat *caring* juga senantiasa mempunyai waktu untuk orang lain (Morrison & Burnard, 2009/1997). Tujuan dari sikap ini untuk menciptakan hubungan perawat dan klien yang terbuka saling menghargai perasaan dan pengalaman antar perawat, klien dan keluarga. Perawat harus belajar mendukung dan menerima perasaan klien. Dalam berhubungan dengan klien, tunjukkan kesiapan mengambil risiko dalam berbagi dengan sesama (Potter & Perry, 2009).

f) Menggunakan proses *caring* yang kreatif dalam penyelesaian masalah.

Penggunaan proses keperawatan dalam pemecahan masalah secara ilmiah melalui pendekatan asuhan keperawatan, akan menghilangkan citra tradisional perawat sebagai pembantu dokter. Proses keperawatan sama dengan proses penelitian yang sistematis dan terorganisir (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006a). Perawat menggunakan metode proses keperawatan yang sistematis sebagai pola pikir dan pendekatan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan.

Sehingga perawat dapat mengambil keputusan untuk memecahkan masalah secara ilmiah dalam menyelenggarakan pelayanan yang berfokus pada klien (Potter & Perry, 2009).

g) Meningkatkan proses belajar-mengajar interpersonal

Faktor ini merupakan konsep yang penting untuk keperawatan untuk membantu kesembuhan dengan bentuk kepedulian. Pasien diharapkan untuk mendapatkan informasi tentang status kesehatan (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006a). *Caring* akan efektif bila dilakukan melalui hubungan interpersonal, memberikan asuhan mandiri, menerapkan kebutuhan personal dan memberikan kesempatan untuk tumbuh. Kegiatan ini dapat dilakukan pada saat mengajarkan klien tentang ketrampilan perawatan diri. Klien mempunyai tanggung jawab untuk belajar agar dapat memenuhi kebutuhannya sendiri (Potter & Perry, 2009).

h) Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosio-kultural dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif.

Perawat harus menyadari bahwa lingkungan internal dan eksternal berpengaruh terhadap kesehatan dan penyakit individu. Yang dimaksud dengan lingkungan internal meliputi mental dan kesejahteraan spiritual serta keyakinan sosial budaya individu (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006a). Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan/kondisi penyakit klien. Perawat dapat membuat pemulihan suasana pada semua tingkatan baik fisik dan non-fisik. Perawat juga dapat meningkatkan kebersamaan, keindahan, kenyamanan, kepercayaan dan kedamaian (Potter & Perry, 2009).

i) Membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia

Perawat mengakui kebutuhan biofisik, psikofisik, psikososial, serta intrapersonal diri dan pasien. Pasien harus memenuhi kebutuhan yang lebih rendah sebelum mencoba untuk mencapai kebutuhan yang lebih tinggi (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006a). Perawat yang bersifat *caring* selalu berusaha memperlakukan orang-orang/ pasien sebagai individu dan mencoba

mengidentifikasi kebutuhan pasien. Mereka juga mendahulukan kepentingan pasien, dapat dipercaya dan terampil (Morrison & Burnard, 2009/1997).

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan salah satunya dengan membantu klien mendapatkan kebutuhan dasar dengan *caring* yang disengaja dan disadari. Perawat harus bersedia membantu kebutuhan *activity daily living* (ADL) dengan tulus dan menyatukan perasaan bangga dapat menolong klien, menghargai dan menghormati privacy klien (Potter & Perry, 2009). Perawat dalam membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien harus dilakukan dengan penuh kesadaran, disengaja, dan memperhatikan seluruh aspek dalam keperawatan.

j) Menghargai adanya kekuatan-kekuatan fenomena yang bersifat spiritual

Perawat dapat mengizinkan terjadinya tekanan yang bersifat fenomenologis agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat dicapai. Kadang-kadang seseorang klien perlu dihadapkan pada pengalaman/ pemikiran yang bersifat profokatif. Tujuannya adalah agar dapat meningkatkan pemahaman lebih mendalam tentang diri sendiri (Nurrachmah, 2001).

Perawat harus memahami pertumbuhan dan kematangan jiwa klien (fenomenologis) tentang data serta situasi yang membantu pemahaman klien tentang fenomena. Yang dapat dilakukan perawat antara lain mengizinkan klien menggunakan kekuatan spiritual untuk melakukan terapi alternatif sesuai pilihannya, memotivasi klien dan keluarga untuk berserah diri kepada Tuhan YME, menyiapkan klien dan keluarga saat menghadapi fase berduka (Potter & Perry, 2009).

b. Asumsi mayor *science of caring*

Watson mengidentifikasi banyak asumsi dan beberapa prinsip dasar dari *transpersonal caring*. Watson menyakini bahwa jiwa seseorang tidak dapat dibatasi oleh ruang dan waktu. Watson menyatakan tujuh asumsi tentang *science of caring*. Asumsi dasar tersebut yaitu:

- a) *Caring* dapat didemonstrasikan dan dipraktekkan dengan efektif hanya secara interpersonal.
- b) *Caring* terdiri dari *caratif factor* yang menghasilkan kepuasan terhadap kebutuhan manusia tertentu.
- c) Efektif *caring* meningkatkan kesehatan dan perubahan individu dan keluarga.
- d) Respon *caring* menerima seseorang tidak hanya sebagai dia saat ini, tetapi juga menerima akan jadi apa dia kemudian.
- e) Lingkungan *caring* adalah sesuatu menawarkan perkembangan dari potensi yang ada, dan di saat yang sama membiarkan seseorang untuk memilih tindakan yang terbaik bagi dirinya saat itu.
- f) *Caring* lebih “*healthogenic*” daripada *curing*. Praktek *caring* merupakan integrasi antara pengetahuan biofisik dengan pengetahuan hubungan manusia atau promosi kesehatan dan untuk memberikan pelayanan kepada pasien. Dasar dari perilaku *caring* melengkapi dasar dari ilmu *curing*.
- g) Praktek *caring* merupakan sentral dari keperawatan.
(Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006a)

2.1.2.2. Konsep *caring* dari Swanson, 1991

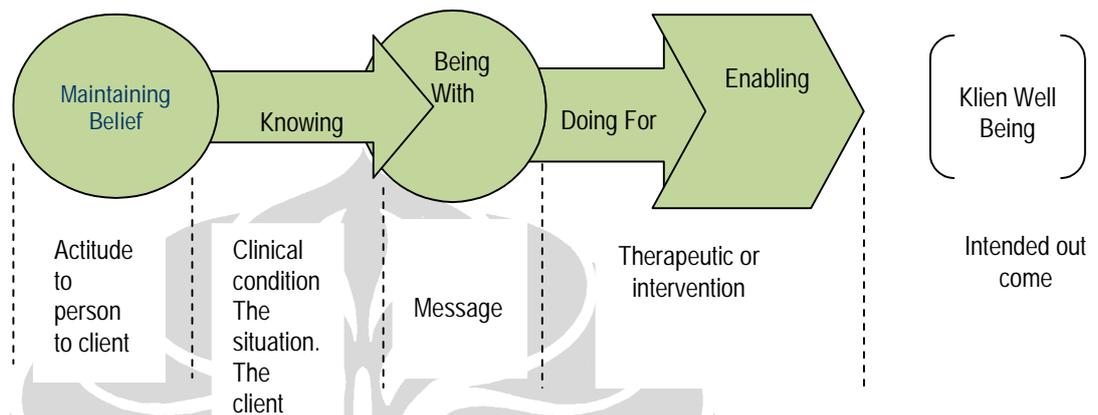
a. Konsep mayor *caring*

Swanson mengartikan *caring* sebagai suatu cara untuk memelihara hubungan dengan seseorang atau pasien yang memiliki dan menganut nilai-nilai yang sama terhadap komitmen dan tanggung jawab. Struktur yang menyusun teori ini terdiri dari lima komponen dimana tujuan akhir dari teori ini adalah klien berada pada kondisi terbaiknya dan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tujuan yang diinginkan.

Komponen-komponen dalam struktur ini saling berintegrasi dan berhubungan, masing-masing tidak dapat berdiri sendiri, yang pada akhirnya membentuk suatu perilaku *caring*. Hal ini yang merupakan dasar dalam memelihara dan meningkatkan keyakinan dasar terhadap kehidupan manusia, memberi dukungan dengan mengetahui dan mengerti apa yang menjadi permasalahan pasien. Selain itu juga untuk menyampaikan permasalahan pasien dengan memperhatikan aspek

fisik dan emosional, melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi aktual maupun potensial pasien. Komponen struktur dalam teori *caring* ini dapat dilihat pada gambar 2.1.

Gambar 2.1. *Structure caring*



a) Mempertahankan kepercayaan (*maintaining belief*)

Orientasi *caring* dimulai dengan sebuah keyakinan yang mendasar pada manusia dan kapasitas manusia melalui peristiwa, transisi dan bagaimana menghadapi masa depan dengan makna. Menjaga kepercayaan orang lain merupakan dasar dari *caring*, dari sikap inilah perawat menentukan mana yang penting dan kapan diperlukan sikap *caring*. Dalam hal ini, perawat perlu mendekati klien dengan sebuah keyakinan bahwa klien merupakan pribadi yang berarti dalam apa pun (Swanson, 1993).

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memperhatikan aspek mempertahankan kepercayaan. Mempertahankan kepercayaan (*maintaining belief*) adalah mempertahankan iman agar dapat melalui suatu peristiwa dan menghadapi masa depan dengan penuh makna, percaya pada kapasitas sendiri dan mempunyai harga diri, memelihara sikap penuh harapan, optimisme, dan dapat menemukan makna (Swanson, 1991 dalam Tomey & Alligood, 2006a). Pada tingkatan masyarakat, menjaga kepercayaan itu adalah keyakinan dalam hak semua orang untuk melewati peristiwa dan menghadapi masa depan yang

bermakna. Pada tingkat interpersonal, mempertahankan kepercayaan ini dapat dilihat dari seorang perawat yang *caring* akan memperhatikan pasiennya.

Perawat dalam mempertahankan kepercayaan harus memperhatikan berbagai hal yang terkait dengan mempertahankan kepercayaan. Dimensi mempertahankan kepercayaan mempunyai subdimensi percaya/ memegang kepercayaan, mempertahankan sikap penuh pengharapan, dan menawarkan keyakinan yang realistik (Potter & Perry, 2009).

b) Mengetahui (*knowing*)

Perawat yang mengetahui (*knowing*) berupaya untuk memahami peristiwa yang memiliki makna dalam kehidupan yang lain. Pengetahuan menerjemahkan idealisme pemeliharaan keyakinan ke realisme dari kondisi manusia. Ini melibatkan menghindari asumsi. berpusat pada satu orang yang dirawat, benar-benar menilai semua aspek dari kondisi klien dan sesuai realitas, dan akhirnya melibatkan diri atau kepribadian perawat dan klien dalam transaksi *caring*. Efisiensi dan efektivitas mengetahui sebagai terapeutik *caring* ditingkatkan oleh pengetahuan secara empiris, etika dan estetika yang berhubungan dengan masalah kesehatan baik secara aktual dan potensial (Swanson, 1993).

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus mengetahui kondisi klien. Mengetahui adalah memahami arti dari suatu peristiwa dalam kehidupan, menghindari asumsi, berfokus pada klien, mencari isyarat, menilai secara cermat, dan menarik (Swanson, 1991 dalam Tomey & Alligood, 2006a). Komponen *caring* mengetahui mempunyai subdimensi menghindari asumsi, fokus pada pelayanan satu orang, penilaian menyeluruh, mencari petunjuk, dan mengikat diri atau keduanya (Potter & Perry, 2009).

c) Kebersamaan (*being with*)

Perawat dengan kebersamaan (*being with*) yaitu perawat yang menghadirkan diri secara emosional untuk orang lain atau klien. Kehadiran secara emosional adalah cara berbagi dalam makna, perasaan, dan pengalaman hidup dengan *caring*.

Kebersamaan, meyakinkan klien bahwa secara realitas mereka dihargai dan juga perawat siap dan bersedia di dekat klien untuk klien (Swanson, 1993).

Perawat menjadi ada, meliputi tidak hanya kehadiran secara fisik saja tetapi juga jelas menyampaikan pesan ketersediaan dan keyakinan untuk bertahan dengan klien. Hal ini termasuk berada disana secara pribadi, menyampaikan kesediaan, dan perasaan ingin berbagi tanpa membebani orang yang dirawat (Swanson, 1991 dalam Tomey & Alligood, 2006a).

Perawat harus dirasakan kehadirannya oleh klien. Salah satu contohnya untuk pasien yang dirawat ketika bel dibunyikan perawat segera hadir. Hal ini membuktikan bahwa perawat selalu ada untuk pasien, ketika pasien membutuhkan. Kebersamaan mempunyai subdimensi berada disana, menunjukkan kemampuan, berbagi perasaan, dan tidak mudah marah (Potter & Perry, 2009).

d) Melakukan untuk (*doing for*)

Virginia Henderson menangkap esensi “*doing for*” dalam dirinya yang sering dikutip dari definisi keperawatan yaitu fungsi unik dari perawat adalah membantu individu, baik yang sakit maupun sehat. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat dapat memberikan kontribusi untuk kesehatan atau pemulihan (atau sampai mati dengan damai) bahwa perawat akan tampil seutuhnya ketika diperlukan dengan menggunakan semua kekuatan maupun pengetahuan yang dimiliki perawat (Henderson, 1966 dalam Swanson 1993).

Perawat yang menerapkan “*doing for*” berarti melakukan sesuatu untuk orang lain seperti melakukan terhadap diri sendiri, termasuk kebutuhan mengantisipasi, menghibur, melakukan tindakan dengan terampil dan kompeten, dan melindungi orang yang dirawat dengan tetap menjaga martabat pasien (Swanson, 1991 dalam Tomey & Alligood, 2006a). Dalam dimensi ini mempunyai sub dimensi kenyamanan, antisipasi, menunjukkan keterampilan, melindungi, dan menunjukkan kepercayaan (Potter & Perry, 2009).

e) Memampukan (*enabling*)

Perawat yang *caring* akan memahami tentang kemungkinan orang lain untuk berlatih perawatan diri. *Enabling* didefinisikan sebagai memfasilitasi orang lain untuk dapat melewati transisi kehidupan dan peristiwa yang asing (Swanson, 1991 dalam Swanson, 1993). Mengaktifkan meliputi: pelatihan, menginformasikan dan menjelaskan kepada lainnya; mendukung orang lain dan memungkinkan untuk membagi pengalamannya, membantu yang lain untuk memusatkan perhatian pada isu yang penting; membantu orang lain untuk menghasilkan alternatif; membimbing orang lain untuk memikirkan isu-isu; memberikan umpan balik, dan memvalidasi realitas yang lain.

Memampukan (*enabling*) akan memudahkan jalan seseorang dalam menjalani tradisi kehidupan atau kejadian yang tidak terduga, dengan menginformasikan, menjelaskan, mendukung, memvalidasi perasaan, menghasilkan alternatif, memikirkan hal-hal yang dilalui, dan memberikan umpan balik (Swanson, 1991 dalam Tomey & Alligood, 2006a). Memampukan (*enabling*) mempunyai sub dimensi memberitahukan/ menjelaskan, mendukung/ mengizinkan, fokus, membuat alternatif, dan membenarkan/ memberikan umpan balik (Potter & Perry, 2009).

b. Asumsi mayor *caring*

Swanson pada tahun 1993 mengembangkan lebih lanjut teorinya tentang *caring* dengan membuat asumsi-asumsi. Asumsi-asumsi tersebut secara eksplisit dibagi dalam empat fenomena utama yang menjadi perhatian disiplin keperawatan yaitu manusia, keperawatan, kesehatan, dan lingkungan (Swanson dalam Tomey & Alligood, 2006a).

a) Manusia

Watson (1985) dalam Swanson (1993) menyatakan bagaimana pandangan orang lain atau klien terhadap perawat dan mendefinisikan siapa klien dalam keperawatan, dan apa yang dimaksud praktek, lingkungan dan tujuan asuhan keperawatan. Manusia merupakan makhluk yang unik dimana dalam mencapai

keutuhannya dimanifestasikan melalui pikiran, perasaan, dan perilaku. Manusia dalam keutuhannya tidaklah stagnan tetapi tumbuh, berkembang, merefleksikan diri, dan menjalin hubungan dengan orang lain. Travelbee (1971) dalam Swanson (1993) menyatakan bahwa manusia itu tidak stagnan tetapi akan tumbuh, mencerminkan diri dan berusaha untuk berhubungan dengan orang lain.

Manusia dalam kehidupannya akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan. Dalam perjalanan hidupnya manusia akan memperoleh berbagai macam pengalaman. Pengalaman hidup setiap orang dipengaruhi oleh faktor genetik, spiritualitas dan juga kemampuan untuk menggunakan kebebasan. Dengan pengalaman yang didapat tersebut manusia dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

b) Lingkungan

Lingkungan didefinisikan sebagai situasi. Bagi perawat, lingkungan adalah setiap konteks yang mempengaruhi atau dipengaruhi oleh klien. Lingkungan meliputi beberapa macam, termasuk budaya, politik, ekonomi, sosial, biofisik, psikologis, dan spiritual (Swanson, 1993).

c) Kesehatan

Paradigma kesehatan pada teori ini mengadopsi dari Smith tahun 1981, yang mengatakan bahwa ada empat faktor yang termasuk dalam paradigma ini yaitu terhindar dari penyakit, kemampuan menjalankan peran, kemampuan beradaptasi, dan kondisi sejahtera. Perawat berfokus pada bagaimana klien menghadapi penyakit atau kondisi kesehatannya. Fokus perawat tidak hanya pada penyakitnya saja tetapi juga dalam membantu klien untuk mencapai, mempertahankan dan mendapatkan kembali status kesehatannya (Swanson, 1993).

d) Keperawatan

Swanson (1993) mendefinisikan keperawatan sebagai *informed caring* untuk kebersamaan kepada orang lain. Perawat mendiagnosa dan memberikan tanggapan atau respon terhadap klien berkaitan dengan masalah kesehatan baik

secara aktual maupun potensial (*American Nurses Association Social Policy Statement*, 1980 dalam Swanson, 1993). Hal ini menjelaskan bahwa perawat mempunyai peran dan fungsi untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dan menggarisbawahi pentingnya perawat memberikan perawatan kepada klien (individu atau kelompok) yang kondisi kesehatannya sedang menurun.

2.1.3. Pengukuran perilaku *caring*

Perilaku *caring* yang ditunjukkan oleh perawat dapat dilakukan pengukuran. Pengukuran perilaku *caring* dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai alat ukur yang telah diuji oleh para ahli.

2.1.3.1. *Caring behavior assessment tool* (CBA)

Caring behavior assessment tool (CBA) adalah alat ukur yang paling awal dikembangkan untuk mengukur perilaku *caring* dengan menggunakan teori Watson dan 10 faktor *carative caring* Watson. CBA dari Cronin dan Harrison (1988) diadaptasi untuk menilai perilaku keperawatan yang berhubungan dengan pengalaman merawat pasien. Tujuh subskala CBA yang digunakan yaitu *humanistic/ faith-hop-sensitivity* (kemanusiaan/ keyakinan-harapan-sensitifitas), *helping/ trust* (membina/ membantu kepercayaan), *expression of positive/ negative feeling* (menerima ekspresi perasaan positif dan negatif klien), *teaching/ learning* (pembelajaran/ pengajaran interpersonal), *supportive/ protective/ corrective environment* (menciptakan lingkungan yang mendukung dan melindungi), *human need/ assistance* (membantu memenuhi kebutuhan dasar), *exixtensial/ phenomenological dimensions* (dimensi fenomenologis/ eksistensi) (Suliman, Welmann, Omer, & Thomas, 2009).

CBA terdiri atas 63 item pertanyaan yang dikelompokkan menjadi tujuh sub skala. Cronin & Harrison mengelompokkan 10 faktor *caratif caring* dari Watson menjadi tujuh sub skala, karena tiga faktor karatif pertama dikelompokkan menjadi satu subskala (kategori karatif 1, 2, dan 3 digabung menjadi satu subskala). Jawaban pertanyaan untuk mengukur faktor *caratif* tersebut

menggunakan lima skala Likert yang menggambarkan tingkatan masing-masing perawat dalam merefleksikan perilaku *caring*.

2.1.3.2. *Caring behavior inventori* (CBI)

Caring behavior inventori (CBI) dikembangkan oleh Wolf dengan menggunakan konsep dasar *caring* secara umum dan teori transpersonal *caring* dari Watson. Pada awalnya alat ukur ini terdiri dari 75 item, kemudian dilakukan revisi menjadi 42 item. Wolf mencatat respon *caring* dengan menggunakan 6 point skala Likert. Wolf et all (1994) mengkategorikan faktor *carative* dari teori Watson menjadi lima dimensi perilaku *caring*. Perilaku *caring* perawat tersebut yaitu perhatian terhadap yang lain, mengakui keberadaan manusia, hubungan yang positif, pengetahuan dan ketrampilan yang profesional, serta perhatian terhadap yang dialami oleh orang lain (Wolf, Miller, Devine, 2003).

2.2. Berpikir kritis

2.2.1. Pengertian

Berpikir kritis merupakan sebuah kekuatan dalam semua kegiatan berpikir manusia, termasuk perawat. Kebiasaan menggunakan kriteria dan prosedur dalam berpikir kritis akan membantu kita menyusun alasan yang lebih efektif dan rasional dalam segala aspek kehidupan dan pekerjaan. Berpikir kritis sangat penting bagi perawat karena dengan berpikir kritis perawat dapat menyadari perannya dan identitas diri dalam kaitannya dengan hal-hal, peristiwa, dan orang lain (Bandman & Bandman, 1995).

Perawat dalam proses berpikir kritis menekankan pada berbagai tujuan, proses, metodologi, termasuk karakteristik atau ruang lingkup. Govier dalam Bandman & Bandman (1995) mendefinisikan berpikir kritis dalam arti yang sempit yaitu berpikir tentang hasil pemikiran misalnya argumentasi, klaim, teori, definisi, pertanyaan, masalah (hipotesis), sebuah perbandingan, sintesis, kesimpulan, dan lain-lain. Berpikir kritis juga didefinisikan sebagai pengukuran rasional terhadap gagasan, kesimpulan, asumsi, prinsip, argumen, kesimpulan, isu, pernyataan, keyakinan, dan tindakan (Bandman & Bandman, 1995).

Berpikir kritis meliputi penalaran ilmiah, termasuk dalam proses keperawatan, pengambilan keputusan, dan penalaran dalam masalah-masalah yang kontroversial. Empat jenis penalaran dalam berpikir kritis ini terdiri dari deduktif, induktif, informal atau sehari-hari, dan praktis. Berpikir kritis juga dapat diartikan sebagai penalaran di mana kita menganalisis penggunaan bahasa, merumuskan masalah, memperjelas, dan menjelaskan asumsi, menimbang bukti, mengevaluasi kesimpulan, membedakan antara argumen yang baik dan buruk, dan berusaha untuk membenarkan fakta-fakta dan nilai-nilai yang menghasilkan keyakinan dan tindakan (Bandman & Bandman, 1995).

Berpikir kritis merupakan suatu sikap dan proses penalaran yang melibatkan sejumlah keterampilan intelektual. Paul (1988) dalam Wilkinson (1996) menyatakan bahwa berpikir kritis adalah disiplin, mengarahkan diri, berpikir rasional yang mengesahkan apa yang kita tahu dan membuat jelas dimana kita tidak mengetahui. Ini adalah seni berpikir tentang pemikiran saat manusia sedang berpikir sehingga membuat pemikiran menjadi lebih jelas, tepat, akurat, relevan, konsisten, dan adil.

Kemampuan berpikir kritis seseorang dapat ditunjukkan dengan perilaku. Kita dapat melihat bagaimana seorang pemikir kritis berperilaku (apa yang dilakukan dan dikatakan) dapat memberikan gambaran tentang hal apa yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan kita dalam berpikir kritis (LeFevre, 2004). Perilaku ini disebut indikator berpikir kritis karena mereka mampu menunjukkan karakteristik atau sikap dari para pemikir kritis. Namun perlu diingat bahwa tidak ada yang sempurna/ tidak ada pemikir kritis yang ideal yang dapat menunjukkan semua karakteristik tersebut.

Berpikir kritis merupakan proses belajar membuat keputusan yang tepat dalam menyelesaikan suatu masalah. Berpikir kritis adalah proses kognitif yang aktif dan terorganisasi yang digunakan untuk mengetahui pikiran seseorang dan pemikiran terhadap orang lain (Chaffee, 2002 dalam Potter & Perry, 2009). Dalam pemikiran kritis meliputi identifikasi adanya masalah, analisis semua informasi yang

berkaitan dengan masalah, evaluasi informasi, dan membuat kesimpulan (Settersen & Laure, 2004 dalam Potter & Perry, 2009). Pemikir yang kritis akan memperhatikan apa yang penting dalam sebuah situasi, membayangkan dan mengeksplorasi semua alternatif, mempertimbangkan kode etik, kemudian membuat keputusan.

Kemampuan berpikir juga akan mempengaruhi kemampuan perawat dalam mengambil keputusan. Karena berpikir kritis adalah suatu proses berpikir yang digunakan oleh perawat untuk membuat keputusan klinis (Martin, 2002). Keputusan yang dibuat oleh perawat sering melibatkan masalah yang kompleks terkait dengan fisik dan psikososial kesejahteraan klien dan juga memerlukan interaksi dengan disiplin lain. Perawat harus mampu mengambil keputusan yang kompleks sejalan dengan pemikiran kritis agar dapat mengambil keputusan yang memuaskan klien.

Perawat harus mempelajari ketrampilan berpikir kritis, karena dengan berpikir kritis perawat dapat mengembangkan ide, pikiran dan kreativitasnya. Berpikir kritis adalah 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 juga merupakan ketrampilan untuk menerapkan metode-metode tersebut (Glaser dalam Fisher, 2009). Berpikir kritis menuntut upaya keras untuk memeriksa setiap keyakinan atau pengetahuan asertif berdasarkan bukti pendukungnya dan kesimpulan-kesimpulan lanjut yang diakibatkannya.

Perawat harus mengembangkan kemampuan berpikir kritis karena berpikir kritis diakui sebagai bagian penting dalam praktik keperawatan. Dengan berpikir kritis maka perawat dapat lebih reflektif dalam menyadari peran dan identitasnya, dalam kaitannya dengan hal-hal, peristiwa, dan orang lain. American Philosophical Association, 1990 dalam Rogal & Young (2008) menjelaskan bahwa penting untuk berpikir kritis karena sebagai bentuk dasar dari suatu sistem umpan balik yang memungkinkan individu untuk konfirmasi, memvalidasi, atau keputusan

yang benar. Facione (2006) menyatakan bahwa individu yang menunjukkan berpikir kritis menggabungkan keterampilan kognitif dengan disposisi afektif terhadap berpikir kritis. Disposisi afektif pemikir kritis termasuk yang ingin tahu, sistematis, bijaksana, pencarian kebenaran, analitis, berpikiran terbuka, dan percaya diri dalam penalaran (Facione; Scheffer & Rubenfeld, 2000; Simpson & Courtney, 2002, dalam Rogal & Young, 2008).

2.2.2. Model berpikir kritis

2.2.2.1. Model pemikiran kritis untuk pengambilan keputusan klinis

Berpikir kritis merupakan tanda atau standar untuk perawat professional yang kompeten. Kemampuan untuk berpikir kritis, meningkatkan praktik klinik dan mengurangi kesalahan pada penilaian klinis adalah visi dari praktik keperawatan (Di Vito-Thomas, 2005 dalam Potter & Perry, 2009). Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) dalam Potter & Perry (2009) mengembangkan model berpikir kritis dengan lima komponen berpikir kritis yaitu pengetahuan dasar, pengalaman, kompetensi berpikir kritis (dengan penekanan pada proses keperawatan), perilaku, dan standar.

a. Pengetahuan dasar spesifik

Pengetahuan perawat bergantung pada pengalaman pendidikan, termasuk pendidikan dasar perawat, kursus pendidikan berkelanjutan, dan kuliah tambahan. Pengetahuan dasar yang dibutuhkan oleh perawat antara lain teori ilmu dasar, rasa kemanusiaan, ilmu perilaku, dan keperawatan. Kedalaman dan luasnya pengetahuan seseorang akan mempengaruhi kemampuan untuk berpikir kritis dalam menangani masalah keperawatan.

b. Pengalaman

Keperawatan merupakan sebuah disiplin ilmu yang menerapkan praktik. Pengalaman belajar klinis diperlukan untuk memenuhi ketrampilan membuat keputusan klinis (Roche, 2002 dalam Potter & Perry, 2009). Pada situasi klinis perawat akan belajar mulai dari mengobservasi, merasakan, berbicara pada klien dan keluarga, serta merefleksikannya secara aktif. Dengan pengalaman, perawat

akan memahami situasi klinis, mengenali pola kesehatan klien, dan menilai apakah pola tersebut berhubungan atau tidak dengan kesehatan klien.

c. Kompetensi

Setiap perawat yang menjalankan profesi keperawatan harus memiliki kompetensi. Kompetensi yang dimaksud disini yaitu kompetensi yang terkait dengan proses keperawatan. Perawat dapat menerapkan komponen model pemikiran kritis pada setiap tahap proses keperawatan. Dengan menerapkan model pemikiran kritis maka diharapkan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas.

d. Perilaku

Terdapat 11 perilaku yang merupakan gambaran utama seorang pemikir kritis (Paul, 1993 dalam Potter & Perry, 2009). Perilaku tersebut menggambarkan bagaimana pendekatan seorang pemikir kritis yang berhasil dalam menyelesaikan masalah. Dalam menyelesaikan suatu masalah perawat akan selalu ingin tahu. Perilaku rasa ingin tahu meliputi kemampuan untuk mengenali adanya masalah dan mencari data untuk mendukung kebenaran dari apa yang dipikirkan (Watson & Glaser, 1980 dalam Potter & Perry, 2009). Berpikir kritis merupakan acuan bagaimana melakukan pendekatan terhadap masalah atau situasi pengambilan keputusan. Bagian yang penting dari pemikiran kritis adalah interpretasi, evaluasi, dan membuat penilaian dari berbagai pendapat dan data yang ada.

a) Percaya diri

Seseorang yang percaya diri maka akan memiliki kepastian dapat menyelesaikan tugas atau tujuan seperti melakukan proses keperawatan atau membuat keputusan diagnostik. Rasa percaya diri tumbuh seiring dengan pengalaman dalam mengenali kekuatan dan keterbatasan. Fokus perawat akan beralih dari kebutuhan diri sendiri menjadi kebutuhan klien (White, 2003 dalam Potter & Perry, 2009). Saat perawat menunjukkan rasa percaya diri maka klien akan melihat dari cara perawat berkomunikasi dan memberikan perawatan.

Rasa percaya diri akan membangun kepercayaan diantara perawat dan klien. Perawat yang percaya diri dan tangguh akan menyatakan kemampuannya untuk berpikir dan belajar. Perawat juga harus menyadari bahwa perawat memiliki kecenderungan, kekuatan, dan keterbatasan. Selain itu perawat juga harus mengakui bahwa ketika berpikir mungkin dipengaruhi oleh emosi atau kepentingan diri sendiri. Perawat harus mampu menunjukkan kesejatan diri dan juga menunjukkan perilaku yang menunjukkan nilai-nilai lain (LeFevre, 2004).

b) Berpikir independen

Saat perawat akan berusaha memperoleh pengetahuan baru. Perawat belajar untuk mempertimbangkan berbagai macam konsep dan ide sebelum membentuk opini dan penilaian. Saat perawat berpikir independen, perawat menolak cara berpikir orang lain dan mencari jawaban yang logis dan rasional untuk sebuah masalah. Berpikir independen merupakan langkah penting dalam praktik berbasis bukti. Saat perawat bertanya dan mencari bukti di balik masalah klinis yang ditemukan perawat. Berpikir independen dan memberikan penjelasan merupakan hal yang penting untuk kemajuan dan perluasan praktik keperawatan (Potter & Perry, 2009). Perawat juga selalu melakukan perbaikan berorientasi pada diri sendiri, pasien, dan sistem). Perbaikan yang berorientasi pada diri sendiri akan mengidentifikasi kebutuhan belajar, mencari informasi baru, dan menemukan cara untuk mengatasi keterbatasan diri (LeFevre, 2004).

c) Keadilan

Seorang pemikir kritis dapat mengatasi segala situasi dengan adil. Hal ini berarti bias dan tuduhan tidak akan mempengaruhi keputusan. Melihat keadaan secara objektif dan menganalisis dari semua segi untuk mengerti situasi secara menyeluruh sebelum membuat keputusan (Potter & Perry, 2009). Perawat harus dapat menunjukkan sifat terbuka dan berpikiran adil. Untuk perawat dapat menunjukkan toleransi jika ada sudut pandang yang berbeda. Perawat juga harus mampu menunjukkan sikap empati kepada pasien antara lain dengan cara mendengarkan dengan baik, menunjukkan kemampuan untuk membayangkan perasaan dan kesulitan orang lain (LeFevre, 2004).

d) Tanggung jawab dan akuntabilitas

Saat perawat merawat klien, maka perawat bertanggung jawab untuk melakukan aktifitas keperawatan yang benar sesuai standar praktik. Standar praktik adalah tingkatan minimum yang harus dipenuhi untuk memastikan perawatan yang berkualitas tinggi. Perawat profesional memiliki kompetensi dalam melakukan terapi keperawatan dan membuat keputusan klinis untuk klien. Perawat juga harus bisa mempertanggungjawabkan semua hasil atas tindakan yang diberikan perawat kepada klien. Perawat juga harus mau mengakui jika perawatan yang diberikan tidak efektif (Potter & Perry, 2009).

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan juga mempunyai hak otonomi dan bertanggung jawab. Perawat dapat menunjukkan pemikiran dan tindakan mandiri, memulai dan menyelesaikan tugas-tugas tanpa dorongan, menyatakan akuntabilitas diri. Perawat juga harus berhati-hati dalam melakukan tindakan. Perawat harus mau mencari bantuan bila diperlukan, menunda atau merevisi penilaian jika ada data baru atau data tidak lengkap (LeFevre, 2004).

e) Mengambil risiko

Seseorang sering menghubungkan pengambilan risiko dengan bahaya. Namun, mengambil risiko tidak selalu dihubungkan dengan hal yang negatif. Mengambil risiko merupakan hal yang menyenangkan, terutama jika hasilnya positif. Seorang pemikir kritis selalu mau mengambil risiko dalam mencoba cara yang berbeda untuk menyelesaikan masalah. Kemauan untuk mengambil risiko berasal dari pengalaman dalam mengatasi masalah yang sama. Pada saat mengambil risiko selalu pertimbangkan semua pilihan, menganalisis semua bahaya potensial terhadap klien, setelah itu ambil tindakan yang beralasan, logis, dan baik (Potter & Perry, 2009). Perawat yang berani mengambil resiko juga harus mempunyai keyakinan, dan tidak akan lari dari berbagai bentuk tantangan (LeFevre, 2004).

f) Disiplin

Pemikir yang disiplin hanya kehilangan sedikit detail dan akan mengikuti aturan atau pendekatan sistematis pada saat mengambil keputusan atau tindakan. Menjadi orang yang disiplin akan membantu kita mengidentifikasi masalah lebih akurat dan dapat mengambil tindakan yang sesuai (Potter & Perry, 2009). Perawat yang mempunyai disiplin diri juga akan mempromosikan gaya hidup sehat dan mampu menggunakan perilaku sehat untuk mengelola stres (LeFevre, 2004).

g) Kegigihan

Seorang pemikir kritis diharuskan menemukan solusi yang efektif bagi masalah klien. Hal ini diperlukan terutama jika masalah yang ada belum dapat diselesaikan atau jika masalah yang sama timbul kembali. Gigih berarti terus mencari berbagai sumber sampai kita dapat menemukan solusi terbaik untuk masalah klien. Sifat gigih akan mendorong perawat untuk mencoba pendekatan lain agar tetap dapat berkomunikasi sampai ia menemukan cara lain untuk berkomunikasi dengan klien. Seorang pemikir kritis tidak pernah puas dengan usaha yang minimal, tetapi selalu bekerja keras untuk mencapai hasil yang maksimal dalam perawatan klien (Potter & Perry, 2009). Perawat yang sabar dan gigih juga akan menunggu saat yang tepat dan tekun untuk mencapai hasil terbaik (LeFevre, 2004).

h) Kreatif

Kreatif meliputi pemikiran untuk menyelesaikan masalah dengan solusi yang baru namun tetap sesuai standar keperawatan. Kreatifitas adalah motivator yang akan menolong perawat untuk memikirkan segala pilihan dengan pendekatan yang unik. Masalah klinis klien, dukungan dari sistem sosial, dan lingkungan tempat tinggal merupakan beberapa faktor yang menyebabkan perawatan menjadi lebih kompleks (Potter & Perry, 2009). Pemikir yang kreatif akan menawarkan solusi dan pendekatan alternatif, dapat muncul dengan ide-ide yang berguna. Selain itu perawat juga harus fleksibel yaitu melakukan perubahan pendekatan yang diperlukan untuk mendapatkan hasil terbaik (LeFevre, 2004).

i) Rasa ingin tahu

Pada situasi klinis perawat akan belajar mengamati seluruh informasi mengenai klien. Memiliki rasa ingin tahu yang tinggi akan memotivasi untuk mencari lebih jauh dan menyelidiki situasi klinis sehingga akan mendapatkan seluruh informasi yang dapat membantu dalam mengambil keputusan (Potter & Perry, 2009). Rasa penasaran dan ingin tahu akan membuat perawat selalu mencari alasan, penjelasan, dan makna, serta mencari informasi baru untuk memperluas pemahaman (LeFevre, 2004).

j) Integritas

Pemikir kritis selalu bertanya dan menguji pengetahuan dan keyakinan dirinya sendiri. Integritas pribadi sebagai perawat dapat membangun kepercayaan dari rekan kerja atau perawat yang lain. Perawat menghadapi banyak masalah dan dilema dalam praktik klinis sehari-hari, dan semua orang pasti pernah berbuat kesalahan. Seseorang yang memiliki integritas tinggi, akan jujur dan mau mengikuti kesalahan dalam perilaku, ide, dan pemikiran (Potter & Perry, 2009).

Seorang pemikir kritis juga akan peka terhadap keragaman, menyatakan penghargaan atas perbedaan manusia yang berkaitan dengan nilai-nilai, kepribadian, budaya, menyesuaikan dengan preferensi yang diperlukan. Perawat juga harus mampu berpikir realistis dan praktis dengan mengakui ketika ada yang tidak layak, mencari solusi yang memuaskan (LeFevre, 2004).

k) Rendah hati

Seseorang perlu untuk mengakui keterbatasan pengetahuan dan ketrampilan diri sendiri. Pemikir kritis mengakui apa yang tidak diketahui dan mencoba mencari pengetahuan yang diperlukan agar dapat membuat keputusan yang tepat. Setiap perawat akan mempunyai keahlian dalam bidang tertentu dalam praktik klinis dan mungkin juga ada perawat yang masih pemula. Sebagai seorang pemula harus mengakui adanya keterbatasan pengetahuan dan mau belajar dari senior. Untuk mengembangkan kemampuan, perawat dapat berpikir tentang situasi, belajar pengetahuan tambahan, dan menggunakan informasi baru tersebut untuk

membentuk pendapat, menggambarkan kesimpulan, dan mengambil tindakan (Potter & Perry, 2009).

Seorang perawat juga harus jujur dan tegas dalam mencari kebenaran. Perawat juga hendaknya menjunjung tinggi standar, mau mengakui kekurangan dalam pemikiran, hati-hati mempertimbangkan makna data dan interaksi interpersonal, meminta umpan balik, mengoreksi berpikir sendiri, waspada terhadap potensi kesalahan oleh orang lain dan diri sendiri, serta menemukan cara untuk menghindari kesalahan masa depan (LeFevre, 2004).

e. Standar

Perawat dalam berpikir kritis sebaiknya memenuhi standar. Standar untuk berpikir kritis dalam model pemikiran kritis meliputi standar intelektual dan standar profesional (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994 dalam Potter & Perry, 2009).

a) Standar intelektual

Standar intelektual merupakan petunjuk atau prinsip untuk berpikir rasional. Paul (1993) dalam Potter & Perry (2009) menemukan 14 standar intelektual yang diperlukan dalam berpikir kritis antara lain jelas, tepat, spesifik, akurat, relevan, beralasan, konsisten, logis, dalam, luas, lengkap, signifikan, tercukupi, dan adil. Saat melakukan asuhan keperawatan gunakanlah standar intelektual seperti ketepatan, akurasi, dan konsistensi untuk memastikan bahwa keputusan klinis perawat telah benar. Penggunaan standar intelektual dengan menyeluruh pada praktik klinik akan memastikan bahwa perawat tidak melakukan kesalahan fatal dalam pemikiran kritis.

b) Standar professional

Standar professional untuk pemikiran kritis merujuk pada kriteria etik untuk penilaian keperawatan, kriteria berdasarkan bukti untuk evaluasi dan kriteria untuk tanggung jawab professional (Paul, 1993, dalam Potter & Perry, 2009). Penerapan standar professional memerlukan penggunaan pemikiran kritis baik

secara individual maupun kelompok (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994 dalam Potter & Perry, 2009).

Standar professional yang diterapkan dapat meningkatkan kualitas perawatan klien. Seorang pemikir kritis selalu menjaga kewaspadaan diri melalui kepedulian terhadap kepercayaan, kebutuhan, perasaan, dan perspektif multipel dari klien, keluarga, dan kelompoknya pada sebuah situasi klinis. Pemikiran kritis juga memerlukan penggunaan kriteria berdasarkan bukti untuk membuat penilaian klinis. Kriteria evaluasi berdasarkan bukti memastikan pemenuhan keperluan minimal yang dibutuhkan untuk perawatan yang tepat dan berkualitas tinggi.

2.2.2.2. Model berpikir kritis THINK

Rubinfeld & Scheffer (1999/ 2007) mengembangkan model berpikir kritis pada praktik keperawatan yaitu *total recall, habits, inquiry, new ideas and creativity*, dan *knowing how you think* disingkat menjadi THINK. Seorang perawat dikatakan dapat berpikir kritis apabila dapat menggunakan semua model tersebut dalam setiap waktu.

a. *Total recall* (ingatan total)

Kemampuan mengingat kembali merupakan kemampuan mengingat beberapa fakta, dimana/ tempat dan bagaimana menemukan pengalamannya dalam memori ketika dibutuhkan. Fakta-fakta keperawatan didapatkan berasal dari berbagai sumber, baik dari kelas, buku, informasi dari klien atau sumber lainnya. *Total recall* sangat tergantung pada kemampuan memori otak. Kemampuan mengkaji pengetahuan sangat penting, karena dengan pengetahuan itu seseorang belajar dan mengaplikasikannya dengan wawasan yang luas.

b. *Habits* (kebiasaan)

Pola pikir yang diulang-ulang akan menjadi suatu kebiasaan baru yang secara spontan dapat dilakukan. Hasil dari kebiasaan tersebut menjadi cara baru dalam melakukan sesuatu 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 suatu aktivitas tertentu.

c. *Inquiry* (penyelidikan)

Inquiry adalah suatu penemuan fakta melalui pembuktian dengan pengujian terhadap suatu isu penting atau pertanyaan yang membutuhkan suatu jawaban. Penyelidikan merupakan buah pikiran utama yang digunakan dalam memperoleh suatu kesimpulan. Tahap penyelidikan dalam praktik keperawatan sangat penting, dimana perawat harus mampu berpikir dengan membandingkan dan menganalisis antara informasi yang telah ditemukan dengan pengetahuan.

d. *New ideas and creativity* (ide baru dan kreatifitas)

New ideas and creativity adalah ide-ide dan kreativitas yang menekankan bentuk berpikir yang sangat khusus. Ide-ide baru dan kreativitas dasar perlu dikembangkan dalam keperawatan, karena keperawatan memiliki banyak standar yang dapat menjamin pekerjaan lebih baik, tetapi tidak selalu dapat dilakukan.

e. *Knowing how you think* (tahu bagaimana kamu berpikir)

Knowing how you think adalah kemampuan pengetahuan kita tentang bagaimana kita berpikir. Model ini dapat membantu perawat bekerja secara kolaborasi dengan profesi kesehatan lain.

2.2.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi berpikir kritis

Kemampuan berpikir kritis setiap orang itu berbeda-beda. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan berpikir perawat. Rubinfeld & Scheffer (2007/1999) dan Maryam, Setiawati, Ekasari (2008) menyatakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan berpikir kritis seseorang yaitu

2.2.3.1. Kondisi fisik

Kondisi fisik sangat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam berpikir kritis. Ketika seseorang dalam kondisi sakit, sedangkan ia dihadapkan pada kondisi yang menuntut pemikiran matang untuk memecahkan suatu masalah, tentu kondisi

seperti ini sangat mempengaruhi pikirannya. Dalam kondisi sakit, seseorang tidak dapat berkonsentrasi dan berpikir cepat karena tubuhnya tidak memungkinkan (lemah, lesu) untuk bereaksi terhadap respons yang ada.

2.2.3.2. Keyakinan diri/ motivasi

Lewin (1935) dalam Maryam, Setiawati, Ekasari (2008) mengatakan motivasi sebagai pergerakan positif atau negatif menuju pencapaian tujuan. Motivasi merupakan upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan, ataupun pembangkit tenaga seseorang agar mau berbuat atau melaksanakan sesuatu/ memperlihatkan perilaku tertentu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

2.2.3.3. Kecemasan

Kecemasan dapat mempengaruhi kualitas pemikiran seseorang. Jika terjadi ketegangan, hipotalamus dirangsang dan mengirimkan impuls untuk menggiatkan mekanisme simpatis-adrenal medularis yang mempersiapkan tubuh untuk bertindak. Rubinfeld & Scheffer (2007/1999) menyatakan bahwa peningkatan kecemasan dapat menurunkan kemampuan berpikir dan sangat membatasi model *inquiry* (penyelidikan), *new ideas and creativity* (ide baru dan kreatifitas), dan *knowing how you think* (tahu bagaimana kamu berpikir).

2.2.3.4. Kebiasaan dan rutinitas

Salah satu faktor yang dapat menurunkan kemampuan berpikir kritis adalah terjebak dalam rutinitas, dan cara tersering yang membuat kita terjebak dalam rutinitas adalah penggunaan model kebiasaan yang berlebihan. Perawat baru biasanya masih taat pada pedoman dan belum mempunyai kebiasaan dalam keperawatan, namun perawat tersebut akan mengembangkan kebiasaan dengan cepat. Masalah dalam keperawatan akan muncul ketika perawat berhenti berpikir setelah mereka mengembangkan kebiasaan yang nyaman, terjamin, dan aman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Rubinfeld & Scheffer (2007/1999) menyatakan bahwa kebiasaan dapat menghambat penggunaan *inquiry* (penyelidikan) dan *new ideas and creativity* (ide baru dan kreatifitas).

2.2.3.5. Perkembangan intelektual

Perkembangan intelektual berkenaan dengan kecerdasan. Kecerdasan adalah kemampuan mental seseorang untuk merespons dan menyelesaikan suatu persoalan, menghubungkan atau menyatukan satu hal dengan yang lain, dan dapat merespons dengan baik terhadap stimulus. Didalamnya terdiri dari penilaian (*judgement*), pengertian (*comprehension*), dan penalaran (*reasoning*).

Perkembangan intelektual seseorang berbeda-beda. Seseorang yang semakin cerdas akan semakin cakap dalam membuat tujuan, berinisiatif, tidak hanya menunggu perintah saja, tetap pada tujuan, tidak mudah dibelokkan oleh orang lain. Orang yang cerdas juga akan mudah menyesuaikan diri dan mudah menyesuaikan cara-cara yang digunakan untuk mencapai tujuan sesuai kondisi dan situasi yang dihadapi, serta akan belajar dari kesalahan. Dengan demikian, semakin cerdas seseorang akan semakin kritis.

2.2.3.6. Konsistensi

Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat harus mampu menggunakan ketrampilan berpikir mereka, menaikkan kekuatannya sampai tingkat tinggi dan selalu menjadi pemikir hebat. Banyak faktor yang mempengaruhi pemikiran konsistensi seseorang, antara lain makanan, minuman, suhu ruangan, cahaya, pakaian, dan banyak faktor lain yang membuat kemampuan berpikir menjadi menjadi naik turun.

2.2.3.7. Perasaan

Perasaan atau emosi biasanya diidentifikasi dalam satu kata yaitu sedih, lega, senang, frustrasi, bingung, marah, dan lain-lain. Perasaan merupakan bagian dari kehidupan yang tidak dapat dan tidak boleh diabaikan. Seseorang harus menyadari bagaimana perasaan mempengaruhi pemikiran dan membentuk cara-cara untuk memodifikasi keadaan sekitar yang memberikan kontribusi kepada perasaan.

2.2.3.8. Pengalaman

Pengalaman dalam hidup merupakan aset yang berharga dalam mempelajari keperawatan. Selama rentang kehidupan, ketrampilan coping berkembang dan dapat dibagi dengan orang lain. Pengalaman dalam keperawatan merupakan hal utama untuk mengembangkan diri menjadi perawat profesional.

2.2.4. Manfaat berpikir kritis dalam keperawatan

Oermann (1999) dan Deswani (2009) menyatakan manfaat berpikir kritis dalam keperawatan yaitu

2.2.4.1. Menggunakan proses berpikir kritis dalam aktivitas keperawatan sehari-hari.

2.2.4.2. Menganalisis data yang kompleks tentang pasien.

2.2.4.3. Mengidentifikasi dan merumuskan masalah keperawatan.

2.2.4.4. Membuat keputusan tentang masalah pasien dan kemungkinan alternatif.

2.2.4.5. Memutuskan intervensi yang paling tepat untuk situasi seluruh proses ini, perawat mempertimbangkan beberapa kemungkinan untuk diagnosis dan manajemen keperawatan. Berpikir kritis memungkinkan perawat untuk sampai pada penilaian tentang pasien berdasarkan pertimbangan dari kemungkinan yang berbeda. Ini penting ketika perawat menghadapi seorang pasien yang masalahnya kurang jelas, atau ketika masalah pasien jelas tapi perawat tidak yakin dengan intervensi yang digunakan.

2.2.4.6. Memberikan alasan-alasan yang relevan terhadap keyakinan dan kesimpulan yang dilakukan.

2.2.4.7. Mengevaluasi penampilan kinerja perawat dan kesimpulan asuhan keperawatan.

2.2.5. Teknik pengukuran kemampuan berpikir kritis

Kemampuan berpikir kritis seseorang dapat diketahui dengan pengukuran. Beberapa metode pengukuran yang dapat digunakan untuk mengukur keterampilan berpikir kritis antara lain dengan pilihan pilihan ganda (Facione & Facione, 2006; Facione, 2000; Watson & Glaser, 1980; Ennis, Millman & Tomko,

1985) atau dengan tes esai (Ennis & Weir, 1985) (Facione & Facione, 2008). Selain dengan metode pengukuran diatas, kebiasaan berpikir kritis seseorang juga dapat diukur dengan skala Likert (Facione & Facione, 1992; Giancarlo, 1998; dalam Facione & Facione, 2008).

2.2.5.1. *California Critical Thinking Dispositions Inventory*

California Critical Thinking Dispositions Inventory dapat digunakan untuk mengukur sejauh mana seseorang memiliki sikap sebagai seorang pemikir kritis (Facione & Facione, 1992 dalam Brunt 2005). Alat ukur ini sering digunakan bersamaan dengan *California critical thinking skills test*, tetapi dengan alat ukur hanya dapat mengukur hal-hal yang bersifat umum dan mungkin tidak dapat mengukur aspek khusus dalam keperawatan. McCharty dll (1999) menyarankan agar *California Critical Thinking Dispositions Inventory* dapat diterapkan oleh pendidik perawat dalam mengkaji dan merencanakan pengembangan kurikulum yang spesifik dan dalam konseling individu. Dengan alat ukur ini maka dapat membuka pikiran, kepercayaan diri, maturitas, menganalisis, sistematis, penyelidikan, pencarian kebenaran.

2.2.5.2. *Critical Thinking Disposition Assessment Instrument (UF-EMI)*

UF-EMI mengukur tiga hal yaitu *engagement* (keterlibatan), *cognitive maturity* (kematangan kognitif), dan *innovativeness* (inovatif) (Bartl, 2010). *Engagement* (keterlibatan) untuk mengukur rasa percaya diri seseorang terhadap pemikirannya dan kemampuan komunikasi (Irani, et all, 2007). Seseorang dengan *engagement* (keterlibatan) yang tinggi akan mampu mengantisipasi situasi dengan menggunakan rasional yang baik. Orang yang mempunyai *engagement* (keterlibatan) yang tinggi juga akan mencari kesempatan untuk menggunakan ketrampilan penalaran dan kemampuannya untuk memberikan alasan, memecahkan masalah, dan membuat keputusan. Orang tersebut juga dapat menjadi komunikator yang baik dan mampu menjelaskan proses penalaran yang digunakan untuk membuat keputusan atau menyelesaikan masalah.

Cognitive maturity (kematangan kognitif) diukur untuk mengetahui sejauh mana kesadaran diri dan obyektifitas seseorang (Irani, et all, 2007). Seorang individu dengan tingkat *cognitive maturity* (kematangan kognitif) yang tinggi akan menyadari kecenderungan sendiri dan bias dalam proses pengambilan keputusan. Orang tersebut akan menyadari pendapat dan posisinya akan dipengaruhi oleh orang lain, lingkungan, dan pengalaman. Dia juga menyadari bahwa orang lain mungkin setuju atau tidak setuju dengan pendapat dan posisinya. Ia terbuka dengan pendapat orang lain dan membutuhkan masukan untuk menyatukan perbedaan pandangan dan akan obyektif ketika membuat keputusan atau menyelesaikan masalah.

Innovativeness (inovasi) diukur untuk mengetahui keingintahuan seseorang terhadap sesuatu yang baru (Irani, et all, 2007). Seseorang yang memiliki *innovativeness* (inovasi) yang tinggi digambarkan sebagai orang yang selalu lapar. Orang dengan inovasi tinggi akan selalu mencari pengetahuan baru. Individu yang memiliki tingkat inovasi yang tinggi akan tahu apa yang harus dipelajari lebih banyak tentang profesi mereka, situasi mereka, hidup mereka, dan dunia mereka. Seseorang dengan inovasi tinggi akan merasa penasaran dengan tantangan baru dan aktif berusaha untuk tahu lebih banyak melalui penelitian, membaca, dan mempertanyakan.

Penilaian UF-EMI dengan menggunakan skala Likert 5 yaitu 5 untuk "sangat setuju" dan "1" untuk "sangat tidak setuju". Penilaian dengan metode ini terdiri dari 26 item yang terdiri dari 11 item untuk keterlibatan, 8 item untuk kematangan kognitif, dan 7 item untuk inovasi. Skor berpikir kritis dengan metode penilaian UF-EMI mempunyai skor minimal 26 dan skor maksimal 130. Instrumen ini dikembangkan dari analisis faktor dari *California Critical Thinking Dispositions Inventory* (Facione & Facione, 2001, dalam Anonim).

2.3. Berpikir kritis dan perilaku *caring*

Berpikir kritis merupakan bagian dari perilaku *caring*, sehingga perawat diharapkan mampu menggunakan proses *caring* yang kreatif dalam penyelesaian masalah (Watson, 1979, dalam Tomey & Alligood, 2006a). Dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien hendaknya perawat menggunakan proses keperawatan dalam pemecahan masalah secara ilmiah melalui pendekatan asuhan keperawatan. Proses keperawatan merupakan suatu proses yang sistematis dan terorganisir sehingga akan mengarahkan perawat untuk mengambil keputusan yang tepat.

Berpikir kritis meliputi aspek kognitif, afektif, konatif, dan perilaku seseorang. Berpikir kritis dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang. Pendapat ini didukung oleh penelitian Lauver (2004) yang menyatakan bahwa ada Hubungan antara pemikiran kritis dan partisipasi dalam perilaku kesehatan tergantung pada status kesehatan yang dirasakan dan kategori perilaku kesehatan. Berpikir kritis dapat diterapkan pada setiap tahap proses keperawatan. Pada tahap implementasi, perawat yang berpikir kritis akan secara berkesinambungan mengkaji respons pasien terhadap pelaksanaan tindakan. Perawat juga akan menerapkan sikap-sikap berpikir kritis seperti integritas, kasih sayang, percaya diri, dan keinginan untuk menerima serta memahami respons pasien (Maryam, Setiawati, Ekasari, 2008).

2.4. Manajemen keperawatan

Manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktifitas yang secara simultan saling berhubungan dalam menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf keperawatan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan yang berkualitas (Gillies, 1994; Marquis & Huston, 2003). Fungsi manajemen keperawatan meliputi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengendalian (Marquis & Huston, 2003).

2.4.1. Fungsi perencanaan

Perencanaan merupakan keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan di masa yang akan datang dalam rangka mencapai tujuan yang sudah ditetapkan (Marquis & Huston, 2010). Perencanaan harus dapat menjawab apa yang akan dilakukan, siapa yang akan melakukan, bagaimana, kapan, dan di mana akan dilaksanakan. Perencanaan meliputi penetapan visi, misi, filosofi, tujuan, rencana operasional, strategi, kebijakan, prosedur, dan aturan. Bentuk perencanaan terkait dengan berpikir kritis dan perilaku *caring* perawat yaitu merencanakan kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat. Bentuk kegiatannya antara lain diskusi, ronde keperawatan, pelatihan, dan pendidikan berkelanjutan.

2.4.2. Fungsi pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan pengelompokan aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan, menunjukkan spesialisasi pekerjaan, menentukan cara pengkoordinasian aktivitas yang tepat baik vertikal maupun horisontal yang bertanggung jawab untuk mencapai tujuan organisasi (Marquis & Huston, 2003). Dalam suatu organisasi, fungsi organisasi harus terlihat pembagian tugas dan tanggung jawab staf yang akan melakukan kegiatan masing-masing (Notoatmojo, 2003). Fungsi pengorganisasian yang terkait dengan berpikir kritis dan perilaku *caring* perawat yaitu dengan melibatkan semua perawat untuk menerapkan kemampuan berpikir kritis dan perilaku *caring* dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

2.4.3. Fungsi ketenagaan

Ketenagaan adalah pengaturan proses mobilisasi potensi dan pengembangan sumber daya manusia dalam memenuhi tugas untuk mencapai tujuan individu dan organisasi (Suyanto, 2008). Fungsi ketenagaan meliputi rencana kebutuhan tenaga, penghitungan tenaga, jadwal dinas, penanggung jawab penugasan, rekrutmen, seleksi, orientasi, pengembangan staf, dan pengembangan karir perawat. Manajer keperawatan mempunyai tanggung jawab besar dalam fungsi ketenagaan. Pengelolaan ketenagaan perawat yang kurang tepat dapat menyebabkan adanya beban kerja yang tidak seimbang. Salah satu penyebab

kurangnya perilaku *caring* yang ditunjukkan oleh responden disebabkan oleh beban kerja yang tidak seimbang (Edward, 2009).

2.4.4. Fungsi pengarahan

Pengarahan yaitu memotivasi staf dan menciptakan suasana yang memotivasi, membina komunikasi organisasi, menangani konflik, memfasilitasi kerjasama, dan negosiasi (Marquis & Huston, 2003). Salah satu bentuk pengarahan yang dapat dilakukan oleh manajer keperawatan untuk meningkatkan peningkatan perilaku pemikiran kritis dan perilaku *caring* yaitu supervisi. Supervisi merupakan pengamatan langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan oleh bawahannya, bila ditemukan masalah segera diberikan bantuan yang bersifat langsung untuk menyelesaikannya (Suarli, 2009).

2.4.5. Fungsi pengendalian

Fungsi pengendalian bertujuan untuk menjamin kualitas dan penampilan kinerja. Pengendalian merupakan proses memastikan bahwa aktifitas yang dilakukan sudah sesuai dengan aktifitas yang direncanakan dan dengan standar yang ditetapkan (Marquis & Huston, 2003). Manajer dapat melakukan evaluasi terhadap perilaku perawat baik dalam berpikir kritis maupun perilaku *caring*. Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan kepada pasien, sehingga kepuasan pasien akan meningkat.

2.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

2.5.1. Faktor individu

2.4.1.1 Usia

Usia seseorang dapat mempengaruhi kinerja atau produktifitas. Ada suatu keyakinan bahwa produktifitas merosot sejalan dengan makin tuanya usia seseorang. Sering diandaikan ketrampilan seorang individu terutama kecepatan, kecekatan, kekuatan, dan koordinasi menurun dengan berjalannya waktu. Hal ini juga terkait dengan kebosanan pekerjaan yang berlarut-larut dan kurangnya rangsangan intelektual semuanya menyumbang pada berkurangnya produktifitas.

Tetapi pendapat ini tidak semuanya terbukti, karena ternyata banyak orang yang sudah tua tapi masih energik (Rivai & Mulyadi, 2010).

Beberapa ahli setuju bahwa usia cenderung berkorelasi dengan kemampuan berpikir kritis. Semakin tua seseorang maka orang tersebut akan menjadi pemikir yang baik. Ada dua alasan logis yang mendukung pendapat ini yaitu perkembangan moral biasanya seiring dengan kedewasaan seseorang dan kebanyakan orang tua memiliki lebih banyak kesempatan untuk berlatih penalaran dalam situasi yang berbeda. Kadang-kadang perawat yang lebih tua akan kaku dan sulit diatur atau sesukanya sendiri, sehingga akan menghalangi berpikir kritis (LaFevre, 2004).

Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang. Semakin tinggi usia akan semakin mampu kematangan jiwa dan cara berpikir rasional. Sehingga akan menjadi lebih bijaksana, dapat mengendalikan emosi, dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Dari berbagai periode umur seseorang, umur yang produktif dalam bekerja dan yang merupakan angkatan kerja ditunjukkan oleh periode dewasa muda (20 – 40 tahun) dan dewasa madia (40 – 65 tahun). Robbins (2001/ 2003) menyatakan bahwa usia yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijaksanaan kematangan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, mengendalikan emosi, bertoleransi terhadap pandangan atau pendapat orang lain.

Kinerja seseorang dapat dipengaruhi oleh umur. Umur produktif yaitu usia 25 tahun merupakan awal individu berkarir dan usia 25 – 30 tahun merupakan tahap penentu seseorang untuk memilih penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut. Usia 30 – 40 tahun merupakan tahap pemantapan pilihan karir untuk mencapai tujuan, sedangkan puncak karir terjadi pada usia 40 tahun dan pada usia lebih dari 40 tahun sudah terjadi penurunan karir (Dessler, 1997).

2.4.1.2. Jenis kelamin

Secara umum tidak ada perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin perempuan dan jenis kelamin laki-laki dalam produktivitas kerja dan dalam kepuasan kerja. Ada yang berpendapat bahwa ada perbedaan antara pria dan wanita yang mempengaruhi kinerja. Namun ada juga yang berpendapat tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas, dan kemampuan belajar (Rivai & Mulyadi, 2010).

Penelitian menunjukkan bahwa pria dan wanita adalah sama dalam hal kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreatifitas, dan kecerdasan. Meskipun data hasil riset cukup memastikan, beberapa peneliti masih percaya adanya perbedaan kreativitas, penalaran, dan kemampuan antara pria dan wanita (Gibson, Ivancevish, & Donnelly, 1996/1995). Terkait dengan kemampuan berpikir kritis, maka tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis maupun dalam kemampuan belajar (Robbins, 2003/2001).

2.4.1.3. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingkat kemampuannya. Kemampuan yang dimiliki oleh seseorang ada bermacam-macam yaitu kemampuan intelektual, kemampuan fisik dan kemampuan spiritual (Rivai & Mulyadi, 2010). Kemampuan yang dapat ditingkatkan dengan tingkat pendidikan yaitu kemampuan intelektual. Pendidikan dapat meningkatkan kemampuan intelektual seseorang, sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat dalam bertindak. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin mudah untuk menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi. Gibson, Ivancevish, & Donnelly (1996/1995) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab.

Kemampuan intelektual merupakan kemampuan yang diperlukan untuk menjalankan kegiatan mental. Ada tujuh dimensi yang paling sering dikutip yang membentuk kemampuan intelektual adalah kemahiran berhitung, pemahaman verbal, kecepatan perseptual, penalaran induktif, penalaran deduktif, visualisasi ruang, dan ingatan (Robbins, 2003/2001). Hal ini tentu saja terkait dengan kemampuan berpikir kritis seseorang karena dalam berpikir kritis juga terdapat kemampuan analisis, evaluasi, kesimpulan, penalaran induktif, dan penalaran deduktif.

2.4.1.4. Masa kerja

Masa kerja dapat mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang dalam menunjukkan kinerjanya. Masa kerja yang lebih lama menunjukkan pengalaman yang lebih pada seseorang dibandingkan dengan rekan kerja yang lain (Rivai & Mulyadi, 2010). Jika senioritas diartikan sebagai masa menjalankan pekerjaan tertentu, maka didapatkan bukti yang menunjukkan bahwa ada suatu hubungan positif antara senioritas dan produktifitas pekerjaan (Robbins, 2003/2001). Semakin lama seseorang bekerja akan semakin terampil dan akan lebih berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya.

Penelitian tentang hubungan masa kerja telah banyak dilakukan. Hasil penelitian dari Pillay (2009) menunjukkan bahwa perawat yang mempunyai pengalaman lebih dari 20 tahun lebih puas dibandingkan dengan rekannya yang mempunyai pengalaman kerja kurang dari 20 tahun. Hasil penelitian Lumbatoruan (2005) menunjukkan bahwa perawat yang mempunyai masa kerja ≥ 8 tahun mempunyai kinerja yang lebih baik dari perawat yang masa kerjanya < 8 tahun.

2.4.1.5. Pelatihan

Pelatihan yang diikuti oleh peserta diharapkan dapat meningkatkan kemampuannya, baik dalam pengetahuan, ketrampilan maupun sikap. Pelatihan merupakan kegiatan yang pada umumnya lebih menekankan pada kemampuan psikomotor dengan didasari pengetahuan dan sikap (Notoatmojo, 2003). Pelatihan juga merupakan bagian dari proses pendidikan untuk mendapatkan pengetahuan

dan ketrampilan. Purwaningsih (2003) menyatakan bahwa ada perbedaan bermakna antara nilai rata-rata sikap perawat dalam menerapkan faktor *caratif caring* sebelum dan sesudah pelatihan. Hal ini menunjukkan bahwa pelatihan mempunyai pengaruh yang kuat terhadap kemampuan perawat dalam menerapkan perilaku *caring*.

Pelatihan merupakan upaya untuk mengembangkan kinerja staf dalam pekerjaannya atau yang berhubungan dengan pekerjaannya (Bernadin, 2003). Sehingga dengan mengikuti pelatihan diharapkan kualitas pekerjaan dapat meningkat. Robbins (2003) menyatakan bahwa pelatihan merupakan sebuah model yang bertujuan untuk mengambil perhatian peserta terhadap apa yang dipelajari, mengembangkan motivasi, membantu peserta menerapkan apa yang telah mereka pelajari, memberikan kesempatan untuk mempraktikkan perilaku baru, serta memberikan penghargaan positif terhadap prestasi karyawan.

2.5.2. Faktor organisasi

Organisasi adalah kesatuan sosial yang dikoordinasikan secara sadar yang tersusun atas dua orang atau lebih yang berfungsi atas dasar yang relatif terus menerus untuk mencapai tujuan (Robbins, 2002). Variabel organisasi berefek langsung terhadap perilaku dan kinerja individu (Gibson dalam Ilyas, 1999).

2.5.2.1. Sumber daya manusia

Manusia merupakan sumber daya paling penting dalam upaya mencapai keberhasilan. Ilyas (2000) menyatakan bahwa tanpa kehandalan manusia/ sumber daya manusia di institusi pelayanan maka institusi/ rumah sakit tersebut tidak ada artinya. Dari pernyataan tersebut maka sumber daya manusia perlu diatur agar tujuan organisasi dapat tercapai. Tujuan dari manajemen sumber daya manusia adalah untuk meningkatkan dan mengembangkan kapasitas sumber daya manusia, pelatihan, kesempatan/ peluang mengembangkan dan memastikan persamaan kesempatan karir tersendiri. Untuk mendapatkan sumber daya manusia yang handal maka sumber daya manusia perlu direncanakan, karena perencanaan sumber daya manusia rumah sakit menentukan keberhasilan rumah sakit dalam

memberikan pelayanan (Ilyas, 2000). Pendapat ini juga didukung oleh Sitorus (2002) yang menyatakan bahwa untuk melaksanakan tugas keperawatan yang berfokus pada ketergantungan klien maka perlu penempatan sumber daya manusia keperawatan yang professional pada tempat yang tepat untuk meningkatkan pelayanan professional keperawatan.

2.5.2.2. Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan bagian penting dari manajemen. Kepemimpinan adalah kemampuan memberi inspirasi kepada orang lain untuk bekerja sama sebagai suatu kelompok, agar dapat mencapai suatu tujuan (Suarli & Bahtiar, 2009). Kepemimpinan dapat mempengaruhi perilaku orang yang dipimpin. Dalam kepemimpinan terdapat proses mendorong dan membantu orang lain untuk bekerja dengan antusias mencapai tujuan. Tindakan motivasi pemimpin dapat memberikan semangat kepada orang yang dipimpin.

2.5.2.3. Imbalan

Kompensasi merupakan pemberian balas jasa baik secara langsung berupa uang (*finansial*) maupun tidak langsung berupa penghargaan (*nonfinansial*). Bila seseorang menggunakan pengetahuan, ketrampilan, tenaga, dan sebagian waktunya untuk berkarya pada suatu organisasi, maka dilain pihak ia mengharapkan menerima kompensasi atau imbalan tertentu. Robbins (2003) berpendapat bahwa imbalan yang diterima menunjukkan keberhasilan kinerja dan kepuasan karyawan dan mereka merasa imbalan tersebut pantas didapatkannya. Imbalan yang diberikan dapat mempengaruhi kinerja seseorang. Kinerja akan meningkat ketika ia merasa diperlakukan adil baik antar pekerja maupun dalam pemberian imbalan atau penghargaan.

2.5.2.4. Desain pekerjaan

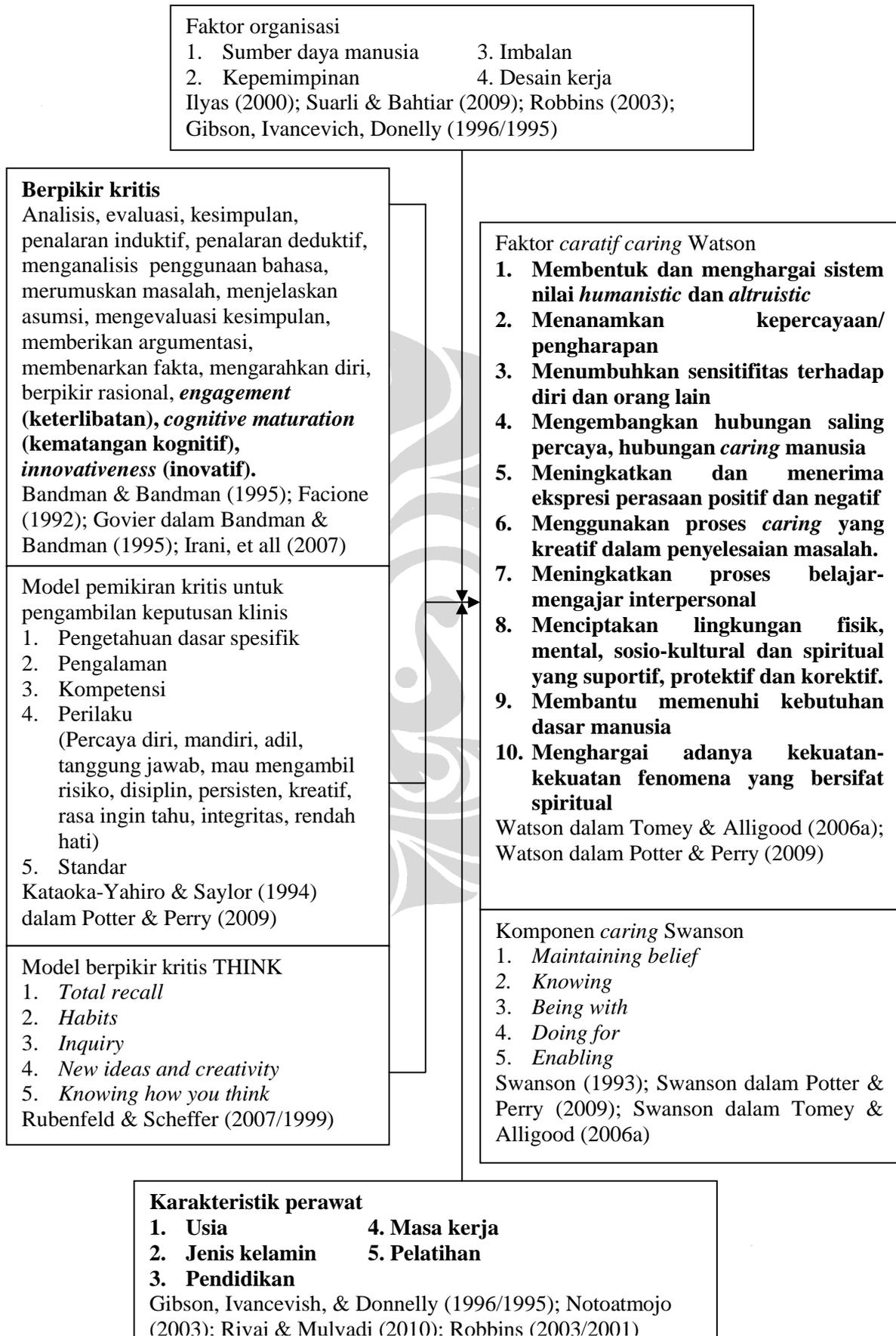
Desain pekerjaan menguraikan cakupan, kedalaman dan tujuan dari setiap pekerjaan yang membedakan antara pekerjaan yang satu dengan pekerjaan yang lainnya. Tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui analisis kerja, dimana para manajer menguraikan pekerjaan sesuai dengan aktifitas dituntut agar

membuahkan hasil (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1996/1995). Desain pekerjaan mengacu proses yang diterapkan pada manajer untuk memutuskan tugas pekerjaan dan wewenang. Desain pekerjaan merupakan upaya seorang manajer mengklasifikasikan tugas dan tanggung jawab dari masing-masing individu. Pekerjaan yang dirancang dengan baik akan meningkatkan motivasi yang merupakan faktor penentu produktifitas seseorang maupun organisasi. Desain pekerjaan akan mempengaruhi beban kerja perawat.

2.6. Kerangka teori penelitian

Berdasarkan tinjauan teori yang tersebut diatas maka dapat disusun kerangka teori. Kerangka teori penelitian ini meliputi komponen berpikir kritis, model berpikir kritis, faktor *caratif caring* Watson, komponen *caring* Swanson dan karakteristik responden.

Skema 2.2. Kerangka teori penelitian



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab 3 menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep yang disusun berdasarkan teori pada bab sebelumnya dapat menjadi landasan pikir pada saat penelitian.

3.1. Kerangka konsep

Kerangka konsep dapat menjadi landasan berpikir untuk melakukan penelitian yang dikembangkan berdasarkan teori pada tinjauan pustaka. Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010).

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari *caring*, berpikir kritis dan karakteristik responden. Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu. Variabel *dependent* merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel *independent*, sedangkan variabel *counfounding* adalah variabel yang mengganggu terhadap hubungan antara variabel *independent* dengan variabel *dependent* (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat pelaksana. Variabel-variabel yang ada dalam penelitian ini antara lain *caring* sebagai variabel terikat, berpikir kritis sebagai variabel bebas, dan karakteristik responden sebagai variabel pengganggu.

3.1.1. Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas/ *independent* merupakan variabel resiko atau sebab yang dapat mempengaruhi variabel yang lain (Notoatmojo, 2010). Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian ini yaitu berpikir kritis. Pada penelitian ini berpikir kritis yang digunakan yaitu berpikir kritis yang dikembangkan oleh *University of*

Florida (UF-EMI). Selain itu berpikir kritis juga dikembangkan dari teori Paul tentang perilaku pemikiran kritis. Paul mengembangkan perilaku pemikiran kritis dalam 11 perilaku pemikiran kritis.

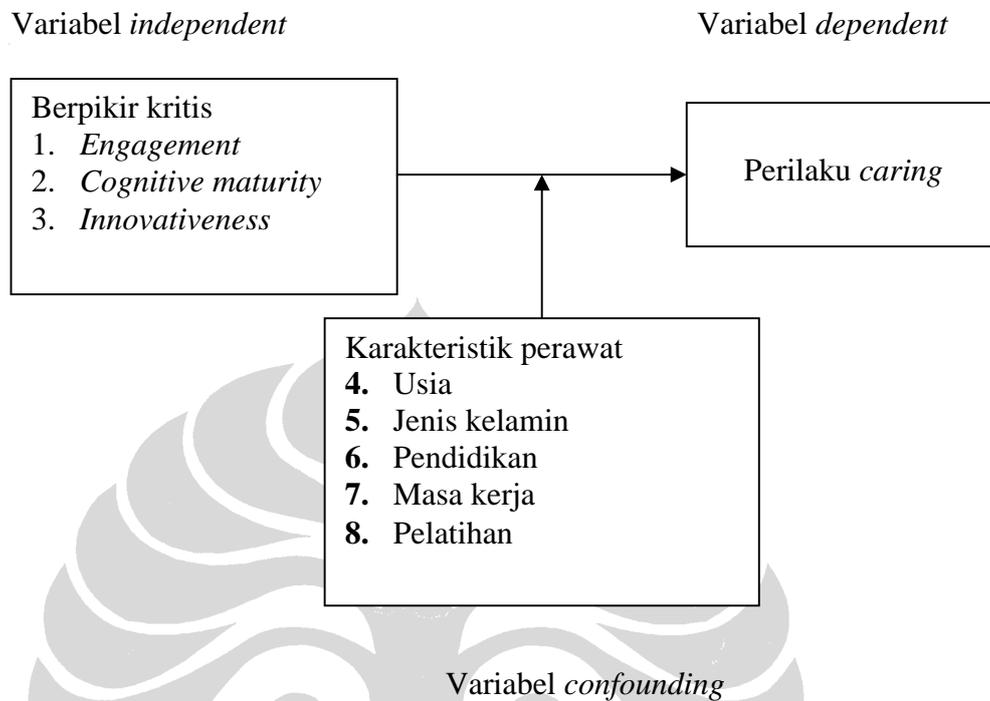
3.1.2. Variabel terikat (*dependent*)

Variabel terikat (*dependent*) merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmojo, 2010). Variabel terikat (*dependent*) dalam penelitian ini yaitu perilaku *caring*. Pada penelitian ini perilaku *caring* yang digunakan yaitu perilaku *caring* yang dikembangkan oleh Cronin dan Harrison (1988) yang diadaptasi untuk menilai perilaku keperawatan yang berhubungan dengan pengalaman merawat pasien. Perilaku *caring* dikelompokkan menjadi 7 kategori karatif berdasarkan kategori karatif dari teori Watson. Cronin & Harrison mengelompokkan 10 faktor *caratif caring* dari Watson menjadi tujuh sub skala, karena tiga faktor karatif pertama dikelompokkan menjadi satu subskala (kategori karatif 1, 2, dan 3 digabung menjadi satu subskala).

3.1.3. Variabel pengganggu (*counfounding*)

Variabel pengganggu (*counfounding*) adalah variabel yang mengganggu terhadap hubungan antara variabel independent dengan variabel dependen (Notoatmojo, 2010). Variabel pengganggu (*counfounding*) dalam penelitian ini yaitu karakteristik perawat dengan sub variabel umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan yang diikuti. Variabel ini merupakan faktor yang memiliki kontribusi terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana.

Skema 3.1.
Kerangka konsep penelitian



3.2. Hipotesis penelitian

- 3.2.1. Ada hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
- 3.2.2. Ada hubungan antara umur dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
- 3.2.3. Ada hubungan jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
- 3.2.4. Ada hubungan masa kerja dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
- 3.2.5. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
- 3.2.6. Ada hubungan pelatihan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

3.3. Definisi operasional

Definisi operasional ditentukan untuk memperoleh pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang akan diukur (variabel bebas, variabel terikat dan variabel pengganggu). Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga mempermudah dalam mengartikan makna penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Definisi operasional pada penelitian ini dapat dilihat dalam tabel 3.1.



Tabel 3.1. Definisi operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Variabel dependent Perilaku <i>caring</i> perawat	Persepsi perawat tentang perilaku yang ditunjukkan pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan menggunakan skala Likert: 4: Sangat setuju 3: Setuju 2: Tidak setuju 1: Sangat tidak setuju Untuk pernyataan yang negatif, kategori nilai berlaku terbalik	Rentang skor kumulatif adalah 93 – 144. Parameter menggunakan mean. Jika nilai <126,1 perilaku <i>caring</i> kurang; nilai $\geq 126,1$ perilaku <i>caring</i> baik.	Ordinal
2	Variabel independent Berpikir kritis	Persepsi perawat tentang perilaku pemikiran kritis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan menggunakan skala Likert: 4: Sangat setuju, 3: Setuju, 2: Tidak setuju, 1: Sangat tidak setuju Untuk pernyataan yang negatif, kategori nilai berlaku terbalik	Rentang skor kumulatif adalah 96 – 140. Parameter menggunakan mean. Jika nilai < 120,4 berpikir kritis kurang; nilai ≥ 120 berpikir kritis baik.	Ordinal

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
3	Variabel confounding Usia	Lama hidup perawat dihitung sejak tanggal kelahiran sampai ulang tahun terakhir.	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan umur responden	Usia perawat antara 22 – 51. Parameter menggunakan mean. 1= Usia < 33,9 2= Usia ≥ 33,9	Ordinal
4	Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki perawat dan dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan jenis kelamin responden	1= laki-laki 2= perempuan	Nominal
5	Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan formal perawat berdasarkan ijazah terakhir	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan tingkat pendidikan responden	1= D III keperawatan 2= S1 keperawatan	Ordinal
6	Masa kerja	Pengalaman bekerja sebagai perawat yang dihitung dalam tahun.	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan masa kerja responden	1= masa kerja < 8 tahun 2= masa kerja ≥ 8 tahun	Ordinal
7	Pelatihan	Pendidikan non formal yang pernah diikuti dan memiliki sertifikat.	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan pelatihan responden	0= belum pernah mengikuti pelatihan 1= pernah mengikuti pelatihan	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metode penelitian. Metode penelitian menjelaskan tentang rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, serta pengolahan dan analisis data.

4.1. Rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Dalam penelitian *cross-sectional* peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat tertentu. Metode penelitian *cross-sectional* mempelajari hubungan antara faktor resiko dengan efek, observasi atau pengukuran terhadap variabel bebas dan variabel tergantung dilakukan sekali dan dalam waktu bersamaan (Sastroasmoro & Ismael, 2010).

Penelitian ini menganalisis pengaruh variabel bebas yaitu berpikir kritis terhadap variabel terikat yaitu perilaku *caring* perawat. Selain itu juga menganalisis pengaruh variabel pengganggu yaitu karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, masa kerja, tingkat pendidikan, dan pelatihan terhadap perilaku *caring* perawat.

4.2. Populasi dan sampel

4.2.1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan subjek penelitian atau subjek yang diteliti Populasi yaitu kumpulan individu dimana hasil suatu penelitian yang dilakukan generalisasi (Ariawan, 1998). Populasi dalam penelitian ini yaitu semua perawat pelaksana di instalasi rawat inap, instalasi perawatan intensif, dan instalasi gawat darurat RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Tabel 4.1.

Distribusi frekuensi perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta April 2011

No	Instalasi	Ruang	Jumlah perawat	Memenuhi kriteria	Keterangan
1	Mawar	Mawar 2	22	21	Penyakit bedah
2		Mawar 3	21	21	Penyakit bedah, obsgyn
3	Melati	Melati 1	22	22	Penyakit dalam
4		Melati 2	22	20	Penyakit anak
5		Melati 3	22	20	Penyakit dalam, anak
6	Anggrek	Anggrek 1	26	24	Penyakit syaraf, jantung, jiwa
7		Anggrek 2	23	22	Penyakit THT, mata, paru
8	IPI (Intensif)	ICU	24	22	Umum
9		ICVCU	25	24	Umum
10		HCU bedah	13	23	Umum
11	IGD	<i>Triage</i> IGD	12	10	umum
		Jumlah	232	219	

4.2.1.2. Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap dapat mewakili seluruh populasi dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010). Penghitungan jumlah sampel dalam penelitian ini didasarkan pada penghitungan sampel tunggal dengan tingkat kepercayaan 95%, proporsi 0,46, dan nilai ketepatan 10% menurut rumus estimasi proporsi dari Ariawan (1998).

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P (1-P)}{d^2}$$

- di mana
- n = besar sampel minimum
 - $Z_{1-\alpha/2}$ = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu
 - P = harga proporsi di populasi
 - d = kesalahan (absolut) yang dapat ditolerir

Berdasarkan penghitungan jumlah sampel dengan menggunakan rumus tersebut maka didapatkan sampel sejumlah 95 responden. Jumlah sampel tersebut ditambah 10% sehingga total sampel dalam penelitian ini yaitu 105 responden. Pengambilan sampel direncanakan di semua ruangan termasuk ruang VIP, namun karena ada kendala di perijinan maka ruang VIP tidak digunakan dalam penelitian. Pengambilan sampel dilakukan secara proporsional *stratified sampling* di 11 ruangan dan setiap ruangan diambil 6 - 12 sampel hingga diperoleh sejumlah 105 sampel. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah bekerja minimal dua tahun (setelah masa orientasi), tidak sedang cuti, tidak sedang dinas luar dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah bekerja kurang dari dua tahun, sedang cuti, sedang dinas luar dan tidak bersedia menjadi responden.

4.3. Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di instalasi rawat inap, instalasi perawatan intensif, dan instalasi gawat darurat RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Pemilihan RSUD Dr. Moewardi Surakarta sebagai tempat penelitian karena RSUD Dr. Moewardi Surakarta sedang berusaha meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat dengan pelatihan *problem solving better hospital* (PSBH) yang diselenggarakan bulan Mei 2010. Selain itu dalam rangka meningkatkan perilaku *caring* perawat kepada pasien, RSUD Dr. Moewardi Surakarta juga telah menyelenggarakan pelatihan *excellent service* pada bulan Januari – Februari 2010.

4.4. Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan bulan Februari sampai Juni 2011. Kegiatan dalam penelitian ini meliputi penyusunan proposal, uji kuesioner, pengumpulan data, analisis data, dan penyusunan laporan. Rencana waktu penelitian selengkapnya dapat dilihat dalam lampiran 1.

4.5. Etika penelitian

Penelitian yang dilakukan harus memegang prinsip-prinsip penelitian. Beberapa prinsip yang harus diperhatikan antara lain menghormati seseorang (*respect for persons*), kemanfaatan (*beneficence*), dan keadilan (*justice*) (KEPK-BPPK, 2003).

4.5.1. Menghormati seseorang (*respect for persons*)

Penelitian memperhatikan aspek menghormati seseorang dengan menghormati dan melindungi otonomi seseorang. Pada penelitian ini perawat telah diberikan penjelasan tentang manfaat keterlibatan dalam penelitian ini, seperti yang tercantum dalam lembar penjelasan (lampiran 4). Setelah mendapat penjelasan perawat diberikan kebebasan untuk memilih akan ikut serta atau tidak dalam penelitian. Perawat yang terlibat dalam penelitian ini secara sukarela menyatakan bersedia menjadi responden dan menandatangani *inform consent* (lampiran 5). Data dan identitas responden dijaga kerahasiaannya dengan cara mencantumkan kode atau nomor responden. Setelah data dari responden selesai digunakan maka data tersebut akan disimpan dalam tempat yang tertutup.

4.5.2. Kemanfaatan (*beneficence*)

Penelitian ini memperhatikan prinsip kemanfaatan agar penelitian yang dilakukan mempunyai manfaat maksimal dengan risiko yang minimal. Rancangan penelitian disusun sesuai persyaratan ilmiah, menjaga kesejahteraan subjek penelitian, tidak merugikan (*nonmaleficence, do no harm*) dan memperhatikan kemampuan peneliti. Dengan menjadi responden ini, perawat menjadi tahu tentang perilaku *caring* dan berpikir kritis yang harus dilakukan, sehingga dapat mengembangkan kemampuannya.

4.5.3. Keadilan (*justice*)

Pelaksanaan penelitian ini memperhatikan prinsip keadilan. Dalam memenuhi prinsip ini, peneliti memperlakukan setiap orang dengan moral yang benar dan pantas serta memberi hak setiap orang. Selain itu juga memperhatikan distribusi yang seimbang dan adil antara beban dan manfaat keikutsertaan. Dalam penelitian ini tidak ada perlakuan sehingga tidak membedakan perlakuan antara subyek yang satu dengan yang lain. Penelitian ini juga dilakukan secara jujur, hati-hati dan profesional.

4.6. Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data yang digunakan untuk mendapatkan data dari perawat dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner adalah bentuk penjabaran variabel-variabel yang terlibat dalam tujuan penelitian dan hipotesis (Notoatmodjo, 2010). Pentingnya kuesioner sebagai alat pengumpul data adalah untuk memperoleh data yang sesuai dengan tujuan penelitian.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini merupakan data primer. Sumber data untuk karakteristik responden, perilaku *caring* dan berpikir kritis yaitu perawat pelaksana. Untuk mengumpulkan data tersebut menggunakan tiga macam kuesioner. Kuesioner A untuk mengetahui karakteristik responden, kuesioner B untuk mengetahui kemampuan berpikir kritis perawat dan kuesioner C untuk mengetahui perilaku *caring* perawat.

4.6.1. Variabel karakteristik responden

Pengumpulan data karakteristik responden menggunakan kuesioner A (lampiran 6). Dalam kuesioner A karakteristik responden yang diketahui yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan. Dalam kuesioner tersebut responden diminta menuliskan atau memilih jawaban sesuai dengan kondisi responden saat itu.

4.6.2. Variabel berpikir kritis

Pengumpulan data yang terkait dengan kemampuan berpikir perawat dengan menggunakan kuesioner B (lampiran 7). Pada penelitian ini berpikir kritis digambarkan dalam perilaku pemikiran kritis. Kuesioner yang dipakai dalam penelitian ini disusun oleh peneliti disarikan dari UF-EMI dengan mengembangkan jumlah item dari 26 menjadi 35 pernyataan yang terkait dengan berpikir kritis. Selain itu berpikir kritis juga dikembangkan dari teori Paul tentang perilaku pemikiran kritis. Pernyataan dalam kuesioner berpikir kritis dibuat dalam bentuk pernyataan positif (*favorable*) dan pernyataan negatif (*unfavorable*). Pengukuran ini menggunakan skala Likert dengan empat kriteria. Pernyataan positif nilai 4= Sangat setuju, 3= Setuju, 2= Tidak setuju, dan 1= Sangat tidak

setuju. Sedangkan untuk pernyataan negatif nilai 1= Sangat setuju, 2= Setuju, 3= Tidak setuju, dan 4= Sangat tidak setuju. Skor total alternatif jawaban responden memiliki rentang nilai 35 – 140. Kisi-kisi kuesioner dalam penelitian ini dapat dilihat dalam lampiran (lampiran 3).

4.6.3. Variabel perilaku *caring* perawat

Pengumpulan data perilaku *caring* perawat pelaksana dilakukan dengan menggunakan kuesioner C (lampiran 8). Pada penelitian ini perilaku *caring* yang digunakan yaitu perilaku *caring* yang dikembangkan oleh Cronin dan Harrison (1988) yang diadaptasi untuk menilai perilaku keperawatan yang berhubungan dengan pengalaman merawat pasien. Perilaku *caring* dikelompokkan menjadi 7 kategori karatif berdasarkan kategori karatif dari teori Watson, karena tiga faktor karatif pertama dikelompokkan menjadi satu subskala (kategori karatif 1, 2, dan 3 digabung menjadi satu subskala).

Kuesioner yang dipakai dalam penelitian ini disusun oleh peneliti terdiri 36 pernyataan yang terkait dengan perilaku *caring* perawat. Pernyataan dalam kuesioner pelaksanaan perilaku *caring* dibuat dalam bentuk pernyataan positif (*favorable*) dan pernyataan negatif (*unfavorable*). Pengukuran ini menggunakan skala Likert dengan empat kriteria. Pernyataan positif nilai 4= Sangat setuju, 3= Setuju, 2= Tidak setuju, dan 1= Sangat tidak setuju. Sedangkan untuk pernyataan negatif nilai 1= Sangat setuju, 2= Setuju, 3= Tidak setuju, dan 4= Sangat tidak setuju selalu. Skor alternatif jawaban responden memiliki rentang nilai 36 – 144. Kisi-kisi kuesioner dalam penelitian ini dapat dilihat dalam lampiran (lampiran 2).

4.7. Pengujian instrumen

Kuesioner yang digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Hasil uji coba ini dapat diketahui bahwa alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini telah mempunyai validitas dan reliabilitas. Uji instrumen awalnya direncanakan akan dilaksanakan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Namun karena ada kendala dalam perijinan maka uji instrumen dilaksanakan di RSU Pandan Arang Boyolali pada tanggal 13 – 16 Mei di

(lampiran 9). Uji coba instrumen dilakukan terhadap 30 perawat untuk kuesioner A, B dan C. Perawat yang menjadi responden dalam uji kuesioner memiliki karakteristik yang hampir sama dengan perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

4.7.1. Validitas

Suatu alat ukur baik harus dapat mengukur apa yang ingin diukur. Untuk itu alat ukur harus dilakukan uji validitas. Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2010). Untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun tersebut mampu mengukur apa yang hendak diukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skors (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skors total kuesioner tersebut.

Uji validitas yang digunakan untuk menguji instrumen ini dengan menggunakan tehnik korelasi "*product moment*" dengan tingkat signifikansi 0,05. Pengukuran tiap-tiap item pertanyaan dari kuesioner dengan membandingkan antara r hitung dengan r tabel. Jika r hitung lebih besar dari r tabel maka pernyataan dalam kuesioner tersebut valid, tetapi bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka pernyataan dalam kuesioner tersebut tidak valid. Pernyataan yang tidak valid tersebut harus diganti, direvisi atau dihilangkan.

Uji kuesioner dilakukan terhadap 30 perawat di RSUD Pandan Arang Boyolali. Hasil uji validitas untuk kuesioner berpikir kritis didapatkan nilai r 0,2885 – 0,6480 dengan jumlah pernyataan 35 pernyataan. Hasil uji validitas didapatkan 7 pernyataan yang tidak valid ($r < 0,361$). 5 pernyataan yang tidak valid dihilangkan dan 2 pernyataan yang memiliki nilai $r > 0,2$ dan dianggap penting dimodifikasi. Sedangkan hasil uji validitas untuk kuesioner perilaku *caring* didapatkan nilai r 0,2801 – 0,8258 dengan jumlah pernyataan 36 pernyataan. Hasil uji validitas didapatkan 7 pernyataan yang tidak valid ($r < 0,361$). 5 pernyataan yang tidak valid dihilangkan dan 2 pernyataan yang memiliki nilai $r > 0,2$ dan dianggap penting dimodifikasi.

4.7.2. Reliabilitas

Alat ukur yang baik harus dapat diandalkan. Untuk mengetahui apakah alat ukur itu dapat diandalkan, memiliki sifat konstan, stabil, atau tepat harus dilakukan uji reliabilitas. Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2010). Dengan pengukuran reliabilitas dapat menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan nilai *Alpha Cronbach* dengan alpha 0,05. Bila *Alpha Cronbach* lebih besar atau sama dengan alpha maka pernyataan dalam kuesioner tersebut dinyatakan reliabel.

Hasil uji reliabilitas untuk kuesioner berpikir kritis didapatkan nilai dengan α *Cronbach* 0,9381 jumlah pernyataan 35 pernyataan. Sedangkan kuesioner perilaku *caring* didapatkan nilai α *Cronbach* 0,9340 dengan jumlah pernyataan 36 pernyataan. Berdasarkan nilai α *Cronbach* maka kuesioner tersebut dinyatakan reliabel.

4.8. Prosedur pengumpulan data

Peneliti dalam mengumpulkan data akan melalui prosedur sebagai berikut

4.8.1. Prosedur administrasi

Sebelum penelitian dilakukan maka peneliti sudah mendapat lolos uji etik dari komite etik penelitian FIK UI pada tanggal 28 April 2011 (lampiran 10) dan mendapat ijin dari pembimbing. Setelah itu, peneliti mengajukan ijin penelitian kepada direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

4.8.2. Prosedur teknis

Prosedur yang dilakukan yaitu

4.8.2.1. Setelah mendapat surat pengantar penelitian dari bagian diklit pada tanggal 18 Mei 2011 (lampiran 11), peneliti melakukan koordinasi dengan kepala bidang keperawatan untuk persiapan pelaksanaan penelitian.

- 4.8.2.2. Melakukan koordinasi dengan kepala instalasi dan kepala ruangan untuk persiapan pelaksanaan penelitian pada tanggal 19 Mei 2011.
- 4.8.2.3. Peneliti bekerja sama dengan kepala ruang memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, manfaat penelitian dan proses penelitian.
- 4.8.2.4. Peneliti menyerahkan kuesioner dan responden dipersilahkan untuk memahami penelitian yang akan dilaksanakan dengan membaca petunjuk penelitian.
- 4.8.2.5. Peneliti mempersilahkan responden untuk menandatangani lembar persetujuan sebagai pernyataan persetujuan atas keikutsertaan sebagai responden penelitian.
- 4.8.2.6. Responden diberi waktu untuk mengisi kuesioner dan tidak ada responden yang mengklarifikasi pernyataan dalam kuesioner.
- 4.8.2.7. Tanggal 20 – 23 peneliti mengambil kuesioner dari responden dan melakukan pengecekan terhadap kelengkapan dan kejelasan kuesioner. I sejumlah 105 kuesioner yang di kembalikan ada 6 kuesioner yang kurang lengkap. Peneliti kesulitan mengklarifikasi dengan responden karena saat mengembalikan kuesioner dititipkan kepala ruang. Hal ini disebabkan perawat yang bersangkutan libur atau pergantian *shift*, sehingga kuesioner tersebut tidak diikutkan dalam pengolahan data.

4.9. Pengolahan dan analisis data

4.9.1. Pengolahan data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian dari rangkaian kegiatan penelitian setelah pengumpulan data. Pengolahan data dilakukan bertujuan untuk mengolah data yang masih mentah dengan sedemikian rupa sehingga menjadi informasi yang akhirnya dapat digunakan untuk menjawab tujuan penelitian. Dalam pengolahan data terdapat empat tahapan yaitu

4.9.1.1. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten (Hastono, 2007). Dalam penelitian ini peneliti mengecek kelengkapan

data dalam kuesioner. Pengecekan dilakukan pada tanggal 20 – 23 dan setelah dilakukan pengecekan terdapat 6 kuesioner yang tidak lengkap datanya sehingga tidak diikutkan dalam pengolahan data.

4.9.1.2. *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan (Hastono, 2007). *Coding* ini dilakukan bertujuan untuk mengubah data yang didapatkan dari responden agar mudah dibaca, dipahami, dan diinterpretasikan. Kuesioner yang didapat dalam penelitian ini kemudian diberi kode dengan memberikan nomor responden. Koding tersebut dilaksanakan pada tanggal 21 – 24 Mei 2011.

4.9.1.3. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya yaitu memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dan kuesioner ke paket program komputer (Hastono, 2007). Pada penelitian ini peneliti memasukkan data dari kuesioner ke dalam paket program komputer pada tanggal 21 – 24 Mei 2011 dan hasilnya semua data telah masuk ke dalam program komputer.

4.9.1.4. *Cleaning*

Cleaning (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah terdapat kesalahan atau tidak (Hastono, 2007). Cara-cara meng-*cleaning* data antara lain dengan mengetahui *missing* data, mengetahui variasi data, dan mengetahui konsistensi data. Hasil *cleaning* data pada tanggal 21 – 24 Mei 2011 tidak menunjukkan adanya *missing* data.

4.9.2. Analisis data

4.9.2.1. Analisis univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Deskripsi karakteristik ini menggunakan nilai mean karena distribusi datanya normal. Analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel yaitu berpikir kritis (*engagement, cognitive maturity, innovativeness*), perilaku *caring* dan karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan.

4.9.2.2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kemampuan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat. Selain itu juga untuk mengetahui hubungan faktor karakteristik responden (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) dengan perilaku *caring* perawat. Uji bivariat terhadap masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.2

Analisis uji statistik hubungan antara berpikir kritis dan karakteristik responden dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

No	Variabel	Variabel	Uji statistik
1	Berpikir kritis	Perilaku <i>caring</i>	<i>Chi Square</i>
2	Usia	Perilaku <i>caring</i>	<i>Chi Square</i>
3	Jenis kelamin	Perilaku <i>caring</i>	<i>Chi Square</i>
4	Tingkat pendidikan	Perilaku <i>caring</i>	<i>Chi Square</i>
5	Masa kerja	Perilaku <i>caring</i>	<i>Chi Square</i>
6	Pelatihan	Perilaku <i>caring</i>	<i>Chi Square</i>

4.9.2.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk menentukan variabel atau subvariabel yang paling dominan berhubungan dengan variabel terikat. Analisis multivariat dilaksanakan dengan cara melakukan uji atau menghubungkan variabel bebas yang memiliki hubungan dengan variabel terikat secara bersama-sama (Hastono, 2007).

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan *uji regresi logistik* untuk mengetahui faktor berpikir kritis dan karakteristik perawat yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* perawat. Uji ini bertujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel terikat. Pada pemodelan ini semua variabel dianggap penting sehingga dapat dilakukan estimasi beberapa koefisien regresi logistik sekaligus (Hastono, 2007). Lebih lanjut, prosedur permodelannya adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel bebas dengan variabel terikatnya. Bila hasil uji bivariat mempunyai $p < 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Namun bisa saja $p > 0,25$ tetap diikutkan ke multivariat bila variabel tersebut secara substansi penting.
- b. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang $p > 0,05$. Pengeluaran variabel tidak serentak semua yang $p > 0,05$, 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. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabelnya mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini berisi tentang hasil penelitian yang dilakukan terhadap perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Hasil penelitian ini menjelaskan tentang data yang terkait dengan perilaku *caring* perawat, berpikir kritis dan karakteristik responden. Penelitian dilakukan terhadap 99 perawat di instalasi rawat inap, instalasi perawatan intensif, dan instalasi gawat darurat RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Penyajian data hasil penelitian terdiri dari hasil analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

5.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Hasil analisis univariat mendeskripsikan tentang perilaku *caring* perawat, berpikir kritis dan karakteristik responden (umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin, masa kerja, dan pelatihan).

5.1.1. Perilaku *caring*

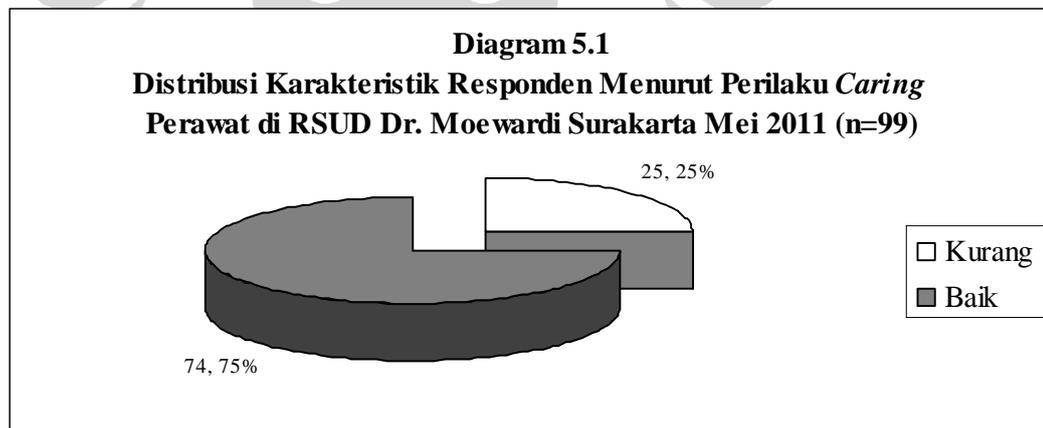


Diagram 5.1 menggambarkan bahwa perawat yang mempersepsikan dirinya memiliki perilaku *caring* baik sebanyak 74,75%.

5.1.2. Berpikir kritis

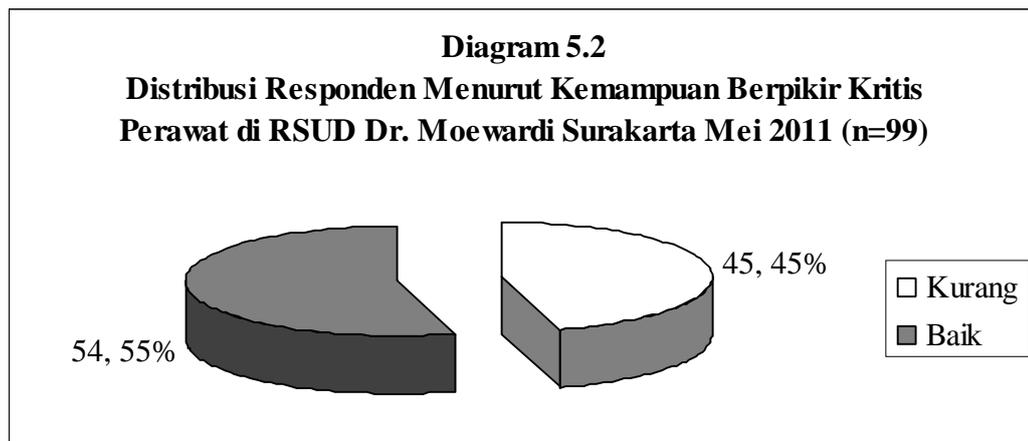


Diagram 5.2 menunjukkan bahwa perawat yang mempersepsikan dirinya memiliki kemampuan berpikir kritis baik sebanyak 54,55%.

Tabel 5.1
Distribusi Responden Menurut *Engagement, Cognitive Maturity, Innovativeness*
di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mei 2011 (n=99)

Berpikir Kritis	Jumlah	%
<i>Engagement</i>		
– Kurang	49	49,5
– Baik	50	50,5
<i>Cognitive Maturity</i>		
– Kurang	45	45,5
– Baik	54	54,5
<i>Innovativeness</i>		
– Kurang	35	35,4
– Baik	64	64,6

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa perawat yang mempersepsikan dirinya memiliki mempunyai kemampuan *engagement* yang baik sebanyak 50,5%, perawat yang yang mempersepsikan dirinya memiliki mempunyai kemampuan *cognitive maturity* yang baik 54,5% dan perawat yang yang mempersepsikan dirinya memiliki mempunyai kemampuan *innovativeness* baik 64,6%.

5.1.3. Karakteristik Responden

Tabel 5.2
Distribusi Karakteristik Responden
di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mei 2011 (n=99)

Karakteristik	Jumlah	%
Umur		
– < 33,9 tahun	43	43,4
– \geq 33,9 tahun	56	56,6
Jenis kelamin		
– Laki-laki	30	30,3
– Perempuan	69	69,7
Tingkat pendidikan		
– D III Keperawatan	54	54,5
– S1 Keperawatan	45	45,5
Masa kerja		
– < 8 tahun	34	34,3
– \geq 8 tahun	65	65,7
Pelatihan		
– Belum pernah	31	31,3
– Pernah	68	68,7

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa usia perawat sebagian besar (56,6%) \geq 33,9 tahun. Perawat paling banyak (69,7%) perempuan dengan tingkat pendidikan DIII Keperawatan (54,5%). Dilihat dari masa kerjanya perawat lebih banyak (65,7%) yang masa kerjanya \geq 8 tahun. Berdasarkan keikutsertaan dalam pelatihan, perawat yang pernah mengikuti pelatihan *excellent service* sebanyak 68,7%.

5.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel dependen dengan independen. Pada penelitian ini yang dilakukan analisis bivariat yaitu antara berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat. Selain itu juga dilakukan analisis bivariat antara karakteristik responden (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) dengan perilaku *caring* perawat.

5.2.1. Hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat

Tabel 5.3
Analisis Hubungan Berpikir Kritis dengan Perilaku *Caring* Perawat
di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mei 2011 (n=99)

Berpikir kritis	Perilaku <i>caring</i>				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang	22	48,9	23	51,1	45	100	16,261	0,00*
Baik	3	5,6	51	94,4	54	100	4,4 – 59,8	
Jumlah	25	25,3	74	74,7	99	100		

* Bermakna pada α 0,05

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil analisis hubungan antara berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat diperoleh bahwa ada sebanyak 51,1% perawat yang kemampuan berpikir kritisnya kurang mempunyai perilaku *caring* baik dan 94,4% perawat yang kemampuan berpikir kritisnya baik mempunyai perilaku *caring* baik. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara kemampuan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,00$; $\alpha=0,05$). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa perawat yang mempunyai kemampuan berpikir kritis baik mempunyai peluang 16,3 kali untuk berperilaku *caring* terhadap pasien (CI 95%; OR= 16,261).

5.2.2. Hubungan usia dengan perilaku *caring* perawat

Tabel 5.4
Analisis Hubungan Usia dengan Perilaku *Caring* Perawat
di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mei 2011 (n=99)

Usia	Perilaku <i>caring</i>				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
<33,9 tahun	14	32,6	29	67,4	43	100	1,975	0,218
\geq 33,9 tahun	11	19,6	45	80,4	56	100	0,79 – 4,94	
Jumlah	25	25,3	74	74,7	99	100		

Hasil analisis hubungan antara usia dengan perilaku *caring* perawat diperoleh bahwa perawat yang usianya kurang dari 33,9 tahun mempunyai perilaku *caring* baik sebanyak 67,4% dan perawat yang usianya \geq 33,9 tahun mempunyai

perilaku *caring* baik sebanyak 80,4%. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara usia dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,218$; $\alpha 0,05$).

5.2.3. Hubungan jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat

Tabel 5.5
Analisis Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku *Caring* Perawat
di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mei 2011 (n=99)

Jenis kelamin	Perilaku <i>caring</i>				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Laki-laki	10	33,3	20	66,7	30	100	1,8	0,33
Perempuan	15	21,7	54	78,3	69	100	0,7 - 4,7	
Jumlah	25	25,3	74	74,7	99	100		

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin responden dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan bahwa perawat perempuan yang mempunyai perilaku *caring* baik (78,3%) lebih banyak daripada perawat laki-laki (66,7%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,33$; $\alpha 0,05$).

5.2.4. Hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku *caring* perawat

Tabel 5.6
Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Perilaku *Caring* Perawat
di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mei 2011 (n=99)

Tingkat pendidikan	Perilaku <i>caring</i>				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
DIII Perawat	20	37	34	63	54	100	4,706	0,006*
S1 Perawat	5	11,1	40	88,9	45	100	1,6 - 13,9	
Jumlah	25	25,3	74	74,7	99	100		

* Bermakna pada $\alpha 0,05$

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan bahwa perawat berpendidikan S1 Keperawatan yang mempunyai perilaku *caring* baik (88,9%) lebih banyak dari perawat berpendidikan DIII Keperawatan (63%). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang

bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,006$; α 0,05). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa perawat yang berpendidikan S1 Keperawatan mempunyai peluang 4,7 kali untuk berperilaku *caring* terhadap pasien (CI 95%, OR: 4,706).

5.2.5. Hubungan masa kerja dengan perilaku *caring* perawat

Tabel 5.7
Analisis Hubungan Masa Kerja dengan Perilaku *Caring* Perawat
di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mei 2011 (n=99)

Masa kerja	Perilaku <i>caring</i>				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
< 8 tahun	10	29,4	24	70,6	34	100	1,839	0,66
\geq 8 tahun	15	23,1	50	76,9	65	100	0,5 – 3,5	
Jumlah	25	25,3	74	74,7	99	100		

Hasil analisis hubungan antara masa kerja dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan bahwa yang mempunyai perilaku *caring* yang baik lebih banyak pada perawat yang masa kerjanya \geq 8 tahun (76,9%) daripada perawat yang masa kerjanya < 8 tahun (70,6%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara masa kerja dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,66$; α 0,05).

5.2.6. Hubungan pelatihan dengan perilaku *caring* perawat

Tabel 5.8
Analisis Hubungan Pelatihan dengan Perilaku *Caring* Perawat
di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mei 2011 (n=99)

Pelatihan	Perilaku <i>caring</i>				Total		OR (95% CI)	p
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Belum	15	48,4	16	51,6	31	100	5,438	0,001*
Pernah	10	14,7	58	85,3	68	100	2,055 – 14,4	
Jumlah	25	25,3	74	74,7	99	100		

* Bermakna pada α 0,05

Hasil analisis hubungan antara pelatihan dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan bahwa perawat yang pernah mengikuti pelatihan *excellent service* yang mempunyai perilaku *caring* baik (85,3%) lebih banyak daripada perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan *excellent service* (51,6%). Hasil uji

statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pelatihan *excellent service* dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,001$; $\alpha 0,05$). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa perawat yang pernah mengikuti pelatihan *excellent service* mempunyai peluang 5,4 kali untuk berperilaku *caring* terhadap pasien (CI 95%; OR: 5,438).

5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dalam penelitian ini untuk melihat hubungan secara bersama-sama antara variabel karakteristik responden dengan perilaku *caring* perawat. Analisis multivariat dilakukan dengan regresi logistik melalui beberapa langkah.

5.3.1. Seleksi kandidat

Pada tahap ini dilakukan penyeleksian variabel yang akan menjadi kandidat model. Variabel yang diikutsertakan dalam analisis model regresi ini, bila hasil uji bivariat memiliki $p < 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Hasil seleksi dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9
Hasil Seleksi Bivariat Untuk Kandidat Model pada Berpikir Kritis dan Karakteristik Responden dengan Perilaku *Caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mei 2011 (n=99)

Variabel	p
Berpikir kritis	0,000*
Usia	0,144*
Jenis kelamin	0,230*
Tingkat pendidikan	0,002*
Masa kerja	0,494
Pelatihan	0,000*

* Variabel dengan $p < 0,25$

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa ada lima variabel yang mempunyai $p < 0,25$ yaitu berpikir kritis, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pelatihan. Sehingga kelima variabel tersebut yang masuk ke dalam pemodelan multivariat.

5.3.2. Pemodelan Multivariat

Langkah selanjutnya variabel berpikir kritis, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pelatihan dilakukan analisis dengan uji regresi logistik. Pemodelan pertama yang dikeluarkan yaitu variabel usia ($p= 0,434$). Setelah variabel usia dikeluarkan, dari hasil analisis perbandingan OR ternyata terjadi perubahan nilai $OR > 10\%$, sehingga usia dimasukkan lagi dalam pemodelan. Pemodelan kedua yang dikeluarkan yaitu variabel jenis kelamin ($p= 0,135$). Setelah variabel jenis kelamin dikeluarkan, dari hasil analisis perbandingan OR ternyata terjadi perubahan nilai $OR > 10\%$, sehingga variabel jenis kelamin dimasukkan lagi dalam pemodelan.

5.3.3. Pemodelan akhir

Tabel 5.10

Pemodelan Akhir Hasil analisis regresi logistik pada variabel berpikir kritis dan karakteristik responden dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Mei 2011 (n=99)

Variabel	B	p	OR	95% CI
Berpikir kritis	5,51	0,000*	247,139	12,890 - 4738,558
Usia	0,635	0,434	12,020	0,384 - 9,280
Jenis kelamin	1,272	0,135	95,722	0,672 - 18,924
Tingkat pendidikan	2,487	0,026*	1,888	1,347 - 107,275
Pelatihan	4,561	0,001*	3,567	5,922 - 1547,309

* Bermakna pada $\alpha 0,05$

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa variabel yang mempunyai hubungan bermakna dengan perilaku *caring* perawat yaitu berpikir kritis, tingkat pendidikan, dan pelatihan ($p < 0,05$; $\alpha 0,05$). Sedangkan variabel usia dan jenis kelamin sebagai variabel konfonding. Hasil analisis didapatkan OR yang paling tinggi yaitu berpikir kritis ($OR= 247,139$) sehingga dapat disimpulkan bahwa berpikir kritis merupakan faktor yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* perawat.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian dan membahas hasil penelitian tersebut yang dikaitkan dengan tujuan penulisan. Pembahasan ini meliputi tiga bagian. Bagian pertama yaitu membahas hasil-hasil penelitian. Hasil-hasil penelitian yang dibahas tentang hubungan variabel berpikir kritis, karakteristik responden dengan perilaku *caring* perawat. Bagian kedua menjelaskan tentang keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian dan bagian ketiga menjelaskan tentang implikasi penelitian untuk keperawatan.

6.1. Interpretasi dan Diskusi Hasil penelitian

6.1.1. Perilaku *caring*

Hasil analisis terhadap perilaku *caring* perawat menunjukkan bahwa responden didominasi oleh perawat dengan perilaku *caring* baik. Hal ini mungkin terjadi karena 68,7% perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta sudah mengikuti pelatihan *excellent service*. Dengan mengikuti pelatihan *excellent service* dapat meningkatkan perilaku *caring* perawat kepada pasien.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian dari Panjaitan dan Agustini (2007) yang menyatakan bahwa lebih dari separuh mahasiswa atau responden (51%) bersikap *caring* dan masih ada 49% responden yang belum bersikap *caring*. Berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa perilaku *caring* perawat masih perlu ditingkatkan. Hal ini sangat penting karena perilaku *caring* perawat dapat mempengaruhi kepuasan pasien.

Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan harus diperhatikan, karena kepuasan pasien merupakan salah satu indikator mutu pelayanan klinik keperawatan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2008). Tingginya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan tercapai bila kebutuhan pasien/keluarga terhadap pelayananan keperawatan terpenuhi sesuai yang diharapkan. Hasil penelitian dari Rafii, Hajinezhad dan Haghani (2008) mendukung bukti dari

penelitian sebelumnya bahwa kepedulian perawat atau sikap *caring* perawat berhubungan dengan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan.

Kepuasan pasien dipengaruhi oleh perilaku *caring* perawat. Pendapat ini juga didukung oleh hasil penelitian dari Agustin (2002) yang menunjukkan bahwa *caring* perawat akan cenderung meningkatkan kepuasan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku *caring* perawat sangat mempengaruhi penilaian pasien terhadap pelayanan di rumah sakit, sehingga sikap *caring* harus selalu dikembangkan kapan saja dan dimana saja.

Perawat yang berperilaku *caring* terhadap pasien berarti perawat tersebut sudah mampu memberikan pelayanan yang baik kepada pasien. Sikap *caring* berarti perawat bersikap empati, memberi dukungan, simpati serta perlindungan kepada pasien. Dengan menunjukkan sikap *caring* maka dapat memberikan pengalaman yang baik untuk pasien. Pendapat ini didukung oleh Wolf, Miller & Devine (2010) yang menyatakan bahwa kinerja staf perawat termasuk perilaku *caring* dapat memberikan kontribusi besar terhadap kualitas pengalaman pasien selama dilakukan perawatan.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Ardiana (2010) yang menyatakan bahwa hampir separuh perawat belum berperilaku *caring* menurut persepsi pasien, terutama kemampuan perawat dalam berkomunikasi dengan pasien. Komunikasi perawat dapat menjadi salah satu kunci sukses dalam melakukan asuhan keperawatan. Karena dengan melakukan komunikasi terapeutik perawat dapat membina hubungan saling percaya dengan pasien. Hal ini sesuai dengan salah satu faktor *caratif caring* dari Watson (1979).

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan harus dapat mengembangkan hubungan saling percaya dan hubungan *caring* dengan manusia. Perawat dapat membina hubungan saling percaya dengan mengenalkan diri saat awal kontak, meyakinkan pasien tentang kehadiran perawat untuk menolong, perawat bersikap hangat dan bersahabat. Perawat yang bersifat *caring* dalam membina hubungan

dengan orang lain juga harus menunjukkan sikap empati dan mudah didekati serta mau mendengarkan orang lain. Perawat tersebut lebih peka, mudah bergaul, sopan dan mampu berkomunikasi dengan baik dengan orang lain (Morrison & Burnard, 2009/ 1997).

Caring merupakan perilaku profesional perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan berdasarkan kemampuan intelektual dan tehnikal yang diberikan kepada klien, keluarga, dan masyarakat. Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat harus menerapkan komunikasi terapeutik. Selain itu perawat juga harus selalu siap sedia untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien. Hal ini sesuai dengan salah struktur *caring* dari Swanson (1991) yaitu kebersamaan (*being with*).

Perawat dengan kebersamaan (*being with*) yaitu perawat yang menghadirkan diri secara emosional untuk orang lain atau klien. Kehadiran secara emosional adalah cara berbagi dalam makna, perasaan, dan pengalaman hidup dengan *caring*. Kebersamaan, meyakinkan klien bahwa secara realitas mereka dihargai dan juga perawat siap dan bersedia di dekat klien untuk klien (Swanson, 1993). Perawat menjadi ada, meliputi tidak hanya kehadiran secara fisik saja tetapi juga jelas menyampaikan pesan ketersediaan dan keyakinan untuk bertahan dengan klien. Hal ini termasuk berada disana secara pribadi, menyampaikan kesediaan, dan perasaan ingin berbagi tanpa membebani orang yang dirawat (Swanson, 1991 dalam Tomey & Alligood, 2006a).

Penelitian juga berbeda dengan hasil penelitian dari dari Supriatin (2009) yang menyatakan bahwa data perawat yang kurang *caring* sebesar 58,1% dan perawat yang *caring* sebesar 41,9%. Begitu juga dengan hasil penelitian dari Malini, Sartika, Idianola, & Edward (2009) yang menyatakan bahwa perilaku *caring* yang ditampilkan oleh responden masih buruk, hal ini dimungkinkan karena beberapa faktor, misalnya beban kerja yang tidak seimbang.

Perilaku *caring* perawat selain dipengaruhi oleh faktor individu juga dipengaruhi oleh faktor organisasi salah satunya beban kerja yang tidak seimbang. Beban kerja yang tidak seimbang salah satunya disebabkan karena desain pekerjaan yang kurang baik. Desain pekerjaan menguraikan cakupan, kedalaman dan tujuan dari setiap pekerjaan yang membedakan antara pekerjaan yang satu dengan pekerjaan yang lainnya. Tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui analisis kerja, dimana para manajer menguraikan pekerjaan sesuai dengan aktifitas dituntut agar membuahkan hasil (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1996/ 1995).

Desain pekerjaan akan mempengaruhi beban kerja perawat, sehingga manajer keperawatan hendaknya dapat menyusun desain pekerjaan yang baik. Desain pekerjaan mengacu proses yang diterapkan pada manajer untuk memutuskan tugas pekerjaan dan wewenang. Desain pekerjaan merupakan upaya seorang manajer mengklasifikasikan tugas dan tanggung jawab dari masing-masing individu. Pekerjaan yang dirancang dengan baik akan meningkatkan motivasi yang merupakan faktor penentu produktifitas seseorang maupun organisasi (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1996/ 1995).

Perawat yang memberikan asuhan keperawatan kepada pasien hendaknya memiliki sikap *caring*. Karena *caring* merupakan suatu sikap yang peduli dengan kondisi pasien sehingga mendorong perawat untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya. *Caring* adalah fenomena universal yang mempengaruhi cara manusia berpikir, berperasaan, dan bersikap ketika berhubungan dengan orang lain (Potter & Perry, 2009). Perawat yang *caring* kepada pasien akan selalu berusaha mengetahui kondisi pasien. Karena dengan mengetahui berarti perawat dapat memahami arti dari suatu peristiwa dalam kehidupan klien, menghindari asumsi, menilai secara cermat, dan berfokus pada klien (Swanson, 1991 dalam Tomey & Alligood, 2006a).

Caring merupakan sikap dan perilaku perawat terhadap pasien dalam melakukan asuhan keperawatan. *Caring* adalah cara memelihara suatu hubungan yang terkait dengan nilai, komitmen dan tanggung jawab diri sendiri dan orang lain (Watson,

1991 dalam Tomey & Alligood, 2006b). Dalam melakukan asuhan keperawatan perawat dituntut untuk mampu mengembangkan hubungan saling percaya dan hubungan *caring*.

Perawat dapat membina hubungan saling percaya dengan mengenalkan diri saat awal kontak, meyakinkan pasien tentang kehadiran perawat untuk menolong, bersikap hangat dan bersahabat. Perawat yang bersifat *caring* dalam membina hubungan dengan orang lain juga harus menunjukkan sikap empati dan mudah didekati serta mau mendengarkan orang lain. Perawat juga harus lebih peka, mudah bergaul, sopan dan mampu berkomunikasi dengan baik dengan orang lain (Morrison & Burnard, 2009/ 1997).

Hasil penelitian ini lebih menekankan pada fungsi ketenagaan. Fungsi ketenagaan dijalankan bertujuan untuk mengatur proses mobilisasi potensi dan pengembangan sumber daya manusia dalam memenuhi tugas untuk mencapai tujuan individu dan organisasi (Suyanto, 2009). Untuk menghindari terjadinya beban kerja yang tidak seimbang maka manajer harus mampu merencanakan kebutuhan tenaga keperawatan dengan baik. Selain itu, manajer juga dituntut untuk dapat mengatur jadwal dinas dengan baik dan seimbang. Karena beban kerja yang tidak seimbang dapat mempengaruhi perilaku *caring* yang ditunjukkan oleh perawat kepada pasien (Malini, Sartika, Idianola, & Edward, 2009).

Fungsi manajemen lain juga perlu dikembangkan untuk mendukung perilaku *caring*. Perencanaan kegiatan yang dapat disusun untuk mengembangkan perilaku *caring* antara lain pelatihan dan pendidikan berkelanjutan. Untuk mengembangkan perilaku *caring* maka semua perawat harus dilibatkan dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Supervisi harus dilakukan untuk mengevaluasi perkembangan perilaku *caring* perawat.

6.1.2. Berpikir kritis

Hasil analisis terhadap kemampuan perawat dalam berpikir kritis menunjukkan bahwa perawat yang mempunyai kemampuan berpikir kritis baik lebih banyak dari perawat yang mempunyai kemampuan berpikir kritis kurang. Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Sumartini yang menyatakan bahwa perawat yang berpikir kritis baik (72,7%) lebih banyak dari perawat yang berpikir kritis kurang (27,3%).

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Sukihananto (2010) yang menyatakan bahwa perawat yang mempunyai kategori daya berpikir kritis sejumlah 44,3%, sedangkan yang mempunyai kategori daya berpikir kritis kurang sejumlah 55,7%. Hal ini dapat terjadi mungkin karena metode yang digunakan untuk mengukur kemampuan berpikir kritis perawat berbeda. Selain itu juga banyak faktor yang dapat mempengaruhi hasil pengukuran.

Kemampuan berpikir kritis dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan berpikir kritis antara lain kondisi fisik, keyakinan diri/motivasi, kecemasan, kebiasaan dan rutinitas, perkembangan intelektual, konsistensi, perasaan atau emosi, dan pengalaman (Rubinfeld & Scheffer, 2007/1999) dan Maryam, Setiawati, Ekasari (2008)). Dari berbagai faktor tersebut ada yang memberikan dukungan positif terhadap perkembangan kemampuan berpikir kritis, namun ada juga yang dapat menurunkan kemampuan berpikir kritis.

Berbagai faktor dapat menyebabkan hasil pengukuran berpikir kritis berbeda antara yang satu dengan yang lainnya. Pendapat ini didukung oleh American Society of Registered Nurses (2007) bahwa Berpikir kritis dalam keperawatan sangat dipengaruhi oleh sifat-sifat psikologis, fisiologis dan lingkungan seperti usia, tingkat kepercayaan, bias, keterampilan, stress, kelelahan, dan rekan kerja. Namun kemampuan berpikir kritis perawat dalam proses keperawatan tidak dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan status perkawinan (Sumartini, 2010).

Salah satu faktor yang dapat menurunkan kemampuan berpikir kritis adalah terjebak dalam rutinitas, dan cara tersering yang membuat kita terjebak dalam rutinitas adalah penggunaan model kebiasaan yang berlebihan (Rubenfeld & Scheffer, 2007/1999). Untuk menghindari terjadinya masalah tersebut hendaknya perawat dapat mengembangkan kemampuannya untuk menciptakan ide-ide baru dan kreatifitas dalam melakukan asuhan keperawatan. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mengembangkan kemampuannya tersebut adalah dengan mengadakan penelitian, mengikuti pelatihan dan membaca buku-buku keperawatan.

Program perencanaan perlu disusun oleh manajer keperawatan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat. Hal ini bertujuan untuk memberi kesempatan pada perawat untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis. Bentuk-bentuk kegiatan yang dapat direncanakan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis antara lain diskusi, ronde keperawatan, pelatihan, dan pendidikan berkelanjutan. Benner dan Wrubel dalam Brunt (2005) menyarankan menggunakan metode diskusi tentang insiden atau kondisi kritis, ronde bersama-sama, dan pendekatan kasus untuk mengembangkan pengetahuan klinis perawat dan kemampuan berpikir kritis. Dengan berbagai metode tersebut perawat dapat mengembangkan kemampuannya dalam berpikir kritis ketika menghadapi pasien yang berada dalam keadaan kritis sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat untuk menyelamatkan pasien.

Kemampuan berpikir kritis perawat dapat ditingkatkan dengan diberikan perlakuan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Sumartini (2010) menunjukkan bahwa setelah diberikan *coaching* oleh kepala ruang maka perawat primer yang memiliki kemampuan berpikir kritis baik, jumlahnya lebih banyak dibanding kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan berpikir kritis perawat dapat ditingkatkan, salah satunya dengan diberikan perlakuan.

Evaluasi secara rutin oleh manajer keperawatan dilakukan untuk mengetahui adanya peningkatan kemampuan perawat dalam berpikir kritis. Dengan

melakukan fungsi pengendalian maka dapat menjamin kualitas dan penampilan kinerja perawat, karena dengan pengendalian manajer dapat memastikan bahwa aktifitas yang dilakukan oleh perawat sudah sesuai dengan yang direncanakan dan standar yang ditetapkan (Marquis & Huston, 2003).

Kemampuan berpikir kritis sangat diperlukan dalam pelayanan keperawatan karena berpikir kritis merupakan sebuah kekuatan dalam semua kegiatan berpikir manusia, termasuk perawat. Kemampuan berpikir kritis yang diukur dalam penelitian ini terdiri dari tiga kemampuan yaitu *engagement*, *cognitive maturity*, dan *innovativeness*. Namun secara spesifik tidak diketahui jenis kemampuan berpikir kritis mana yang paling mempengaruhi. Hal ini didukung oleh pendapat Lunney (2010) bahwa jenis spesifik berpikir kritis yang dibutuhkan untuk keakuratan menentukan diagnosis keperawatan tidak diketahui, sehingga perawat harus mengembangkan pikirannya agar kemampuan berpikir tersebut tersedia saat dibutuhkan.

Perawat yang mempunyai kemampuan berpikir kritis baik berarti juga memiliki *engagement* yang baik pula. *Engagement* dalam berpikir kritis diukur untuk mengetahui rasa percaya diri seseorang terhadap pemikirannya dan kemampuan dalam berkomunikasi (Irani, et al, 2007). Perawat dengan *engagement* yang tinggi akan mampu mengantisipasi situasi dengan menggunakan rasional yang baik, selalu mencari kesempatan untuk menggunakan ketrampilan penalaran dan kemampuannya untuk memberikan alasan, memecahkan masalah, dan membuat keputusan. Perawat tersebut juga dapat menjadi komunikator yang baik dan mampu menjelaskan proses penalaran yang digunakan untuk membuat keputusan atau menyelesaikan masalah. Sehingga perawat dengan kemampuan *engagement* yang baik diharapkan mampu menjalin komunikasi yang baik dan menunjukkan rasa percaya diri yang tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

Kemampuan komunikasi yang baik salah satunya juga dipengaruhi oleh *cognitive maturity*. *Cognitive maturity* dalam berpikir kritis diukur untuk mengetahui sejauh mana kesadaran diri dan obyektifitas seseorang (Irani, et all, 2007). Perawat dengan tingkat *cognitive maturity* yang tinggi akan menyadari kecenderungan sendiri dan bias dalam proses pengambilan keputusan. Perawat akan menyadari bahwa pendapat dan posisinya akan dipengaruhi oleh orang lain, lingkungan, dan pengalaman. Perawat juga akan terbuka dengan pendapat orang lain dan membutuhkan masukan untuk menyatukan perbedaan pandangan dan akan obyektif ketika membuat keputusan atau menyelesaikan masalah.

Perawat agar dapat membuat keputusan yang obyektif juga dituntut untuk memiliki inovasi. *Innovativeness* dalam berpikir kritis diukur untuk mengetahui keingintahuan seseorang terhadap sesuatu yang baru (Irani, et all, 2007). Perawat dengan inovasi tinggi akan selalu mencari pengetahuan baru untuk mengembangkan dirinya dan tahu apa yang harus dipelajari tentang profesi keperawatan. Perawat juga akan merasa penasaran dengan tantangan baru dalam dunia keperawatan dan aktif berusaha untuk tahu lebih banyak melalui penelitian, membaca, dan bertanya.

Perawat yang melakukan penelitian atau penyelidikan akan menemukan fakta melalui pembuktian dengan pengujian terhadap suatu isu penting atau pertanyaan yang membutuhkan suatu jawaban. Penyelidikan merupakan buah pikiran utama yang digunakan dalam memperoleh suatu kesimpulan. Tahap penyelidikan dalam praktik keperawatan sangat penting, dimana perawat harus mampu berpikir dengan membandingkan dan menganalisis antara informasi yang telah ditemukan dengan pengetahuan (Rubinfeld & Scheffer, 2007/1999).

Rasa ingin tahu menjadi salah satu gambaran utama seorang pemikir kritis (Paul, 1993 dalam Potter & Perry, 2009). Perawat yang memiliki rasa ingin tahu yang tinggi akan memotivasi untuk mencari lebih jauh dan menyelidiki situasi klinis sehingga akan mendapatkan seluruh informasi yang dapat membantu dalam

mengambil keputusan (Potter & Perry, 2009). Rasa penasar dan ingin tahu akan membuat perawat selalu mencari alasan, penjelasan, dan makna, serta mencari informasi baru untuk memperluas pemahaman (LeFevre, 2004). Ide-ide baru dan kreativitas dasar perlu dikembangkan dalam keperawatan karena keperawatan memiliki banyak standar yang dapat menjamin pekerjaan lebih baik (Rubenfeld & Scheffer, 2007/1999).

Berpikir kritis sangat penting bagi perawat karena dengan berpikir kritis perawat dapat menyadari perannya dan identitas diri dalam kaitannya dengan hal-hal, peristiwa, dan orang lain (Bandman & Bandman, 1995). Dalam berpikir kritis melibatkan sejumlah keterampilan intelektual. Paul (1988) dalam Wilkinson (1996) menyatakan bahwa berpikir kritis adalah disiplin, mengarahkan diri, berpikir rasional yang mengesahkan apa yang kita tahu dan membuat jelas dimana kita tidak mengetahui.

6.1.3. Karakteristik responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini berdasarkan hasil analisis univariat didapatkan bahwa mayoritas perawat berusia $\geq 33,9$ tahun, berjenis kelamin perempuan, berpendidikan DIII Keperawatan, memiliki masa kerja ≥ 8 tahun dan sudah mengikuti pelatihan *excellent service*.

Data responden berdasarkan usia menunjukkan bahwa sebagian besar perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta berada tahap pemantapan pilihan karir untuk mencapai tujuan dan puncak karir. Seseorang yang berada tahap pemantapan karir berarti seseorang tersebut akan bekerja dengan lebih baik agar dapat mencapai tujuannya dalam berkarir. Selain itu orang tersebut juga menginginkan untuk dapat mencapai puncak karir.

Umur produktif yaitu usia 25 tahun merupakan awal individu berkarir dan usia 25 – 30 tahun merupakan tahap penentu seseorang untuk memilih penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut. Usia 30 – 40 tahun merupakan tahap pemantapan pilihan karir untuk mencapai tujuan,

sedangkan puncak karir terjadi pada usia 40 tahun dan pada usia lebih dari 40 tahun sudah terjadi penurunan karir (Dessler, 1997).

Jenis kelamin perempuan mendominasi perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Seorang perempuan memiliki sifat atau naluri keibuan yang sangat dibutuhkan bagi seorang perawat. Sehingga perawat perempuan diharapkan dapat lebih memberikan perhatian kepada pasien. Namun perempuan juga memiliki peran ganda dalam kehidupannya, sehingga wanita yang bekerja harus mampu membagi waktu yang baik antara untuk pekerjaan dan keluarga.

Perawat RSUD Dr. Moewardi Surakarta sebagian besar berpendidikan DIII Keperawatan. Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingkat kemampuannya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin mudah untuk menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi. Gibson, Ivancevish, & Donnelly (1996/1995) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab. Berdasarkan hal ini yang kemungkinan besar mendorong manajemen rumah sakit mempunyai komitmen untuk selalu meningkatkan tingkat pendidikan perawat.

Perawat di RSUD Dr. Moewardi sebagian besar memiliki masa kerja ≥ 8 tahun. Masa kerja dapat mempengaruhi pengalaman kerja seseorang, sehingga semakin lama bekerja diharapkan seseorang memiliki pengalaman kerja yang semakin banyak. Masa kerja yang lebih lama menunjukkan pengalaman yang lebih pada seseorang dibandingkan dengan rekan kerja yang lain (Rivai & Mulyadi, 2010).

Perawat di RSUD Dr. Moewardi mayoritas sudah mengikuti pelatihan *excellent service*. Pelatihan yang diadakan bertujuan untuk meningkatkan sikap dan komunikasi perawat terhadap pasien. Dengan mengikuti pelatihan peserta diharapkan dapat meningkatkan kemampuannya, baik dalam pengetahuan, ketrampilan maupun sikap. Pelatihan juga merupakan bagian dari proses pendidikan untuk mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan. Pelatihan

merupakan kegiatan yang pada umumnya lebih menekankan pada kemampuan psikomotor dengan didasari pengetahuan dan sikap (Notoatmojo, 2003).

6.1.4. Berpikir kritis dan perilaku *caring* perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kemampuan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Lauver (2004) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pemikiran kritis dengan partisipasi dalam perilaku kesehatan tergantung pada status kesehatan yang dirasakan dan kategori perilaku kesehatan. Pemikiran kritis akan mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan, sehingga seseorang yang mempunyai pemikiran kritis yang baik akan dapat mengambil keputusan untuk berpartisipasi dalam meningkatkan perilaku kesehatannya.

Hasil analisis multivariat menunjukkan variabel berpikir kritis merupakan faktor yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* perawat. Hal ini menunjukkan bahwa berpikir kritis merupakan bagian dari perilaku *caring*, sehingga perawat diharapkan mampu menggunakan proses *caring* yang kreatif dalam penyelesaian masalah (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006a). Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien hendaknya menggunakan proses keperawatan dalam pemecahan masalah secara ilmiah melalui pendekatan asuhan keperawatan. Proses keperawatan merupakan suatu proses yang sistematis dan terorganisir sehingga akan mengarahkan perawat untuk mengambil keputusan yang tepat.

Berpikir kritis dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang. Sehingga dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat yang berpikir kritis akan mampu menunjukkan sikap yang baik kepada pasien. Berpikir kritis dapat diterapkan pada setiap tahap proses keperawatan. Pada tahap implementasi, perawat yang berpikir kritis akan secara berkesinambungan mengkaji respons pasien terhadap pelaksanaan tindakan. Perawat juga akan menerapkan sikap-sikap berpikir kritis seperti integritas, kasih sayang, percaya diri, dan keinginan untuk menerima serta memahami respons pasien (Maryam, Setiawati, Ekasari, 2008).

Kemampuan berpikir kritis seseorang dapat ditunjukkan dengan perilaku. Seorang pemikir kritis dapat dilihat bagaimana berperilaku (apa yang dilakukan dan dikatakan) sehingga dapat memberikan gambaran tentang hal apa yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan dalam berpikir kritis (LeFevre, 2004). Perawat yang mempunyai kemampuan berpikir kritis baik akan selalu berusaha mengembangkan perilakunya, termasuk perilaku *caring* kepada pasien.

Orang yang mempunyai kemampuan berpikir kritis baik juga akan jujur dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien agar dapat menanamkan kepercayaan kepada pasien. Hal ini termasuk salah satu faktor *caratif caring* oleh Watson (1979) yaitu menanamkan kepercayaan/ pengharapan. Perawat yang jujur dalam melakukan asuhan keperawatan akan selalu menjunjung tinggi standar, mau mengakui kekurangan dalam pemikiran, hati-hati mempertimbangkan makna data dan interaksi interpersonal, meminta umpan balik, mengoreksi berpikir sendiri, waspada terhadap potensi kesalahan oleh orang lain dan diri sendiri, serta menemukan cara untuk menghindari kesalahan masa depan (LeFevre, 2004).

Keadilan merupakan salah satu gambaran utama seorang pemikir kritis (Paul, 1993 dalam Potter & Perry, 2009). Seorang pemikir kritis dapat mengatasi segala situasi dengan adil dengan melihat keadaan secara objektif dan menganalisis dari semua segi untuk mengerti situasi secara menyeluruh sebelum membuat keputusan (Potter & Perry, 2009). Perawat harus dapat menunjukkan sifat terbuka dan berpikiran adil. Perawat juga harus mampu menunjukkan sikap empati kepada pasien antara lain dengan cara mendengarkan dengan baik, menunjukkan kemampuan untuk membayangkan perasaan dan kesulitan orang lain (LeFevre, 2004). Sikap tersebut sesuai dengan sikap yang harus ditunjukkan dalam perilaku *caring* perawat kepada pasien.

Salah satu manfaat dari berpikir kritis dalam keperawatan yaitu mengevaluasi penampilan kinerja perawat dan kesimpulan asuhan keperawatan (Oermann, 1999 dan Deswani, 2009). Seorang perawat yang mempunyai kemampuan berpikir

kritis baik akan mampu melakukan evaluasi diri terhadap penampilan kerjanya dalam memberikan asuhan kepada pasien. Selain itu perawat juga akan menerima masukan dan kritik baik dari pasien maupun rekan kerjanya dalam rangka meningkatkan penampilan kerjanya sebagai perawat profesional.

6.1.5. Hubungan karakteristik responden dengan perilaku *caring* perawat

6.1.5.1. Usia dengan perilaku *caring* perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku *caring* perawat. Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian dari Supriyadi (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan perilaku *caring* perawat. Dalam penelitian tersebut didapatkan rata-rata usia perawat pelaksana yang berperilaku *caring* berusia 29,67 tahun dan perawat yang kurang berperilaku *caring* berusia 28,65 tahun. Dalam penelitian ini juga dijelaskan bahwa faktor yang paling signifikan dengan perilaku *caring* perawat yaitu perasaan berarti dalam pekerjaan.

Beberapa ahli berpendapat bahwa usia dapat mempengaruhi kinerja seseorang. Namun ternyata tidak semua pendapat tersebut terbukti, karena ternyata banyak orang yang sudah tua tetapi tetap energik (Rivai & Mulyadi, 2010). Pendapat ini sejalan dengan hasil penelitian ini yaitu umur tidak berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana. Artinya berapapun usia perawat dapat menunjukkan perilaku *caring* terhadap pasien.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian dari Panjaitan dan Agustini (2007). Penelitian tersebut menyatakan bahwa ada hubungan antara usia dengan sikap *caring*. Artinya semakin bertambah usia perawat maka sikap *caring* terhadap pasien akan semakin meningkat. Begitu juga dengan hasil penelitian dari Supriatin (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia dengan sikap *caring* perawat.

Hasil penelitian ini juga tidak sesuai dengan hasil pengamatan kepala ruang yang menyatakan bahwa usia perawat yang lebih tua akan lebih *caring* terhadap pasien.

Hal ini dimungkinkan karena fokus pengamatan kepala ruang tentang perilaku *caring* perawat berbeda dengan kuesioner yang digunakan oleh peneliti, sehingga akan hasilnya juga akan berbeda. Selain itu, hasil ukur juga dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara situasi, obyektifitas, responden yang diamati, dan lain-lain.

Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang. Semakin tinggi usia akan semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan cara berpikir rasional. Sehingga akan menjadi lebih bijaksana, dapat mengendalikan emosi, dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Sehingga semakin bertambah usia diharapkan perawat akan semakin bijaksana termasuk dalam bersikap. Robbins (2003/2001) menyatakan bahwa usia yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijaksanaan kematangan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, mengendalikan emosi, bertoleransi terhadap pandangan atau pendapat orang lain.

6.1.5.2. Jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat. Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian dari Supriatin (2009) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku *caring*. Hal ini menunjukkan bahwa semua perawat baik laki-laki maupun perempuan sama-sama mempunyai peluang untuk dapat berperilaku *caring* terhadap pasien. Sehingga dalam melaksanakan asuhan keperawatan diharapkan semua perawat baik laki-laki maupun perempuan dapat menunjukkan sikap atau perilaku *caring* terhadap pasien.

Hasil penelitian ini ditunjang oleh pendapat ahli yang menyatakan bahwa secara umum tidak ada perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin perempuan dengan jenis kelamin laki-laki dalam produktifitas kerja dan dalam kepuasan kerja. Pria dan wanita juga tidak ada perbedaan yang konsisten dalam kemampuan

memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas, dan kemampuan belajar (Rivai & Mulyadi, 2010).

Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian lain dari beberapa ahli yang menunjukkan bahwa pria dan wanita adalah sama dalam hal kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreatifitas, dan kecerdasan. Meskipun data hasil riset cukup memastikan, beberapa peneliti masih percaya adanya perbedaan kreativitas, penalaran, dan kemampuan antara pria dan wanita (Gibson, Ivancevish, & Donnelly, 1996/1995).

Penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat ahli yang menyatakan bahwa ada perbedaan antara pria dan wanita yang mempengaruhi kinerja (Rivai & Mulyadi, 2010). Begitu juga dalam kemampuan menganalisa masalah, dianggap pria lebih mampu dalam mengatasi masalah karena lebih kreatif. Hal ini didukung oleh beberapa peneliti yang masih percaya adanya perbedaan kreativitas, penalaran, dan kemampuan antara pria dan wanita (Gibson, Ivancevish, & Donnelly, 1996/1995).

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan hasil pengamatan kepala ruang yang menyatakan bahwa perawat perempuan lebih *caring* terhadap pasien. Hal ini dimungkinkan karena kondisi emosional perawat saat dilakukan pengamatan berbeda dengan pada saat dilakukan penelitian, sehingga akan mempengaruhi hasil pengukuran.

6.1.5.3. Tingkat pendidikan dengan perilaku *caring* perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku *caring* perawat. Yang artinya semakin tinggi tingkat pendidikan perawat maka akan semakin *caring* terhadap pasien. Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat dari Rivai dan Mulyadi (2010) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingkat kemampuannya. Kemampuan yang dapat ditingkatkan dengan tingkat pendidikan adalah kemampuan intelektual. Dengan adanya kemampuan intelektual yang meningkat

pada seseorang maka diharapkan dapat mengambil keputusan yang tepat termasuk keputusan untuk bersikap atau berperilaku.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil pengamatan kepala ruang yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan perawat maka akan semakin *caring*. Gibson, Ivancevish, & Donnelly (1996/1995) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab. Sehingga diharapkan dengan semakin tingginya tingkat pendidikan perawat semakin besar pula rasa tanggung jawabnya dan semakin baik juga sikapnya terhadap pasien.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian dari Supriatin (2009) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku *caring* perawat. Hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa semua perawat dengan berbagai tingkat pendidikan dapat mengembangkan perilaku *caring* terhadap pasien.

Salah satu faktor *caratif caring* yang dikembangkan oleh Watson (1979) yaitu membentuk dan menghargai sistem nilai *humanistic* dan *altruistic*. Nilai *humanistic* dan *altruistic* dibentuk pada awal mulai kehidupan tetapi dapat juga dipengaruhi selama seseorang menjalani pendidikan terutama pendidikan perawat. Dengan demikian, semakin tinggi pendidikan perawat maka sifat *caring* perawat akan semakin menonjol yaitu perawat yang memiliki kualitas kepribadian yang baik.

Perawat yang memiliki pendidikan yang tinggi diharapkan dapat meningkatkan kualitas kepribadiannya. Ciri-ciri yang ditunjukkan oleh perawat dengan kualitas kepribadian yang baik yaitu baik, tulus, berpengetahuan, sabar dan tenang, memiliki rasa humor, penolong, jujur, santai, asertif, penuh kasih sayang, penuh perhatian, berpengalaman dan fleksibel, memiliki watak yang menyenangkan, toleran serta pengertian (Morrison & Burnard, 2009/1997).

6.1.5.4. Masa kerja dengan perilaku *caring* perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan perilaku *caring* perawat. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa masa kerja tidak berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana. Hal ini menunjukkan bahwa antara perawat yang masa kerjanya ≥ 8 tahun dan perawat yang masa kerjanya < 8 tahun sama-sama dapat menunjukkan perilaku *caring* terhadap pasien. Hal ini dimungkinkan karena perawat yang baru mau terbuka dan belajar dari perawat senior untuk dapat meningkatkan kemampuannya sebagai perawat khususnya untuk berperilaku *caring* terhadap pasien.

Masa kerja dapat mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang dalam menunjukkan kinerjanya. Masa kerja yang lebih lama menunjukkan pengalaman yang lebih pada seseorang dibandingkan dengan rekan kerja yang lain (Rivai & Mulyadi, 2010). Berdasarkan pendapat tersebut maka perawat yang masa kerjanya > 8 tahun seharusnya menunjukkan perilaku *caring* yang lebih baik dari perawat yang memiliki masa kerja < 8 tahun.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Supriatin (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan perilaku *caring* perawat. Hal ini menunjukkan bahwa semakin lama perawat bekerja di rumah sakit maka akan semakin *caring* terhadap pasien. Hal ini dimungkinkan karena perawat sudah memiliki pengalaman yang cukup dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

Hasil penelitian ini juga tidak sesuai dengan hasil penelitian dari Pillay (2009) menunjukkan bahwa perawat yang mempunyai pengalaman lebih dari 20 tahun lebih puas dibandingkan dengan rekannya yang mempunyai pengalaman kerja kurang dari 20 tahun. Hasil penelitian Lumbatoruan (2005) juga tidak mendukung hasil penelitian, karena dalam penelitian ini menunjukkan bahwa perawat yang mempunyai masa kerja ≥ 8 tahun mempunyai kinerja yang lebih baik dari perawat yang masa kerjanya < 8 tahun.

6.1.5.5. Pelatihan dengan perilaku *caring* perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan perilaku *caring* perawat. Hasil penelitian ini didukung oleh pendapat dari Notoatmojo (2003) bahwa pelatihan yang diikuti oleh peserta diharapkan dapat meningkatkan kemampuannya, baik dalam pengetahuan, ketrampilan maupun sikap. Pelatihan merupakan kegiatan yang pada umumnya lebih menekankan pada kemampuan psikomotor dengan didasari pengetahuan dan sikap. Yang artinya dengan mengikuti pelatihan maka diharapkan perilaku *caring* perawat terhadap pasien akan meningkat.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian dari Sutriyanti (2009) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh yang bermakna antara pelatihan *caring* dengan kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat. Dalam penelitian tersebut juga dijelaskan bahwa kepuasan pasien yang diberi pelayanan *caring* oleh perawat yang tidak dibimbing lebih rendah dibanding dengan kepuasan pasien yang diberi pelayanan *caring* oleh perawat yang dibimbing.

Hasil penelitian lain yang mendukung yaitu hasil penelitian dari Purwaningsih (2003) yang menunjukkan bahwa ada peningkatan kemampuan (pengetahuan, sikap, ketrampilan) perawat akan penerapan faktor *caratif caring* setelah dilakukan intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa dengan diberikan pelatihan *caring*, perawat dapat meningkatkan perilaku *caring* terhadap pasien.

Perawat yang mengikuti pelatihan dapat meningkatkan kinerjanya dalam hal ini perilaku *caring* terhadap pasien. Pendapat ini didukung oleh Bernadin (2003) yang menyatakan bahwa pelatihan merupakan upaya untuk mengembangkan kinerja staf dalam pekerjaannya atau yang berhubungan dengan pekerjaannya.

Pelatihan *excellent service* sudah dibuktikan dapat meningkatkan perilaku *caring* perawat. Perawat yang mengikuti pelatihan *excellent service* akan diajarkan cara memberikan pelayanan yang baik dan juga cara komunikasi yang menyenangkan dengan pasien. Hal ini karena komunikasi sangat penting dalam melakukan

asuhan keperawatan terhadap pasien. Sehingga dengan mengikuti pelatihan tersebut perilaku *caring* perawat dapat meningkat.

Hasil penelitian ini didukung oleh Purwaningsih (2003) yang menyatakan bahwa ada perbedaan bermakna antara nilai rata-rata sikap perawat dalam menerapkan faktor *caratif caring* sebelum dan sesudah pelatihan. Hal ini menunjukkan bahwa pelatihan mempunyai pengaruh yang kuat terhadap kemampuan perawat dalam menerapkan perilaku *caring*. Pelatihan yang diadakan tersebut mempunyai tujuan untuk memperbaiki kinerja dan meningkatkan ketrampilan perawat terutama dalam berperilaku *caring* terhadap pasien.

Pelatihan merupakan salah satu cara untuk mengembangkan motivasi kerja perawat dan mendorong perawat untuk mempraktekkan apa yang telah dipelajari. Seperti yang disampaikan oleh Robbins (2003) bahwa pelatihan merupakan sebuah model yang bertujuan untuk mengambil perhatian peserta terhadap apa yang dipelajari, mengembangkan motivasi, membantu peserta menerapkan apa yang telah mereka pelajari, memberikan kesempatan untuk mempraktekkan perilaku baru, serta memberikan penghargaan positif terhadap prestasi karyawan.

6.2. Keterbatasan penelitian

6.2.1. Tempat uji kuesioner

Uji kuesioner direncanakan akan dilaksanakan di RSUP Dr. Sardjito Surakarta. Namun karena ada hambatan dalam proses perijinan maka uji kuesioner dilaksanakan di RSUD Pandan Arang Boyolali. RSUD Pandan Arang Boyolali dipilih sebagai tempat uji kuesioner karena perawat di rumah sakit sesuai dengan karakteristik perawat di tempat penelitian.

6.2.2. Lokasi penelitian

Penelitian yang dilaksanakan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta direncanakan disemua ruangan antara lain instalasi rawat inap termasuk VIP, instalasi perawatan intensif, dan instalasi gawat darurat. Namun dalam pelaksanaan

penelitian, ruang perawatan VIP tidak dipergunakan karena tidak diijinkan untuk digunakan penelitian. Surat pengantar penelitian dapat dilihat pada lampiran 11.

6.3. Implikasi terhadap keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat pelaksana. Berikut akan dijelaskan implikasi hasil penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan, dan penelitian selanjutnya.

6.3.1. Pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Perawat yang mengembangkan kemampuan berpikir kritisnya maka dapat meningkatkan perilaku *caring* terhadap pasien, sehingga pelayanan kepada pasien dapat ditingkatkan. Kemampuan berpikir perawat juga dapat ditingkatkan dengan pelatihan yang diikuti dan pendidikan perawat. Jika kemampuan berpikir perawat tidak ditingkatkan maka dapat berpengaruh terhadap perilaku *caring* perawat yang berakibat terhadap menurunnya kepuasan pasien.

6.3.2. Pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran pentingnya kemampuan berpikir bagi perawat. Berdasarkan hasil ini maka hendaknya kemampuan berpikir kritis sudah dikembangkan sejak menjadi mahasiswa keperawatan, agar mahasiswa keperawatan memiliki kemampuan berpikir kritis yang baik sehingga dapat meningkatkan pelayanan keperawatan kepada pasien.

6.3.3. Penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya. Kemampuan berpikir kritis dan perilaku *caring* perawat masih perlu dilakukan penelitian dengan menggunakan metode pendekatan yang berbeda untuk mendapatkan hasil yang lebih baik. Sehingga hasil-hasil penelitian dalam keperawatan tersebut dapat memperkaya pengetahuan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan kepada pasien.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan dari hasil penelitian dan saran. Kesimpulan disusun untuk menjawab tujuan penelitian, sedangkan saran untuk memberi masukan bagi perawat, rumah sakit, maupun penelitian selanjutnya.

7.1. Kesimpulan

Perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta sudah cukup baik. Perawat yang mempersepsikan dirinya memiliki perilaku *caring* baik lebih dari perawat yang mempersepsikan dirinya memiliki perilaku *caring* kurang. Demikian juga dengan kemampuan berpikir kritis yang dimiliki perawat juga sudah cukup baik. Perawat yang mempersepsikan dirinya memiliki kemampuan berpikir kritis baik lebih banyak dari perawat yang mempersepsikan dirinya memiliki kemampuan berpikir kritis kurang. Karakteristik responden dalam penelitian ini mayoritas perawat berusia $\geq 33,9$ tahun, berjenis kelamin perempuan, berpendidikan DIII Keperawatan, memiliki masa kerja ≥ 8 tahun dan sudah mengikuti pelatihan *excellent service*.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat. Tingkat pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti juga mempunyai hubungan yang bermakna dengan dengan perilaku *caring* perawat. Sedangkan usia, jenis kelamin, dan masa kerja tidak ada hubungan dengan perilaku *caring* perawat. Variabel berpikir kritis merupakan faktor yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* perawat.

7.2. Saran

7.2.1. Untuk manajemen rumah sakit

Penting adanya upaya meningkatkan pendidikan perawat dengan studi lanjut. Karena hal ini sudah terbukti bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan perawat maka perilaku *caring* perawat terhadap pasien akan semakin meningkat pula. Selain itu perawat yang belum mengikuti pelatihan juga perlu diberikan

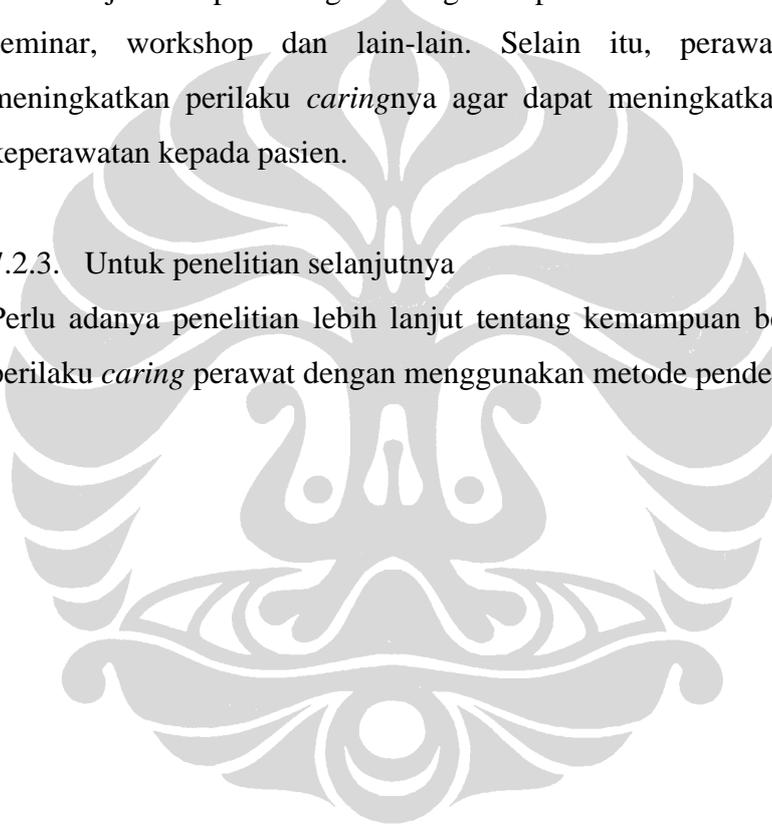
kesempatan untuk mengikuti pelatihan *excellent service* atau pelatihan lain yang sejenis. Karena dengan mengikuti pelatihan tersebut terbukti dapat meningkatkan perilaku *caring* perawat terhadap pasien, sehingga juga akan dapat meningkatkan pelayanan terhadap terhadap pasien. Dengan meningkatnya pelayanan terhadap pasien diharapkan juga dapat meningkatkan citra rumah sakit.

7.2.2. Untuk perawat

Perawat hendaknya terus meningkatkan kemampuan berpikir kritis baik dengan studi lanjut maupun dengan mengikuti pendidikan informal seperti pelatihan, seminar, workshop dan lain-lain. Selain itu, perawat juga perlu terus meningkatkan perilaku *caringnya* agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan kepada pasien.

7.2.3. Untuk penelitian selanjutnya

Perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang kemampuan berpikir kritis maupun perilaku *caring* perawat dengan menggunakan metode pendekatan yang berbeda.



DAFTAR PUSTAKA

- Agustin. (2002). *Perilaku caring perawat dan hubungannya dengan kepuasan klien di instalasi rawat inap bedah dewasa Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Alligood dan Tomey. (2006a). *Nursing theorist and their work* (6th ed). USA: Mosby. Inc.
- Alligood dan Tomey. (2006b). *Nursing theory: Utilization and application* (3rd ed). USA: Mosby. Inc.
- American Society of Registered Nurses®. (2007). *Critical thinking and evidence-based nursing*. <http://www.asrn.org/journal-nursing/198-critical-thinking-and-evidence-based-nursing.html>. Diunduh 26 November 2011.
- Anonim. *Influence of overtly teaching for critical thinking on critical thinking skills of undergraduates in a college of agriculture*. http://aec.ifas.ufl.edu/abrams/step/influence_overtly.pdf. Diunduh 18 Maret 2011.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Bandman, E. L., Bandman, B. (1995). *Critical thinking in nursing* (2nd ed). USA: Appleton & Lange.
- Bart, W., M. (2010). *The measurement and teaching of critical thinking skills*. http://www.cret.or.jp/j/report/100215_William_Bart_1.pdf. Diunduh 17 Maret 2011.
- Bernardin, H.J. (2003). *Human resources management: An experiential approach*. New York: The McGraw-Hill companies.
- Brunt, B.A. (2005). Models, measurement, and strategies in developing critical-thinking skills. *The journal of continuing education in nursing*. Diunduh 15 Februari 2011.
- Deswani. (2009). *Proses keperawatan dan berpikir kritis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dessler, G. (1997). *Manajemen sumber daya manusia*. (B. Molan, Penerjemah). Jakarta; PT Prentallindo. (Buku asli dipublikasikan 1997).
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. (2008). *Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Direktorat. Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI.

- Facione, N. C., & Facione, P. A. (2008). *Critical thinking and clinical judgment*. <http://www.insightassessment.com> Diunduh 25 Februari 2011.
- Fisher, A. (2009). *Berpikir kritis: Sebuah pengantar*. (B. Hadinata, Penerjemah) Jakarta: Erlangga. (Buku asli dipublikasikan 2007).
- Fizpatrick, J. J., Whall, A. L. (1989). *Conceptual models of nursing. Analysis and application* (2nd ed). California: Appleton & Lange.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly, J. H. (1996). *Organisasi. Perilaku, struktur, proses*. (N. Ardiani, Penerjemah). Jakarta: Binarupa aksara. (Buku asli dipublikasikan 1995).
- Gillies (1994). *Nursing management: A system approach*. (3rd ed). Philadelphia: WB. Saunders.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: Fakultas kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Irani, T., Rudd, R., Gallo, M., Ricketts, J., Friedel, C., Rhoades, E. (2007). *Critical thinking instrumentation manual*. http://step.ufl.edu/resources/critical_thinking/ctmanual.pdf Diunduh 8 Maret 2011.
- Ilyas, Y. (2000). *Perencanaan sumber daya manusia rumah sakit, pusat kajian ekonomi kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat*. Universitas Indonesia.
- KEPK-BPPK. (2003). *Pedoman nasional etik penelitian kesehatan*. Departemen Kesehatan RI. www.knepk.litbang.depkes.go.id. Diunduh 7 Maret 2011.
- Knapp, R. (2007). *Nursing education – the importance of critical thinking*. http://www.articlecity.com/articles/education/article_1327.shtml. Diunduh 16 Februari 2011.
- Lauver, D.R., Settersten, L. (2004). *Critical thinking, perceived health status, and participation in health behaviors*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14726772>. Diunduh 5 April 2011.
- LeFevre, R. A. (2004). *Critical thinking and clinical judgement. A practical approach*. St. Louis: Saunders.
- Lumbantoruan, L. (2005). *Analisis hubungan antara iklim kerja dan karakteristik individu dengan kinerja perawat pelaksana di ruangan rawat inap RSUP H. Adam Malik Medan*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Lunney, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *International journal of nursing terminologies and classifications*. Diunduh 12 Februari 2011.

- Malini, H., Sartika, D., Idianola, Edward, Z. (2009). *Hubungan kecerdasan spiritual dengan perilaku caring perawat di RS. DR. M. Djamil Padang tahun 2009*. <http://lp.unand.ac.id>. Diunduh 21 Februari 2011.
- Martin, C. (2002). The theory of critical thinking of nursing. *Nursing education perspectives*. Diunduh 10 Februari 2011.
- Maryam. S., Setiawati. S., Ekasari, M. F. (2008). *Buku ajar berpikir kritis dalam proses keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Marquis, B.L., & Houston, C.J. (2003). *Leadership roles and management function in nursing: Theory and application* (4th ed). California: Lippincott Williams & Wilkins.
- Morrison, P., dan Burnard, P. (2009). *Caring dan communicating. Hubungan interpersonal dalam keperawatan*. (Widyawati & E. Meiliya, Penerjemah). Jakarta: EGC. (Buku asli dipublikasikan 1997).
- Notoatmojo, S. (2003). *Pengembangan sumber daya manusia*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nurachmah, E. (2001). *Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit*. <http://www.pdpersi.co.id>. Diunduh 29 Februari 2011.
- Oermann, M. H. (1999). Critical thinking, critical practice. Assess nurses critical thinking skills for fast, accurate decisions on the job. *Nursing management*. Diunduh 14 Februari 2011.
- Panjaitan, R. U., Agustini, N. (2007). *Hubungan antara tingkat penalaran moral (moral reasoning) dengan sikap caring pada mahasiswa Program Profesi Fakultas Ilmu Keperawatan-Universitas Indonesia*. <http://repository.ui.ac.id>. Diunduh 17 Februari 2011.
- Pillay, R. (2009). *Work satisfaction of professional nurses in South Africa; a comparative analysis of the public and private sectors*. BioMed Central Ltd. <http://www.human-resources-health.com/content>. Diunduh 5 April 2011.
- Potter, P.A., Perry, A.G. (2009). *Fundamental of nursing* (7th ed). (A. Ferderika, Penerjemah). Jakarta: EGC. 2009.
- Purwaningsih, S. (2003). *Pengaruh penerapan faktor karatif caring dalam asuhan keperawatan terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap Perjan Rumah Sakit Persahabatan dan Perjan Rumah Sakit Fatmawati tahun 2002*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.

- Rafii, F., Hajinezhad, M.E., Haghani, H. (2008). Nurse caring and patient satisfaction in Iran. *International journal for human caring*. Diunduh 14 Februari 2011.
- Rivai, V., Mulyadi, D. (2010). *Kepemimpinan dan perilaku organisasi*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Robbins, S. P. (2003). *Perilaku organisasi*. (Tim Indeks, Penerjemah). Jakarta: Gramedia. (Buku asli dipublikasikan 2001).
- Rogal, S.M., Young, J.Y. (2008). Exploring critical thinking in critical care nursing education: A pilot study. *The journal of continuing education in nursing*. Diunduh 10 Februari 2011.
- Rubinfeld, M.G., Scheffer, B.K. (2007). *Berpikir kritis dalam keperawatan*. (A. Lusiyana, N. Herdina, D. Yulianti, Penerjemah). Jakarta: EGC. (Buku asli dipublikasikan 1999).
- Sastroasmoro, S. dan Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Suarli, S., Bahtiar, Y. (2009). *Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis*. Jakarta; Erlangga.
- Sukihananto. (2010). *Hubungan dokumentasi keperawatan berbasis computer dengan daya berpikir kritis perawat pada pelaksanaan proses keperawatan di RSUD Banyumas*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Suliman, W.A., Wellman, E., Omer, T., Thomas, L. (2009). Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *Journal of nursing research*. Diunduh 13 Februari 2011.
- Sumartini, B.T. (2010). *Pengaruh penerapan panduan coaching kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan di ruang rawat inap PKSC*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Supriyadi. (2006). *Hubungan karakteristik pekerjaan dengan pelaksanaan perilaku caring oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam Samarinda*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Supriatin, E. (2009). *Hubungan faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku caring perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sutriyanti, Y. (2009). *Pengaruh pelatihan perilaku caring perawat terhadap kepuasan pasien dan keluarga di ruang rawat inap RSUD Curup Bengkulu*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.

- Suyanto. (2008). *Mengenal kepemimpinan dan manajemen keperawatan di rumah sakit*. Yogyakarta: Mitra Cendekia Offset.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of nursing scholarship*. Diunduh 28 Februari 2011.
- Vance, T. (2010). *Caring and the professional practice of nursing*. http://www.rnjournal.com/journal_of_nursing/caring.htm. Diunduh 12 Februari 2011.
- Wilkinson, J. M. (1996). *Nursing process a critical thinking approach* (2nd ed). California: Addison- Wesley nursing.
- Wolf, Z.R., Miller, P.A, Devine, M. (2010). *Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures*. <http://findarticles.com/p/articles/mi>. diunduh 16 Februari 2011.
- Zori, S. dan Morrison, B. (2009). Critical thinking in nurse managers. *CNE: Nursing economic\$*. Diunduh 12 Februari 2011.



LAMPIRAN



RENCANA WAKTU PENELITIAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN 2011

No	Kegiatan	Februari				Maret					April				Mei				Juni				
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Memilih judul																						
2	Studi pendahuluan																						
3	Menyusun proposal																						
4	Seminar proposal																						
5	Revisi proposal																						
6	Soasialisasi proposal																						
7	Pelaksanaan penelitian																						
8	Analisis penelitian																						
9	Penyusunan laporan																						
10	Seminar hasil penelitian																						
11	Revisi hasil penelitian																						
12	Sidang tesis																						

Kisi-kisi instrumen pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan berdasarkan 7 kategori karatif yang berhubungan dengan 10 faktor *caratif caring* dari Watson

No	Faktor karatif	Pernyataan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana	Pernyataan positif	Pernyataan negatif
1	Kemanusiaan/ keyakinan-harapan- sensitifitas	a. Memperlakukan dengan sopan b. Mempertahankan sikap santun c. Sikap perawat dapat menentramkan hati pasien d. Memuji upaya pasien untuk sembuh e. Memberi kesempatan pada pasien untuk memutuskan tindakan keperawatan yang akan dijalani f. Berbicara pada pasien dengan cepat dan kurang jelas g. Mengenal keluarga pasien dan bersikap bersahabat h. Memberi kesempatan pada pasien untuk melakukan hal yang berhubungan dengan keyakinan dan kepercayaan pasien	3, 4, 6, 8, 9, 19, 26, 36	7
2	Membina/ membantu kepercayaan	a. Memperkenalkan diri b. Memanggil nama pasien dengan nama yang disenangi c. Ketika pasien membutuhkan perawat tidak segera menghampiri d. Memberi perhatian penuh ketika bersama pasien	1, 2, 11, 20, 29	14, 27

No	Faktor karatif	Pernyataan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana	Pernyataan positif	Pernyataan negatif
2	Membina/ membantu kepercayaan	e. Menyebut kembali nama pasien ketika akan melakukan tindakan keperawatan f. Tidak serius mendengar ketika pasien berbicara g. Menghargai/ menghormati keputusan pasien terkait perawatan yang akan dijalani		
3	Menerima ekspresi perasaan positif dan negatif klien	a. Mendorong pasien untuk mengungkapkan apa yang dirasakan b. Mengungkapkan perasaan ikut merasakan apa yang sedang dirasakan pasien c. Mengungkapkan rasa senang karena membantu pasien	5, 15	28
4	Pembelajaran/ pengajaran interpersonal	a. Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya tentang penyakitnya b. Memberikan penyuluhan terkait dengan penyakit pasien c. Kurang jelas dalam menjawab pertanyaan pasien d. Menanyakan kepada pasien apakah sudah mengerti dengan penjelasan yang disampaikan perawat e. Meyakinkan pasien tentang kesediaannya menjelaskan apa yang ingin pasien ketahui	12, 13, 16, 17, 35	

No	Faktor karatif	Pernyataan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana	Pernyataan positif	Pernyataan negatif
5	Menciptakan lingkungan yang mendukung dan melindungi	<ul style="list-style-type: none"> a. Memperhatikan kenyamanan lingkungan sekitar pasien b. Memperhatikan keamanan lingkungan sekitar pasien (memberi pengamanan pada tempat tidur, memelihara alat medis yang terpasang pada pasien) c. Lingkungan pasien ditata agar lebih nyaman 	21, 31	32
6	Membantu memenuhi kebutuhan dasar	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan tindakan dengan cepat b. Melakukan tindakan dengan tepat c. Tanggap terhadap kebutuhan pasien d. Mengajarkan cara memenuhi kebutuhan pasien secara mandiri sesuai kebutuhan dan kemampuan pasien 	18, 23, 30, 34	22, 24
7	Dimensi fenomenologis/eksistensi	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberi rasa nyaman pada pasien b. Memotivasi pasien untuk menghadapi penyakitnya c. Menghargai privacy pasien 	10, 33	25

**Kisi-kisi instrumen pelaksanaan perilaku berpikir kritis perawat pelaksana
berdasarkan pengukuran UF-EMI dan 11 perilaku pemikir kritis**

No	Berpikir kritis	Pernyataan perilaku pemikiran kritis perawat pelaksana	Nomor pernyataan positif	Nomor pernyataan negatif
1	Engagement (Keterlibatan)	<p>a. Memperkenalkan diri sendiri kepada klien</p> <p>b. Menjelaskan kepada pasien saat memulai terapi atau prosedur.</p> <p>c. Mempersiapkan segala sesuatu sebelum melakukan tindakan keperawatan</p> <p>d. Mendorong klien untuk bertanya.</p> <p>e. Tertarik untuk membantu menyelesaikan masalah klien</p> <p>f. Selalu sistematis dalam setiap tindakan</p> <p>g. Melakukan tindakan berdasarkan ilmu keperawatan</p> <p>h. Menggunakan waktu seefektif mungkin</p> <p>i. Jika perawat lain memberikan informasi tentang klien yang tidak lengkap, maka saudara akan memperjelas informasi tersebut dan berbicara langsung dengan klien.</p> <p>j. Mengajak perawat lain untuk berdiskusi untuk meningkatkan kemampuannya dalam penyelesaian masalah.</p> <p>k. Jika pendapat perawat bertentangan dengan pendapat klien, putuskan cara terbaik yang dapat memuaskan semua orang</p> <p>l. Tidak melanggar standar keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan</p> <p>m. Jujur dalam memberikan perawatan kepada klien</p>	1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 18, 26	11, 13, 19, 23

No	Berpikir kritis	Pernyataan perilaku pemikiran kritis perawat pelaksana	Nomor pernyataan positif	Nomor pernyataan negatif
2	Cognitive maturity (kedewasaan kognitif)	<ul style="list-style-type: none"> a. Mendengarkan pendapat orang lain pada setiap diskusi. b. Jika klien atau keluarga mengeluh tentang perawat lain, dengarkan dan bicarakan dengan perawat tersebut. c. Jika perawat lain menganggap klien kurang kooperatif maka hadapilah klien tersebut dengan hati terbuka dan keinginan untuk memenuhi kebutuhan klien. d. Minta bantuan kepada perawat senior jika anda tidak yakin bagaimana melakukan ketrampilan keperawatan. e. Selalu merujuk pada aturan dan prosedur manual dalam melakukan tindakan. f. Laporkan semua masalah secepat mungkin kepada perawat primer. g. Jika kurang memahami tindakan yang akan dilakukan maka saudara akan bertanya. h. Membantu perawat lain yang mendapat kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan i. Mengenali kekurangan diri diri sendiri j. Mau belajar dari orang lain untuk membuat suatu keputusan k. Meminta kepada perawat senior untuk memberikan bimbingan 	8, 21, 22, 25, 28, 29, 31, 34, 35	14, 15, 24, 27

No	Berpikir kritis	Pernyataan perilaku pemikiran kritis perawat pelaksana	Nomor pernyataan positif	Nomor pernyataan negatif
3	Innovativeness (inovasi)	<p>a. Membaca literatur tentang keperawatan untuk menguatkan pendapat.</p> <p>b. Berdiskusi dengan perawat lain dan berbagi ide mengenai tindakan keperawatan.</p> <p>c. Menggunakan metode pendekatan yang berbeda metode yang biasa digunakan tidak berhasil.</p> <p>d. Libatkan keluarga klien perawatan agar keluarga mampu merawat klien (jika klien sudah pulang)</p> <p>e. Selalu muncul pertanyaan mengenai tanda klinis atau gejala yang sering merupakan indikasi berbagai masalah</p> <p>f. Belajar segala hal yang terkait dengan klien agar dapat membuat keputusan klinis yang tepat</p>	2, 16, 17, 20, 33	30, 32

LEMBAR PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Kepada Yth:

Teman sejawat

di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Dengan hormat,

Saya Mulyaningsih NPM: 0906504852, mahasiswa Program Magister Ilmu keperawatan kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “**Hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta**”.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan membagikan kuesioner tentang berpikir kritis perawat pelaksana dan perilaku *caring* perawat pelaksana. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian, baik perawat maupun pasien yang menjadi responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Hasil kajian yang diperoleh yang diperoleh dari responden, merupakan masukan yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Demikian penjelasan ini, apabila disetujui maka saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab semua pernyataan yang telah disiapkan. Atas kesediaan dan kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih.

Surakarta, Mei 2011

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Mulyaningsih. Penelitian ini berjudul **“Hubungan berpikir kritis dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta”**.

Setelah saya mendapat informasi dari peneliti dan membaca penjelasan tersebut, maka saya memahami manfaat dan tujuan penelitian ini. Saya yakin peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden. Saya juga menyadari bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi saya dan rumah sakit. Saya menyadari bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian dapat memberikan manfaat bagi peningkatan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Demikian pernyataan persetujuan yang telah saya tanda tangani semoga bermanfaat.

Surakarta, Mei 2011

Responden

()



KUESIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN BERPIKIR KRITIS DENGAN PERILAKU
CARING PERAWAT DI RSUD Dr. MOEWARDI
SURAKARTA**

Kuesioner A : Karakteristik responden

Kuesioner B : Berpikir kritis

Kuesioner C : Perilaku *caring* perawat

Peneliti

**MULYANINGSIH
NPM. 0906504852**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2011**

KUESIONER PENELITIAN

KUESIONER A: KARAKTERISTIK PERAWAT

Petunjuk:

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan cara menuliskan jawaban atau melingkari alternatif jawaban yang telah tersedia.

No Responden :

Usia : tahun

Jenis kelamin : 1. Laki-laki
2. Perempuan

Tingkat pendidikan : 1. D III Keperawatan
2. S1 Keperawatan

Masa kerja :tahun

Pelatihan *excellent service* : a. Pernah
b. Belum pernah

KUESIONER B: BERPIKIR KRITIS PERAWAT

Petunjuk:

1. Isilah daftar pernyataan tentang berpikir kritis perawat dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom yang telah disediakan. Pernyataan sesuai dengan yang saudara lakukan.
2. SL = Selalu; SR = Sering; J = Jarang; TP = tidak pernah

No	Pernyataan	SL	SR	J	TP
1	Saya memperkenalkan diri kepada pasien ketika pertama kali bertemu pasien				
2	Saya berusaha mendapatkan banyak informasi dari pasien				
3	Saya berusaha jujur dalam memberikan perawatan kepada pasien				
4	Saya akan mengecek kebenaran informasi kepada pasien apabila perawat lain memberikan informasi tentang pasien yang kurang lengkap				
5	Saya memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya tentang kondisinya.				
6	Saya mempunyai kemampuan untuk memecahkan masalah dengan baik				
7	Saya memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya tentang tindakan keperawatan yang akan dilakukan				
8	Saya akan menghadapi pasien dengan hati terbuka , meskipun perawat lain menganggap pasien kurang kooperatif				
9	Saya mempersiapkan peralatan dengan lengkap sebelum melakukan tindakan keperawatan				
10	Saya memberikan penjelasan kepada pasien ketika akan memulai tindakan keperawatan.				
11	Saya melakukan tindakan keperawatan tidak secara sistematis				
12	Saya akan melakukan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan standar keperawatan				
13	Saya melakukan tindakan keperawatan tidak sesuai prosedur				
14	Saya akan tetap melaksanakan tindakan keperawatan meskipun saya kurang memahami tindakan tersebut				
15	Saya tidak akan minta bantuan kepada perawat senior jika saya mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan.				

No	Pernyataan	SL	SR	J	TP
16	Saya akan menggunakan berbagai metode pendekatan dalam membantu menyelesaikan masalah pasien				
17	Saya mengajarkan kepada pasien/keluarga cara merawat pasien				
18	Saya melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu keperawatan				
19	Saya tidak menerapkan pengetahuan saya untuk mengatasi berbagai masalah pada pasien				
20	Saya berusaha mengetahui segala hal yang terkait dengan pasien agar dapat membuat keputusan klinis yang tepat				
21	Saya akan membantu pasien meskipun pasien kurang kooperatif				
22	Saya akan berdiskusi dengan perawat lain untuk mengambil keputusan yang terkait dengan asuhan keperawatan				
23	Saya tidak tertarik untuk membantu menyelesaikan masalah pasien				
24	Saya tidak mengenali kekurangan pada diri sendiri				
25	Saya mengenali kelebihan pada diri sendiri				
26	Saya akan mengajak perawat lain berdiskusi untuk meningkatkan kemampuannya dalam penyelesaian masalah.				
27	Saya tidak mau mendengarkan pendapat orang lain pada saat diskusi.				
28	Saya tetap mempertahankan pendapat saya meskipun bertentangan dengan pendapat orang lain				
29	Saya mau belajar dari orang lain untuk membuat suatu keputusan				
30	Saya tidak suka membagi pengetahuan dengan perawat lain mengenai tindakan keperawatan yang saya ketahui.				
31	Saya akan meminta kepada perawat senior untuk memberikan bimbingan kepada saya				
32	Saya tidak mau membagi ide dengan perawat lain mengenai ilmu keperawatan yang saya ketahui.				
33	Saya membaca buku/ literatur tentang keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan.				
34	Saya akan membantu perawat lain yang mendapat kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan				
35	Saya segera melaporkan masalah yang didapatkan dari pasien kepada kepala ruang/perawat primer/ketua tim/dokter.				

KUESIONER C: PERNYATAAN TENTANG PERILAKU *CARING* PERAWAT

Petunjuk:

1. Isilah daftar pernyataan tentang perilaku *caring* perawat dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom yang telah disediakan. Pernyataan sesuai dengan yang saudara lakukan.
2. SL = Selalu; SR = Sering; J = Jarang; TP = tidak pernah

No	Pernyataan	SL	SR	J	TP
1	Saya tidak memperkenalkan diri ketika pertama kali bertemu pasien				
2	Saya memanggil nama pasien dengan benar				
3	Saya memperlakukan pasien dengan sopan				
4	Saya mempertahankan sikap santun kepada pasien				
5	Saya menunjukkan sikap empati kepada pasien				
6	Saya akan menunjukkan sikap yang dapat menentramkan hati pasien dan keluarga				
7	Saya berbicara kepada pasien dengan cepat sehingga kurang jelas				
8	Saya menunjukkan sikap yang baik kepada pasien				
9	Saya menunjukkan sikap yang baik kepada keluarga pasien				
10	Saya menunjukkan sikap yang dapat memberi rasa nyaman pada pasien				
11	Saya memberi perhatian penuh ketika bersama pasien				
12	Saya menjawab pertanyaan pasien dengan jelas dan lengkap				
13	Saya menanyakan kepada pasien apakah pasien sudah mengerti dengan penjelasan yang saya berikan				
14	Saya tidak serius mendengar ketika pasien berbicara				
15	Saya memotivasi pasien untuk mengungkapkan apa yang pasien rasakan				
16	Saya memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang penyakitnya				
17	Saya memberikan pendidikan kesehatan terkait dengan penyakit pasien				
18	Saya tanggap terhadap kebutuhan dasar pasien (makan, mandi, bab, bak)				
19	Saya meminta izin kepada pasien sebelum melakukan tindakan keperawatan				
20	Saya mengecek kembali nama pasien ketika akan melakukan tindakan keperawatan kepada pasien				

LAMPIRAN

No	Pernyataan	SL	SR	J	TP
21	Saya memperhatikan prinsip keamanan dalam melakukan tindakan keperawatan				
22	Saya melakukan tindakan dengan tergesa-gesa				
23	Saya melakukan tindakan dengan tepat				
24	Saya tidak membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien (makan, mandi, bab, bak)				
25	Saya tidak menghargai privacy/ kepentingan pribadi pasien				
26	Saya memuji upaya pasien untuk sembuh				
27	Saya tidak segera membantu pasien ketika pasien membutuhkan				
28	Saya tidak mengungkapkan rasa senang karena dapat membantu pasien				
29	Saya menghargai/ menghormati keputusan pasien terkait perawatan yang akan pasien jalan				
30	Saya menanyakan kembali untuk memastikan bahwa kebutuhan pasien sudah terpenuhi sebelum saya meninggalkan pasien				
31	Saya memperhatikan kenyamanan lingkungan sekitar pasien (misalnya kebersihan tempat tidur, meja dan sekitarnya)				
32	Saya kurang memperhatikan kerapihan lingkungan pasien				
33	Saya memotivasi pasien untuk menghadapi penyakit yang dialaminya				
34	Saya mengajarkan cara memenuhi kebutuhan pasien secara mandiri sesuai tingkat kemandirian pasien				
35	Saya meyakinkan pasien tentang kesediaan saya untuk menjelaskan apa yang ingin pasien ketahui				
36	Saya memberi kesempatan pada pasien untuk melakukan hal yang berhubungan dengan keyakinan dan kepercayaan pasien				



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 : 410/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

25 April 2011

Yth. Direktur
RSU. Pandan Arang
Boyolali

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Mulyaningsih
0906504852

akan mengadakan uji instrument penelitian dengan judul : **"Hubungan Berpikir Kritis Dengan Perilaku Caring Perawat di RSUD. Dr. Moewardi Surakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSU. Pandan Arang Boyolali.

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


Dekan
Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

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



PEMERINTAH KABUPATEN BOYOLALI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANDAN ARANG
KABUPATEN BOYOLALI

Jalan Kantil Nomor 14 Boyolali No.Telp. (0276) 321065 Fax. (0276)321435

Boyolali, 9 Mei 2011

No : 070/926/33/2011
 Lamp :
 Hal : Jawaban Ijin Uji Instrument
 Penelitian

Kepada Yth :
 Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
 Universitas Indonesia
 Di –

JAKARTA

Menanggapi surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor :1410/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 perihal : Permohonan Ijin Uji Instrument Penelitian bagi mahasiswa di bawah ini :

NAMA : MULYANINGSIH
 NIM : 0906504852
 JUDUL : “Hubungan Berpikir Kritis Dengan Perilaku Caring Perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta“

Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan, agar dalam pelaksanaan kegiatan tidak mengurangi kualitas pelayanan yang ada maka dimohon waktu dan tempat kegiatan disesuaikan dengan kegiatan pelayanan RSUD Pandan Arang Boyolali, sedangkan yang berkaitan dengan tehnik pelaksanaannya agar berkoordinasi dengan Tim Diklat RSUD Pandan Arang Boyolali.

Demikian untuk dijadikan maklum, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

DIREKTUR RSUD PANDAN ARANG
 KABUPATEN BOYOLALI





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 :

Hubungan berpikir kritis dengan perilaku caring perawat di RSUD. Dr. Moewardi Surakarta.

Nama peneliti utama : **Mulyaningsih**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 28 April 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



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 : /H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

5 April 2011

Yth. Direktur
RSUD. Dr. Moewardi
Surakarta

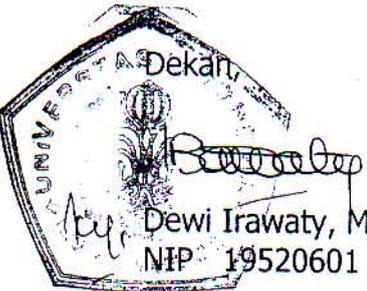
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Mulyaningsih
0906504852

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Hubungan Berpikir Kritis Dengan Perilaku Caring Perawat di RSUD. Dr. Moewardi Surakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD. Dr. Moewardi Surakarta.

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


Dekan
Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan RSUD. Dr. Moewardi
3. Kepala Bagian Diklit RSUD. Dr. Moewardi
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal

**RSUD Dr. MOEWARDI**

Jl. Kol. Soetarto 132 Telp. 634 634 Fax. 637412 Surakarta 57126

Surakarta, 09 Mei 2011

Nomor : 358 / DIK / V / 2011
Lampiran : -
Perihal : Pengantar Penelitian

Kepada Yth. :

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Ka. Ruang Mawar 2 | 6. Ka. Ruang Anggrek 1, |
| 2. Ka. Ruang Mawar 3 | 7. Ka. Ruang Anggrek 2 |
| 3. Ka. Ruang Melati 1 | 8. Ka. Ruang Triase IGD |
| 4. Ka. Ruang Melati 2 | 9. Koordinator IPI |
| 5. Ka. Ruang Melati 3 | |

RSUD Dr. Moewardi Surakarta
di-

SURAKARTA.

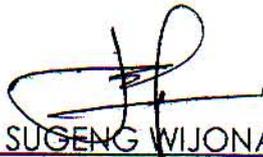
Memperhatikan Surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, nomor : /H2.F12.D/PDP.04.02/2011; Perihal Ijin Penelitian dan Disposisi Direktur tanggal 14 April 2011, maka dengan ini kami menghadapkan mahasiswa :

Nama : Mulyaningsih
NIM : 0906504852
Institusi : Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas
Indonesia

Untuk melaksanakan penelitian dalam rangka penyusunan **Tesis** dengan judul :
"Hubungan Berpikir Kritis dengan Perilaku Caring Perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta".

Demikian untuk menjadikan periksa dan atas kerjasamanya di ucapkan terima kasih.

Kepala
Bagian Pendidikan & Penelitian,


BAMBANG SUGENG WIJONARKO
NIP. 19650308 199003 1 007 *

Sebaran Kepada Yth.:

1. Wadir Umum RSDM (sebagai laporan)
2. Ka. Ranap 1,2 dan 4
3. Ka. IPI
4. Ka. IGD



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RSUD Dr. MOEWARDI

Jl. Kol. Soetarto 132 Telp. 634 634 Fax. 637412 Surakarta 57126

SURAT KETERANGAN

Nomor : 045 / 8.547 / 2011

Yang bertanda tangan di bawah ini, Wakil Direktur Umum RSUD Dr. Moewardi Surakarta menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : Mulyaningsih

NIM : NPM. 0906504852

Institusi : Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

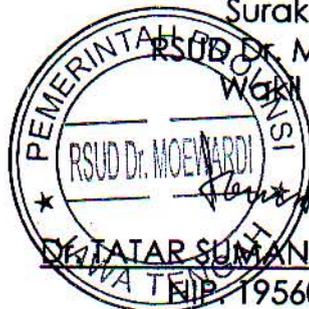
Telah selesai melaksanakan penelitian di RSUD Dr. Moewardi Surakarta dalam rangka penulisan **Tesis** dengan judul "**Hubungan Berpikir Kritis dengan Perilaku Caring Perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta**".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, 17 Juni 2011

RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Wakil Direktur Umum



DE TATAR SUMANDJAR, Sp.PD-KPTI, FINASIM
NIP. 19560814 198403 1 001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Mulyaningsih
Tempat tanggal lahir : Semarang, 7 April 1973
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat rumah : Bayan RT 01 RW 7 Kadipiro, Surakarta
Alamat kantor : STIKES 'Aisyiyah Surakarta
Jl. Ki Hajar Dewantara Surakarta

Riwayat pendidikan :

1. PSIK FK UGM lulus tahun 2002
2. AKPER Patria Husada Surakarta lulus tahun 1994
3. SMA Negeri 2 Boyolali lulus tahun 1991
4. SMP Negeri 4 Boyolali lulus tahun 1988
5. SD Negeri Udanwuh 1 lulus tahun 1985

Riwayat pekerjaan :

1. Tahun 1999 – sekarang, STIKES 'Aisyiyah Surakarta
2. Tahun 1995 – 1999, AKPER PKU Muhammadiyah Surakarta