

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Berpikir Kritis

1. Definisi

Pengertian berpikir kritis dinyatakan oleh beberapa ahli sebagai pertimbangan aktif, terus menerus dan teliti mengenai sebuah keyakinan atau bentuk pengetahuan yang dan diterima dipandang.

Dari sudut alasan-alasan yang mendukungnya kesimpulan-kesimpulan lanjutan menjadi kecenderungannya. Dewey (1910 dalam McGregor, 2007), dan (Paul & Elder, 2002) menyatakan sebagai suatu sikap mau berpikir secara mendalam tentang masalah-masalah dan hal-hal yang berada dalam jangkauan pengalaman seseorang yang berfokus untuk memutuskan apa yang mesti dipercaya atau dilakukandengan menerapkan standar-standar intelektual. Pengetahuan tentang metode-metode pemeriksaan dan penalaran yang logis dan semacam suatu keterampilan untuk menerapkan metode-metode tersebut dan berpikir kritis menuntut upaya keras untuk menguji keyakinan atau pengetahuan asumtif berdasarkan bukti pendukungnya dan kesimpulan-kesimpulan selanjutnya sebagai akibat.

Berpikir kritis merupakan keterampilan berpikir mendalam. Keterampilan berpikir meliputi kemampuan menguji secara rasional dengan menginterpretasikan, menganalisa, menyimpulkan, mengevaluasi, menjelaskan, mengontrol diri. Keterampilan berpikir juga disertai dasar disposisi berpikir kritis yang terdiri dari melihat dengan jelas, berpikiran terbuka, berpikir analitis, sistematis, percaya diri, rasa ingin tahu dan kematangan dalam berpikir (Cottrell, 2005; McGregor, 2007).

Pengertian berpikir kritis sampai saat ini masih belum dirumuskan persis sama, berbagai ahli mendefinisikan secara berbeda belum ada definisi yang bersifat universal (Paul, 2010). Secara umum pernyataan definisi dari beberapa ahli tentang berpikir kritis dapat disimpulkan

berpikir kritis merupakan suatu proses aktif dari fungsi kognitif seseorang ketika akan menetapkan keputusan berdasarkan *evidence based*.

2. Karakteristik Berpikir Kritis

Karakteristik berpikir kritis dari beberapa ahli antara lain Facione & Facione (1996), Paul & Elders (2002) yang dapat diuraikan sebagai berikut :

a. Disposisi Berpikir Kritis oleh Facione & Facione (1996)

1). Melihat jelas (*Truth seeking*)

Keberanian untuk mendapatkan pengetahuan dan memahami arti sebenarnya dari suatu situasi, meskipun bertentangan dengan pendapat yang telah ada.

2). Berpikiran terbuka (*Open mindedness*)

Toleransi terhadap pendapat lain, mengontrol terhadap pendapat yang menyimpang.

3). Berpikir analitis (*Anality*)

Analisis situasi yang berpotensi menjadi masalah, antisipasi kemungkinan hasil atau konsekuensi, penjelasan berharga, menggunakan pengetahuan berdasarkan bukti.

4). Sistematis (*Systematicity*)

Berpikir terorganisasi, fokus dan bekerja keras dalam tiap pekerjaan.

5). Percaya diri (*Self Confidence*)

Percaya terhadap penjelasan diri sendiri.

6). Rasa ingin tahu (*Inquisitiveness*)

Mempunyai keinginan untuk mendapatkan pengetahuan dan belajar menjelaskan walaupun dalam penerapan tidak selalu baik.

b. Karakteristik Intelektual oleh Paul & Elder (2002)

1). Kerendahan hati (*Intelektual Humility*)

Kesadaran terhadap keterbatasan pengetahuan diri sendiri, dengan bijak mengakui kekurangan diri.

2). Keberanian (*Intellectual courage*)

Kesadaran membutuhkan ide, keyakinan dan pandangan yang pada kenyataan sulit untuk diterima.

3). Empati (*Intellectual empathy*)

Kesadaran untuk memahami orang lain.

4). Kemandirian (*Intellectual autonomy*)

Mempunyai kontrol terhadap keyakinan, nilai dan kesimpulan sendiri dari pemikiran sendiri.

5). Integritas (*Intellectual integrity*)

Mengaplikasikan standar intelektual berpikir, melakukan sesuai standar dan bijak mengakui kemungkinan kekurangan diri.

6). Keyakinan beralasan (*Confidence reason*)

Keyakinan merupakan proses yang panjang, menggunakan pemikiran dan keberanian untuk meyakini sesuatu berdasarkan suatu alasan yang telah dipelajari.

7). Tanpa prasangka (*Fair mindedness*)

Kesadaran secara pribadi membutuhkan berbagai sudut pandang.

8). Dewasa (Berpikir matang)

Bijaksana dalam melakukan sesuatu, meninjau ulang pernyataan, menyadari berbagai solusi dapat diakui, menghargai kekurangan.

c. Budaya Berpikir oleh Rubinfeld & Scheffer (2000)

1). Kepercayaan (*Confidence*)

Memberikan jaminan terhadap suatu alasan.

2). Pertimbangan (*Contextual perspective*)

Selalu menimbang segala sesuatu dari berbagai sudut pandang, hubungan, latar belakang, lingkungan terkait dengan suatu kejadian.

3). Kreativitas (*Creativity*)

Kemampuan intelektual untuk menciptakan dan digunakan untuk menghasilkan, menemukan atau memperbaiki suatu ide dalam membuat suatu pilihan.

4). Fleksibel (*Flexibility*)

Kemampuan beradaptasi, mengakomodasi, memodifikasi atau perubahan ide dan perilaku.

5). Ingin tahu (*Inquisitiveness*)

Keingintahuan dengan mencari pengetahuan dan berpikir memahami hasil pengamatan dan menggali berbagai alternatif yang memungkinkan.

6). Keutuhan (*Intellectual integrity*)

Melihat kebenaran secara bersungguh-sungguh, jujur dalam proses bahkan jika hasil berbeda dengan keyakinan.

7). Intuisi (*Intuition*)

Pemahaman mendalam tentang pengetahuan tanpa menggunakan alasan yang disadari.

8). Berpikiran terbuka (*Open mindedness*)

Karakteristik suatu pendapat dengan menerima perbedaan dari persepsi yang berbeda.

9). Terus menerus (*Perseverance*)

Terus menerus mengejar pengetahuan dengan berbagai hambatan.

10). Pemikiran mendalam (*Reflection*)

Merenungkan subyek khususnya pendapat dan berpikir lebih dalam untuk memahami dan mengevaluasi diri.

Kemampuan berpikir kritis tergambar pada seseorang dengan kriteria berdasarkan sintesis dari tiga pendapat ahli tersebut diatas dapat diuraikan sebagai berikut :

a. Keberanian Intelektual

Kesadaran membutuhkan pengetahuan, ide, keyakinan dan pandangan meskipun bertentangan dengan pendapat yang telah ada yang didasari kesadaran keterbatasan pengetahuan diri sendiri dan dengan bijak mengakui kekurangan diri.

b. Berpikiran terbuka

Kesadaran dan toleransi untuk memahami pendapat dari sudut pandang yang berbeda.

c. Fleksibel

Kemampuan beradaptasi, mengakomodasi, memodifikasi atau perubahan ide dan perilaku.

d. Berpikir analitis

Menganalisis situasi yang berpotensi menjadi masalah, mengantisipasi kemungkinan hasil atau konsekuensi, penjelasan berharga, menggunakan pengetahuan berdasarkan bukti sebagai jaminan terhadap suatu alasan.

e. Sistematis (*Systematicity*)

Berpikir terorganisasi, fokus dan bekerja keras dalam tiap pekerjaan.

f. Percaya diri (*Self Confidence*)

Mempunyai kontrol terhadap keyakinan, nilai dan kesimpulan sendiri dari pemikiran sendiri.

g. Rasa ingin tahu (*Inquisitiveness*)

Mempunyai keinginan untuk mendapatkan pengetahuan dan belajar menjelaskan walaupun dalam penerapan tidak selalu baik, menggali berbagai alternatif yang memungkinkan.

h. Dewasa (Berpikir matang)

Bijaksana dalam melakukan sesuatu, meninjau ulang pernyataan dari berbagai sudut pandang, hubungan, latar belakang, lingkungan terkait dengan suatu kejadian, menyadari berbagai solusi yang dapat diakui, menghargai kekurangan.

i. Kreativitas (*Creativity*)

Kemampuan intelektual untuk menciptakan dan digunakan untuk menghasilkan, menemukan atau memperbaiki suatu ide dalam membuat suatu pilihan.

j. Intuisi (*Intuition*)

Pemahaman mendalam tentang pengetahuan tanpa menggunakan alasan yang disadari.

k. Pemikiran mendalam (*Reflection*)

Merenungkan subyek khususnya pendapat dan berpikir lebih dalam untuk memahami dan mengevaluasi diri.

3. Keterampilan Kognitif

Keterampilan kognitif dalam berpikir kritis (Facione & Facione, 1996; Ignatavicius, 2001) terdiri atas :

a. Interpretasi

Interpretasi merupakan kegiatan memperjelas makna dari data yang ditemukan dengan data pendukung lainnya, seperti menentukan pentingnya nilai-nilai laboratorium, tanda vital, data penilaian fisik, pemahaman arti perilaku atau pernyataan pasien. Kegiatan dalam interpretasi adalah mengkategorikan, menandai suatu kalimat dan mengklarifikasi makna dari suatu data.

b. Analisis

Analisis merupakan kegiatan menguji ide, mengidentifikasi argumen dan menentukan masalah atau ide berdasarkan data untuk mengidentifikasi hubungan terkait antara laporan, pertanyaan, konsep, deskripsi, atau bentuk lain dari representasi yang dimaksudkan untuk mengekspresikan kepercayaan, penilaian, pengalaman, alasan, informasi, atau pendapat. Komponen kognitif analisis meliputi kegiatan mengkategorikan, menentukan signifikansi, menafsirkan makna, mendeteksi hubungan yang mungkin dapat disimpulkan, atau mengidentifikasi elemen komponen.

c. Evaluasi

Mengidentifikasi hasil yang diharapkan dan menilai apakah dapat mencapai tujuan. Komponen kognitif utama evaluasi meliputi kegiatan menilai kekuatan argumen, mengungkapkan hasil penalaran atau membenarkan alasan dalam hal konseptual, metodologi, kriteria dan pertimbangan bukti.

d. Kesimpulan (*Inference*)

Kemampuan untuk menentukan kesimpulan dari suatu kondisi berdasarkan fakta. Mengidentifikasi kesimpulan yang wajar dengan membentuk dugaan dengan berdasarkan informasi relevan dari data, pernyataan, prinsip, bukti, penilaian, keyakinan, pendapat, konsep, deskripsi, pertanyaan. Komponen kognitif dalam kesimpulan seperti membentuk dugaan dan hipotesis, kemungkinan konsekuensi, berdasarkan data, alternatif dugaan, dan menarik kesimpulan.

e. Penjelasan (*Explanation*)

Kemampuan kognitif dalam penjelasan merupakan kemampuan untuk memberikan gambaran lengkap tentang sesuatu. Hal ini merujuk pada kemampuan untuk memastikan tindakan dengan adanya standar dan menyampaikan alasan dari tindakan. Sub komponen penjelasan meliputi menjelaskan metode dan hasil, meyakini prosedur, menentukan alasan tepat yang digunakan dalam menjelaskan, dan menyampaikan penjelasan berdasarkan alasan dari konteks yang dapat dimengerti.

f. Pengontrolan diri (*Self regulation*)

Pengontrolan diri merupakan kemampuan kognitif untuk menguji kembali tindakan yang dilakukan terhadap diri sendiri. Menguji melalui evaluasi terhadap unsur-unsur yang digunakan dalam kegiatan kognitif, hasil terutama dalam menerapkan keterampilan analisis dan menggunakan penilaian orang lain. Sub keterampilan kognitif ini meliputi menguji dan mengoreksi diri sendiri.

Dalam memudahkan untuk mengetahui kemampuan berpikir kritis, konsep berpikir kritis Facione & Facione, (1997) dikembangkan dalam bentuk instrumen pengukuran keterampilan berpikir kritis. Keterampilan berpikir kritis ini meliputi :

a. Analisis

Menentukan makna, menafsirkan makna, dan mendeteksi kemungkinan hubungan yang dapat disimpulkan. Penguraian suatu pokok atas berbagai bagiannya dan penelaahan bagian itu sendiri serta hubungan antar bagian untuk memperoleh pengertian yang tepat dan pemahaman arti keseluruhan.

b. Menyimpulkan

Mengambil generalisasi dari topik yang diproses mempertemukan berbagai elemen yang diperlukan untuk menarik kesimpulan rasional dalam bentuk dugaan dan hipotesis.

c. Evaluasi

Menilai kredibilitas laporan dan kekuatan argumen, penalaran berdasarkan bukti yang relevan, konsep metode, atau standar.

d. Penalaran deduktif

Proses berpikir yang bertolak dari pengamatan langsung yang menghasilkan sejumlah konsep dan pengertian dengan bertolak dari hal-hal umum ke khusus.

e. Penalaran induktif

Proses berpikir yang bertolak dari pengamatan langsung yang menghasilkan sejumlah konsep dan pengertian dengan bertolak dari hal-hal khusus ke umum.

4. Penyelesaian Masalah, Pengambilan Keputusan dan Berpikir Kritis

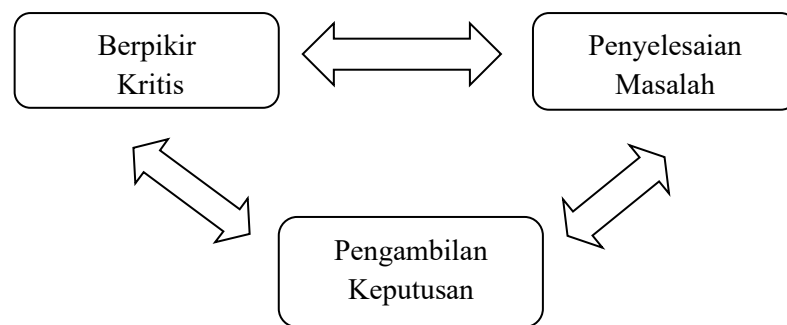
Penyelesaian masalah, berpikir kritis dan pengambilan keputusan bukan kata yang sama hal ini mempunyai makna sendiri dan saling berkaitan (Huber, 2006). Masalah adalah sesuatu yang menyimpang dari keadaan yang seharusnya/keadaan yang normal. Masalah juga didefinisikan sebagai sesuatu sistem, mekanisme ataupun kondisi yang

berbeda dari keadaan normal yang menghasilkan efek-efek yang tidak diinginkan. Langkah atau tahapan yang dilakukan dalam proses mendefinisikan masalah, yaitu :

- a. Aktivitas apa yang tidak berjalan seperti biasa (tidak normal).
- b. Apakah tindakan itu bisa diterima?
- c. Haruskah hal tersebut diubah?
- d. Apa hasil yang diharapkan dari penyelesaian masalah?
- e. Klasifikasi masalah menurut tingkat risikonya.

Asuhan keperawatan merupakan salah satu metode ilmiah dalam penyelesaian masalah (Huber, 2006). Dengan asuhan keperawatan, perawat membantu klien mengatasi masalah sebagai dampak dari kondisi yang dialami klien. Penyelesaian masalah merupakan usaha mengidentifikasi hambatan dalam pencapaian tujuan Luft (1970 dalam Potter & Perry, 2005). Keberhasilan penyelesaian masalah terkait dengan menetapkan solusi yang tepat dan problem yang tepat Ackoff (1974 dalam Potter & Perry, 2005). Penyelesaian masalah meliputi langkah-langkah mendefinisikan masalah, mengumpulkan informasi, faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian tujuan, mengembangkan solusi, memahami konsekuensi, membuat keputusan dan melaksanakan serta mengevaluasi solusi Davidhizer & Bowen (1999) dan Finkelman (2001 dalam Huber, 2006).

Pengambilan keputusan (*decision making*) merupakan suatu produk dari pemikiran kritis yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah (Potter & Perry, 2005). Grainger, 1982 (dalam Huber, 2006) menyatakan pengambilan keputusan merupakan tindakan memilih keputusan diantara berbagai alternatif pilihan keputusan. Huber (2006) menyatakan pengambilan keputusan sebagai suatu perilaku dalam memilih dan melaksanakan tindakan dari beberapa pilihan dalam suatu situasi atau kondisi masalah. Kaitan ketiga bagian tersebut dapat dilihat pada diagram berikut :



Gambar 2.1 Hubungan Berpikir Kritis, Penyelesaian Masalah, dan Pengambilan Keputusan

5. Manfaat dan Hambatan Berpikir Kritis

a. Manfaat berpikir kritis

Manfaat berpikir kritis meningkatkan perhatian dan observasi, lebih fokus terhadap bacaan, meningkatkan kemampuan dalam mengidentifikasi poin-poin penting pada suatu teks, meningkatkan kemampuan berespon terhadap poin penting dalam suatu pesan, melakukan pilihan dengan mudah, keterampilan menganalisa yang dipilih dalam beberapa situasi (Cottrell, 2005).

Manfaat berpikir kritis dalam keperawatan (Sumartini, 2010) meliputi penggunaan proses berpikir kritis dalam aktivitas keperawatan sehari-hari, mengidentifikasi dan merumuskan masalah keperawatan, menganalisis pengertian hubungan dari masing-masing indikasi, penyebab dan tujuan serta tingkat hubungan, menguji asumsi-asumsi yang berkembang dalam keperawatan, melaporkan data dan petunjuk-petunjuk yang akurat dalam keperawatan, membuat dan memeriksa kembali dasar analisis dan validasi data keperawatan, merumuskan dan menjelaskan tentang aktifitas keperawatan.

b. Hambatan dalam berpikir kritis

Hambatan dalam berpikir kritis diantaranya adalah keliru memahami makna kritis, kurangnya metode dan strategi, kurangnya praktik, segan melakukan kritik terhadap suatu keahlian, respon

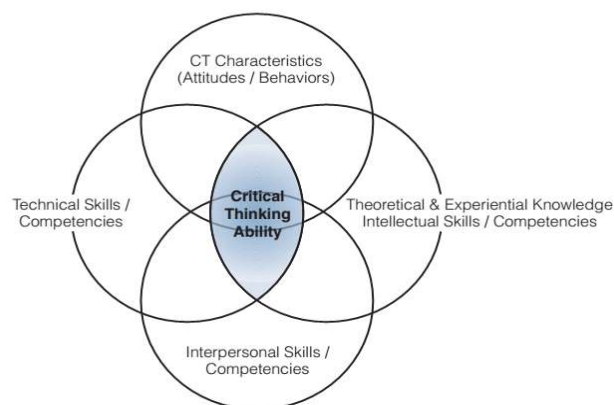
afektif, salah informasi untuk dipahami, kurangnya fokus dan perhatian terhadap detail (Cottrell, 2005).

6. Model Berpikir Kritis

Dalam memahami konsep berpikir kritis diperlukan suatu model yang memberikan gambaran praktis hubungan atau keterkaitan komponen-komponen dalam membentuk kemampuan/keterampilan berpikir kritis.

a. *Alfaro-LeFevre's 4-Circle Critical Thinking Model (2009)*

Alfaro-LeFevre memberikan gambaran visual kemampuan berpikir kritis dan bagaimana meningkatkan pemahaman hubungan antara riset keperawatan dan posisinya pada kegiatan berpikir kritis dan prakteknya. Gambaran kaitan model berpikir kritis ditampilkan dalam gambar di bawah ini.



Gambar 2.2 Model Berpikir Kritis Alfaro-LeFevre

Model berpikir kritis Alfaro-LeFevre diinisiasi prosesnya dari lingkaran bagian atas dan bergerak melingkar searah jarum jam. Gambaran model tersebut menyediakan perangkat apa yang kita perlukan untuk mengembangkan kemampuan berpikir kritis.

1). Karakteristik berpikir kritis

Mengembangkan karakter berpikir kritis melalui menahan diri kita pada standar yang tinggi dan membuat komitmen untuk mengembangkan karakteristik berpikir kritis seperti kejujuran,

berpikir dengan pertimbangan keadilan, kreativitas, kesabaran dan kepercayaan diri.

2). Kemampuan Intelektual

Mengambil tanggung jawab dan mencari pengalaman belajar untuk membantu mendapatkan pengetahuan teoritis dan pengalaman untuk berpikir kritis. Melatih kemampuan intelektual seperti menilai kemampuan berpikir secara sistematis dan komprehensif. Sama seperti pengaruh berlatih keterampilan fisik yang akan meningkatkan kemampuan secara fisik, maka berlatih keterampilan berpikir kritis akan meningkatkan kemampuan performa intelektual.

3). Kemampuan Interpersonal

Kemampuan interpersonal yang diharapkan dalam model ini adalah keterampilan interpersonal seperti kerja sama tim, penyelesaian konflik, dan menjadi advokat. Perlu diingat bahwa "terlalu baik" itu adalah masalah (misalnya, tidak memberikan kritik konstruktif karena *concern* untuk tidak menyinggung seseorang) akan menjadi sesuatu yang buruk atau masalah yang "tidak menjadi sangat bagus" (misalnya, menunjukkan arogansi, sarkasme, dan atau intoleransi terhadap cara lain dalam melakukan sesuatu yang berbeda dengannya). Maka mempelajari cara untuk memberi dan menerima umpan balik untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis harus melewati aspek negatif dari kritik.

4). Kemampuan Teknikal

Komponen keempat dari model berpikir Alfaro-LeFevre adalah berkaitan praktek keterampilan teknis (misalnya, mengoperasikan komputer, manajemen IV). Sampai keterampilan ini menjadi seperti naluri kedua, keterampilan ini akan membuat "*brain drain*" yang membuatnya sulit untuk fokus pada hal-hal penting lainnya seperti pemantauan respon pasien.

b. *The Red Model*

Menurut Watson-Glaser (2009) model berpikir kritis dideskripsikan dalam *Red Model*.

1). Pengakuan Asumsi (*Recognise Assumptions*)

Mudah untuk mendengarkan komentar atau paparan dan menganggap informasi yang disajikan benar meskipun tidak ada bukti yang diberikan.

Memvalidasi dan mempertanyakan kebenaran asumsi membantu untuk mengungkapkan kesenjangan terhadap informasi atau asumsi yang tidak berdasarkan logika. Mengakui asumsi juga perlu memeriksa asumsi dari sudut pandang yang berbeda.

2). Mengevaluasi Argumen (*Evaluate Arguments*)

Seni mengevaluasi argumen memerlukan analisis informasi secara obyektif dan akurat, mempertanyakan kualitas bukti pendukung, dan memahami bagaimana emosi mempengaruhi situasi. Hambatan umum meliputi cenderung mendukung informasi yang sejalan dengan pandangan yang dianut sebelumnya, atau emosi yang memungkinkan untuk masuk cara evaluasi obyektif

3). Menarik Kesimpulan (*Draw Conclusions*)

Menarik kesimpulan dengan menempatkan informasi yang beragam untuk secara bersama-sama diletakkan pada rentang informasi dan menarik kesimpulan berdasarkan logika yang dilandasi bukti yang tersedia ketika membuat keputusan. Menarik kesimpulan pada proses ini dilakukan secara hati-hati dengan tidak menggeneralisasi dan tidak melampaui bukti yang tersedia dan dapat mengubah posisi mereka ketika bukti lain tersedia.

7. Berpikir Kritis dalam Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu tahapan untuk memenuhi upaya mempertahankan kesehatan klien yang optimal dan bila ada perubahan pada kondisi klien, asuhan keperawatan memodifikasi jumlah dan kualitas tindakan keperawatan guna mengembalikan status kesehatan

klien kembali ke keadaan normal dinyatakan oleh Yura dan Walsh (1967 dalam NANDA 2009). Wilkinson (2007 dalam Kozier et al, 2012) menyatakan asuhan keperawatan merupakan kerangka kerja perawat dalam menggunakan pengetahuan dan keterampilan untuk menolong klien memenuhi kebutuhan kesehatan. Asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi dalam mengatasi masalah klien (Kozier et al, 2012).

Asuhan keperawatan merupakan suatu kegiatan yang kompleks. Asuhan keperawatan menuntut keterampilan kognitif, psikomotor dan afektif untuk merasakan dan menilai (Lewis et al, 2004 dalam Paul, 2010), *intuitive* dan kreativitas (Alfaro-LeFevre, 2004). Berpikir kritis meliputi berpikir kritis dalam melaksanakan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat rencana intervensi, implementasi dan evaluasi.

a. Berpikir Kritis dalam Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data dari berbagai sumber (wawancara, pengumpulan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnostik, serta review catatan sebelumnya) yang berhubungan dengan kondisi klien secara sistematis meliputi fisik, psikologi, sosiokultural, spiritual, kognitif, kemampuan fungsional, perkembangan ekonomi dan gaya hidup untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Kozier et al, 2012). Pengkajian keperawatan dapat dikatakan bersifat individual sesuai dengan kebutuhan klien pada saat itu (Alfaro-LeFevre, 2004). Data yang diperoleh kemudian dikelompokkan menjadi data subyektif disebut gejala dan data obyektif disebut tanda (Carpenito-Moyet, 2008; Potter & Perry, 2005). Keterampilan berpikir kritis dalam pengkajian asuhan keperawatan dilakukan dengan melakukan observasi yang dapat dipercaya, membedakan data yang relevan diantara data yang tidak relevan, membedakan data penting diantara data yang tidak penting, memvalidasi data, mengorganisasikan data, mengkategorikan

sesuai kerangka data, dapat menerima asumsi (Wilkinson, 2007 dalam Kozier, et al, 2012). Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan pengkajian dalam berpikir kritis merupakan proses mengumpulkan dan merekam data untuk memberikan informasi yang dibutuhkan dalam memprediksi, mendeteksi, mencegah, mengelola dan menghilangkan masalah kesehatan dan faktor risiko.

b. Berpikir Kritis dalam Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok di mana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien baik aktual, risiko maupun wellnes (Kozier et al, 2012; Perry & Potter, 2005). *NANDA International* (2009) menjelaskan komponen-komponen dalam pernyataan diagnosa keperawatan meliputi: masalah (*problem*), penyebab (*etiology*), dan data (*sign and symptom*) dapat disingkat dengan kata PES.

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam menentukan diagnosa asuhan keperawatan menurut Wilkinson (2007 dalam Kozier et al, 2012) dilakukan dengan menemukan bentuk dan hubungan dari tanda-tanda, mengidentifikasi kesenjangan data, membuat kesimpulan, menunda pernyataan ketika data kurang, membuat hubungan antar profesi, menyatakan masalah, menguji asumsi, membandingkan dengan nilai normal, mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi masalah.

Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan diagnosa keperawatan merupakan kegiatan menganalisa dan sintesa data untuk menarik kesimpulan dan mengidentifikasi tanda dan gejala yang mungkin menunjukkan perlunya rujukan kepada yang lebih profesional. Proses ini meliputi mengidentifikasi pola, membuat daftar masalah yang dicurigai, dan mengesampingkan adanya masalah kesehatan, memperjelas potensi masalah kesehatan, aktual dan faktor yang

mendasari, mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang terkait, menentukan sumber daya, kekuatan, penggunaan perilaku sehat dan mengenali pernyataan kesehatan yang memuaskan tetapi dapat ditingkatkan.

c. Berpikir Kritis dalam Membuat Rencana Intervensi

Menurut Kozier, et al, (2012) perencanaan keperawatan berisi langkah-langkah perencanaan yang telah dipertimbangkan secara sistematis dan mendalam saat membuat keputusan dan upaya mengatasi masalah dengan cara mencegah, mengurangi atau menurunkan permasalahan kesehatan dan keperawatan yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan klien. (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2006), menyatakan perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Penetapan prioritas rencana perawatan perlu memperhatikan dan mempertimbangkan nilai dan kepercayaan klien, sumber yang tersedia bagi klien dan perawat, urgensi masalah yang dihadapi dan rencana pengobatan medis (Carpenito-Moyet, 2008; Kozier, et al, 2012).

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam menentukan rencana keperawatan menurut Wilkinson (2007 dalam Kozier, et al, 2012), perawat dapat melakukan generalisasi bentuk rencana berdasar standar rencana perawatan. Rencana intervensi dibuat berdasarkan standar ataupun dengan berbagi pengetahuan dari suatu situasi kepada perawat lainnya sebagai *evidence based*, mengembangkan kriteria evaluasi, membuat hipotesis, membuat hubungan antar profesi, memprioritaskan masalah klien, menggeneralisasi prinsip dari pengetahuan lainnya.

Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan perencanaan dalam berpikir kritis merupakan kegiatan untuk memastikan klien memiliki rencana komprehensif, individual, klarifikasi dari hasil yang

diharapkan, intervensi individual dan memastikan rencana itu tercatat. Rencana harus dirancang untuk mencegah dan mengelola masalah-masalah kesehatan dan kontribusi faktor-faktor yang mendasari. Rencana berfokus pada masalah dan faktor risiko yang harus dikelola untuk mencapai keseluruhan hasil perawatan. Rencana perawatan meningkatkan fungsi optimal, kemandirian dan kesehatan klien. Rencana perawatan dikoordinasikan termasuk dengan klien dalam pengambilan keputusan untuk mencapai hasil yang diinginkan dengan aman, efisien dan biaya efektif.

d. Berpikir Kritis dalam Pelaksanaan (Implementasi)

Implementasi merupakan kategori dari perilaku keperawatan di mana tindakan keperawatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2006). Menurut Gordon (1994 dalam Potter & Perry, 2005) implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan membantu klien dari masalah kesehatan yang dialaminya agar dapat menjadi lebih baik dan mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan dapat berupa tindakan independen perawat dan tindakan kolaboratif untuk membantu pemenuhan kebutuhan dasar fungsi kesehatan klien.

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan rencana keperawatan menurut Wilkinson (2007 dalam Koziar et al, 2012), perawat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dalam bentuk tindakan, menggunakan tindakan untuk menguji hipotesis. Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan implementasi sebagai salah satu langkah dalam berpikir kritis merupakan pelaksanaan rencana perawatan dengan menilai kesesuaian intervensi dan memutuskan apakah pasien siap. Memprioritaskan, mendelegasikan, dan koordinasi perawatan seperti yang ditunjukkan, termasuk pasien sebagai mitra dalam pengambilan keputusan dan perawatan. Menyiapkan lingkungan dan

peralatan untuk keselamatan, kenyamanan, dan kemudahan. Melakukan intervensi kemudian menilai kembali untuk menentukan respon klien. Membuat perubahan segera yang diperlukan. Memantau kemajuan dan mengkomunikasikan dalam perawatan. Memperbarui rencana yang diperlukan.

e. Berpikir Kritis dalam Melakukan Evaluasi

Evaluasi merupakan proses perbandingan yang sistematis dan terencana dari hasil-hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2005). Tahap ini perlu pengetahuan tentang tujuan dan kriteria hasil yang normal sehingga dapat membandingkan data yang diperoleh dengan kriteria, menarik kesimpulan atas pencapaian tujuan, menghubungkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil dan mengkaji kembali rencana keperawatan.

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan evaluasi keperawatan menurut Wilkinson (2007 dalam Kozier et al, 2012) perawat memutuskan apakah hipotesis tepat dan membuat kriteria dasar untuk evaluasi. Tahap evaluasi ini perawat melakukan observasi kembali untuk menentukan pencapaian tujuan klien.

Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan evaluasi sebagai salah satu langkah dalam berpikir kritis merupakan menilai status klien untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah terpenuhi dan apa faktor penghambat keberhasilan dari rencana, menilai perbaikan dan kemandirian klien serta memodifikasi rencana sesuai indikasi dalam perkembangan klien.

8. Instrumen Pengukuran Kemampuan Berpikir Kritis *California Critical Thinking Skill Test (CCTST)*

California Critical Thinking Skill Test (CCTST) dihasilkan dari studi Delphi tahun 1988 dan 1989 untuk mendapatkan konsensus di antara 46 anggota *American Philosophical Association (APA)*. Peter Facione sebagai panelis dalam kegiatan APA tersebut kemudian mengembangkan

instrumen tersebut menjadi lebih sederhana menjadi 34 item tes pilihan ganda dengan 4 atau 5 pilihan jawaban untuk setiap item, pertanyaan dalam bentuk kasus pendek kemudian diikuti pertanyaan terkait kasus tersebut (mirip dengan pemahaman bacaan), nilai skor tergantung dari jawaban yang benar dari setiap item pertanyaan, batas waktu menjawab 34 item ini biasanya 45 menit (Facione, 1992 dalam Bart, 2010).

Alat uji CCTST diujikan oleh Facione terhadap 1.673 mahasiswa setingkat S1 pada tahun pendidikan 1989-1990 pada pendidikan *California State University Fullerton*. CCTST digunakan untuk mengukur tingkat berpikir kritis yang digambarkan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan dapat digunakan untuk menilai kemampuan berpikir kritis mahasiswa keperawatan.

Dari konsep keterampilan berpikir kritis dikembangkan instrumen yang terdiri dari sub test analisis (9 item), kesimpulan (14 item), evaluasi (11 item), dan sub test sekunder penalaran deduktif (*deductive reasoning*) dan penalaran induktif (*inductive reasoning*) tidak dimasukkan dalam instrumen test karena tidak *reliable* (Cronbach's Alpha < 0,14). Reliabilitas CCTST dengan nilai Kuder Richardson 20 (KR 20) 0,68-0,69 yang bermakna reliabilitas alat uji ini pada tingkat moderat (Bart, 2010; Facione, 1990).

Penelitian ini menggunakan instrumen yang diadaptasi dari konsep Facione & Facione, 1997 karena instrumen yang berasal dari konsep berpikir kritis dapat diterapkan dalam keperawatan (Bart, 2010). Hasil riset literatur tahun 1981-2002 menyatakan konsep berpikir kritis yang dikembangkan Facione merupakan konsep yang paling banyak digunakan (Turner, 2005). Instrumen keterampilan berpikir kritis dikembangkan didasarkan bahwa alat uji mempunyai potensi untuk memprediksi dan menentukan ukuran keterampilan berpikir kritis, perbaikan alat uji dilakukan berkelanjutan, berkaitan dengan kerangka konsep dasar keterampilan berpikir kritis (Bart, 2010).

B. Usia

Survey oleh *Health Resources and Services Administration* (HRSA) terhadap 250.000 perawat RN di Amerika tahun 1980 menyatakan 52,9 % usia perawat < 40 tahun, dan 25 % (dari 52,9 %) berusia < 30 tahun dan survey tahun 2000 menyatakan 31,7 % usia perawat < 40 tahun, dan 9,1 % (dari 31,7%) berusia < 30 tahun. Hasil survey tersebut menunjukkan terjadi pergeseran usia perawat dari tahun 1980-2000, usia perawat < 40 tahun semakin meningkat menjadi > 40 tahun.

Usia produktif menurut Dessler (1997) adalah pada usia 25 tahun yang merupakan awal individu berkarir, dan usia 25-30 tahun merupakan tahap penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut, usia 30-40 tahun merupakan tahap pemantapan pilihan karir untuk mencapai tujuan.

Erickson (dalam Craven & Hirnle, 2000) menyatakan salah satu fase perkembangan dewasa muda hubungan personal dan (20-40 tahun) mempunyai tugas membangun mengembangkan kreativitas serta profesional, produktifitas dalam pekerjaan dan hubungan personal dan profesional. Kematangan individu dengan pertambahan usia berhubungan erat dengan kemampuan analitis terhadap permasalahan atau fenomena yang ditemukan (Siagian, 2002) yang menyatakan bahwa umur mempunyai kaitan erat dengan berbagai segi organisasi, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan dalam arti individu menjadi semakin bijaksana dalam mengambil keputusan bagi kepentingan organisasi. Slameto (2003) menyatakan bahwa kemampuan analitis akan berjalan sesuai dengan pertambahan usia, seorang individu diharapkan dapat belajar untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan tertentu sesuai dengan kematangan usia. Sumartini (2010) menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan umur perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis.

C. Tingkat pendidikan

Perawat profesional memiliki karakteristik intelektual, personal dan interpersonal, adanya komitmen terhadap masyarakat, memiliki otonomi dan berbagi nilai personal. Perawat profesional merupakan individu yang telah menyelesaikan pendidikan pada tingkat sarjana (Craven & Hirnle, 2003; Taylor et al, 2011).

Pendidikan profesional keperawatan dimulai dari jenjang pendidikan tinggi yaitu program Diploma III Keperawatan (DIII Keperawatan) seperti yang dijelaskan dalam kurikulum Nasional Pendidikan Keperawatan. Kurikulum Nasional Pendidikan D III Keperawatan (1999) menetapkan perawat profesional dimulai dari jenjang pendidikan D III dengan sebutan perawat profesional pemula. Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan, semakintinggi tingkat pendidikan perawat, semakin tinggi kemampuan melaksanakan asuhan keperawatan (Alfaro-LeFevre, 1998; Daly, Seedy & Jacson, 2000). Pendidikan tinggi akan meningkatkan kemampuan intelektual, interpersonal, dan teknikal yang dibutuhkan oleh seorang perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Wilkinson, 1996).

Siagian (1995) menyebutkan semakin tinggi pendidikan seseorang kinerja akan semakin baik karena dengan bertambahnya keahlian ada tuntutan untuk bekerja menjadi lebih baik terutama pada pendidikan yang bersifat kejuruan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan.

D. Lama bekerja

Siagian (1997) menyebutkan seorang pekerja yang sudah lama bekerja dalam suatu organisasi memiliki relatif bekerja lebih baik karena tidak lagi berpikir untuk pindah bekerja ke tempat lain. Sedangkan pekerja yang lebih muda dan baru bekerja masih memikirkan dan merasa mudah untuk pindah ke tempat kerjayang lain.

Produktivitas seseorang tidak hanya tergantung pada keterampilan fisik saja, tetapi juga dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja (Robbins, 1996). Masa kerja melibatkan kebijakan moral dan kepekaan etik (Bishop & Scudder, 2001). Masa waktu seseorang menentukan pilihan pekerjaan yang cocok adalah 5 tahun (Dessler, 1997). Semakin bertambah masa waktu seseorang bekerja akan semakin bertambah pengalaman kerjanya sehingga pengalaman dan masa kerja ini saling terkait. Semakin bertambah masa kerja seseorang maka akan semakin bertambah pula pengalaman kerja dan keterampilan klinis (Swansburg, 1999). Sumartini (2010) menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan masa kerja perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis.

E. Kepemilikan sertifikat pelatihan

Pelatihan merupakan bagian dari memberikan input pengetahuan, keterampilan teknis, interpersonal dan memberikan pengalaman yang positif terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor serta afektif perawat. Kepemilikan sertifikat pelatihan intensif membekali pengembangan kemampuan berpikir kritis dalam menghadapi masalah dan metode pengambilan keputusan. Keterampilan komunikasi interpersonal, pengalaman masa lalu, pengetahuan merupakan faktor yang meningkatkan berpikir kritis (Alfaro-LeFevre, 2004)

F. Kompetensi

Kompetensi menjadi suatu bagian yang penting dalam pengembangan diri seorang perawat dalam melaksanakan tugasnya memberikan asuhan keperawatan. Ruang lingkup kompetensi adalah pengetahuan, sikap dan komunikasi serta keterampilan yang dimiliki perawat (Nursalam, 2001). Kompetensi intelektual meliputi pengetahuan tentang proses asuhan keperawatan dan proses mental untuk memanfaatkan pengetahuan tersebut (Rosjidi dan Harun, 2011). Semakin banyak individu mengetahui faktor terkait akan membantu meningkatkan berpikir kritis (Alfaro-LeFevre, 2004).

G. Kecerdasan emosional

Perspektif kecerdasan emosional dikenal sebagai kemampuan kognitif yang berkaitan dengan penalaran dan pemecahan masalah (Ferguson & Austin, 2010), sehingga kecerdasan emosional menjadi kunci untuk mengolah proses informasi emosional yang akurat dan efisien, termasuk informasi yang relevan dengan penafsiran, pengakuan, dan pengaturan emosi dalam diri sendiri dan orang lain (Zohar & Marshal, 2000). Kecerdasan emosional membuat emosi bekerja secara positif dan meningkatkan berpikir kritis (Alfaro-LeFevre, 2004).

Menurut Rego et al (2007) kecerdasan emosional dapat dibagi menjadi enam komponen meliputi kontrol diri terhadap kritik, memiliki motivasi emosi yang positif terhadap diri sendiri, mampu mengontrol emosi, memahami perasaan orang lain, memiliki empati, memahami perasaan diri sendiri.

Dimensi pertama adalah kontrol diri menghadapi kritik yaitu perawat menghadapi kritik tanpa disertai dengan emosi yang berlebihan. Kontrol yang tidak baik pada dimensi ini akan menurunkan kemauan untuk mendengarkan asumsi dan menstimulasi untuk memberikan serangan balik kritikan.

Dimensi kedua adalah memotivasi diri sendiri. Kemampuan memotivasi diri sendiri tergantung dengan ketahanan mental. Kemampuan ini akan mampu mendorong seseorang untuk bertindak lebih kreatif, produktif dan efektif.

Dimensi ketiga adalah pengaturan emosi diri, yaitu kemampuan untuk mengendalikan emosi sehingga terjadi keseimbangan emosi dan bukan menekan emosi karena setiap perasaan mempunyai nilai dan makna.

Dimensi keempat adalah memahami emosi diri, yaitu kemampuan seseorang untuk mengenali dan merasakan emosinya sendiri. Kemampuan ini akan menuntun untuk mampu memahami penyebab perasaan yang timbul, sehingga memiliki kepekaan dalam pengambilan keputusan.

Dimensi kelima adalah empati, yaitu kemampuan untuk menerima dari sudut pandang orang lain, peka terhadap perasaan orang lain.

Dimensi keenam adalah memahami emosi pribadi yaitu menyadari dan mengenali emosi untuk mengatasi segala hambatan yang terjadi pada diri sendiri menuju coping yang positif.

H. Cemas

Kecemasan adalah respon emosi tanpa obyek yang spesifik yang secara subyektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal dan merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari (Suliswati, 2005). Kecemasan, stress dan kelelahan menguras energy otak yang menyebabkan sulit berkonsentrasi. Tetapi kecemasan pada tingkat rendah dapat meningkatkan berpikir kritis karena memotivasi untuk selalu dalam kondisi siaga (Alfaro-LeFevre, 2004).

Penilaian kecemasan pada dewasa dikembangkan oleh William W.K.Zung. Instrumen penilaian kecemasan dikembangkan berdasarkan derajat kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II). Dalam instrumen tersebut terdapat 20 pertanyaan dengan 15 pertanyaan yang mengarah ke peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan dengan interpretasi hasil sebagai berikut :

- a. Skor 20-44 : normal atau tidak cemas
- b. Skor 45-59 : kecemasan ringan
- c. Skor 60-74 : kecemasan sedang
- d. Skor 75-80 : kecemasan berat

I. Motivasi

Motif atau motivasi berasal dari kata latin “*moreve*” yang berarti dorongan dari dalam manusia untuk bertindak atau berperilaku. Motivasi adalah tindakan yang dilakukan orang untuk memenuhi kebutuhan yang belum terpenuhi, hal ini merupakan keinginan untuk melakukan upaya untuk mencapai tujuan atau penghargaan untuk mengurangi adanya ketegangan yang disebabkan oleh kebutuhan tersebut (Marquis, 2003)

Penghargaan positif dan adanya faktor-faktor yang memotivasi seseorang akan membuat meningkatkan berpikir kritis dan membangun percaya diri (Alfaro-LeFevre, 2004)

Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi kerja Hamzah (2008, dalam Faridah, 2009) mengemukakan beberapa konsep motivasi, yakni terdapat tiga unsur yang merupakan kunci dari motivasi yaitu upaya, tujuan organisasi dan kebutuhan. Dimana unsur tersebut dipengaruhi oleh faktor-faktor :

1. Tanggung Jawab (*Responsibility*)

Tanggung jawab adalah keterlibatan individu dalam usaha- usaha pekerjaannya dan lingkungannya, seperti ada kesempatan, ada kesanggupan dan ada penguasaan diri sendiri dalam menyelesaikan pekerjaannya. Pengertian yang jelas mengenai siapa yang bertanggung jawab terhadap apa, tanpa ada kesenjangan di antara sejumlah pertanggungjawaban. Diukur atau di tunjukkan dengan seberapa jauh atasan memahami bahwa pertanggung jawaban dilaksanakan dalam rangka mencapai tujuan (Samsudin, Sadili, Wijaya, 2005)

2. Pengakuan (*Recognition*)

Faktor pengakuan adalah kebutuhan akan penghargaan. Pengakuan dapat diperoleh melalui kemampuan dan prestasi, sehingga terjadi peningkatan status individu, jika terpenuhinya kebutuhan akan prestasi dalam pekerjaannya, maka individu akan memperoleh hasil sebagai usaha dari pekerjaannya (Simamora, 2004).

Pengakuan dan penghargaan terhadap seseorang dapat diberikan dengan memberikan pujian didepan umum, memberi tanda-tanda penghargaan dan penghormatan baik dalam bentuk materil maupun non materil. Dengan melaksanakan *recognition* ini dapat diciptakan makin besarnya “*sense of belong*” merasa ikut memiliki, “*sense of importance*” merasa ada peranan yang cukup penting, dan “*sense of achievement*” merasa sebagai seseorang yang berhasil (Zainun, 2004).

3. Komitmen

Komitmen terhadap organisasi adalah sebagai salah satu sikap dalam pekerjaan yang didefinisikan sebagai orientasi seseorang terhadap organisasi dalam arti kesetiaan, identifikasi dan keterlibatan. Dalam hal ini karyawan mengidentifikasi secara khusus organisasi beserta tujuannya dan berharap dapat bertahan sebagai anggota dalam organisasi tersebut (Muchlas, 1999). Seseorang yang memiliki komitmen terhadap suatu tujuan memiliki dorongan, intensitas, dan ketekunan untuk bekerja keras. Komitmen menciptakan keinginan untuk mencapai tujuan dan mengatasi masalah atau penghalang (Hamzah, 2008)

4. Kompensasi, Gaji atau Imbalan (*wages salaries*)

Faktor yang penting untuk meningkatkan prestasi kerja, motivasi dan kepuasan kerja adalah dengan pemberian kompensasi, dimana pemberian kompensasi bentuknya sangat bervariasi. Dilihat dari cara pemberiannya kompensasi dapat merupakan kompensasi langsung dan kompensasi tidak langsung. Kompensasi langsung berupa upah dan gaji, dan kompensasi tidak langsung dapat berupa tunjangan atau jaminan keamanan dan kesehatan.

5. Kebijakan dan Administrasi Perusahaan (*Company policy and administration*)

Kebijakan dan administrasi perusahaan atau organisasi merupakan salah satu wujud umum rencana-rencana tetap dari fungsi perencanaan (*planning*) dalam manajemen. Kebijakan (*Policy*) adalah pedoman umum pembuatan keputusan. Kebijakan merupakan batas bagi keputusan, menentukan apa yang dapat dibuat dan menutup apa yang tidak dapat dibuat. Dengan cara ini, kebijakan menyalurkan pemikiran para anggota organisasi agar konsisten dengan tujuan organisasi (Hasibuan, 2007)

J. Asuhan Keperawatan

Suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan KDM, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Asuhan keperawatan menurut *American Nurses Association* (1973 dalam Kozier et al, 2012) dilaksanakan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi tahap : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), evaluasi (formatif/proses dan sumatif)

1. Pengkajian

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisir yang mempunyai komponen utama yaitu mengumpulkan data, memvalidasi data, mengorganisasi data dan menuliskan data. Manfaat dari pengkajian ini adalah terangkumnya data respon kesehatan klien dan kemampuan yang dimiliki dalam pengelolaan asuhannya. Kegiatan dalam pengkajian adalah membangun database yang meliputi kegiatan mendapatkan riwayat kesehatan keperawatan, melakukan penilaian fisik, melakukan tinjauan data klien, tinjauan literatur keperawatan, konsultasi dengan orang yang dapat memberikan dukungan, konsultasi dengan profesional tenaga kesehatan, melakukan *update* data yang diperlukan, mengelola data, memvalidasi data, dan mencatat data (Kozier et al, 2012).

2. Diagnosa Keperawatan

Tahap menegakkan diagnosa keperawatan adalah tahap melakukan analisa dan sintesa data. Tujuan dari tahap ini adalah untuk mengidentifikasi kekuatan klien dan masalah kesehatan yang dapat dicegah atau diselesaikan melalui pelaksanaan fungsi kolaboratif ataupun intervensi keperawatan mandiri dengan cara mengembangkan melalui pengelolaan daftar masalah keperawatan dan masalah kolaboratif.

Kegiatan dalam tahap diagnosa diwujudkan dengan menginterpretasikan dan menganalisis data dengan cara membandingkan data terhadap standar, membuat *cluster* data atau kelompok data untuk menghasilkan hipotesis tentatif, mengidentifikasi kesenjangan dan inkonsistensi dari data. Kegiatan lainnya meliputi menentukan kekuatan, risiko, dan masalah klien, merumuskan diagnosa keperawatan dan pernyataan problem kolaboratif serta mendokumentasikan diagnosa keperawatan pada rencana perawatan (Kozier et al, 2012).

3. Perencanaan

Tahap perencanaan adalah tahap menentukan bagaimana mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah prioritas klien yang teridentifikasi, bagaimana mendukung kekuatan klien, bagaimana untuk melaksanakan intervensi keperawatan dalam bentuk yang terorganisir, bersifat individual, dan metode asuhan diarahkan fokus pada tujuan. Manfaat tahap ini adalah untuk mengembangkan rencana perawatan yang bersifat individual yang secara khusus berorientasi pada tujuan dan hasil yang ingin dicapai yang terikat dengan intervensi keperawatan. Kegiatan dalam tahap ini adalah berkolaborasi dengan klien untuk menentukan prioritas dan hasil yang ingin dicapai, mencatat tujuan dan *outcome* yang diharapkan, memilih strategi keperawatan/intervensi, melaksanakan fungsi konsultasi dengan profesional kesehatan lainnya, menulis intervensi keperawatan dan rencana asuhan keperawatan, mengkomunikasikan rencana perawatan dengan *provider* pelayanan kesehatan lain (Kozier et al, 2012).

4. Implementasi

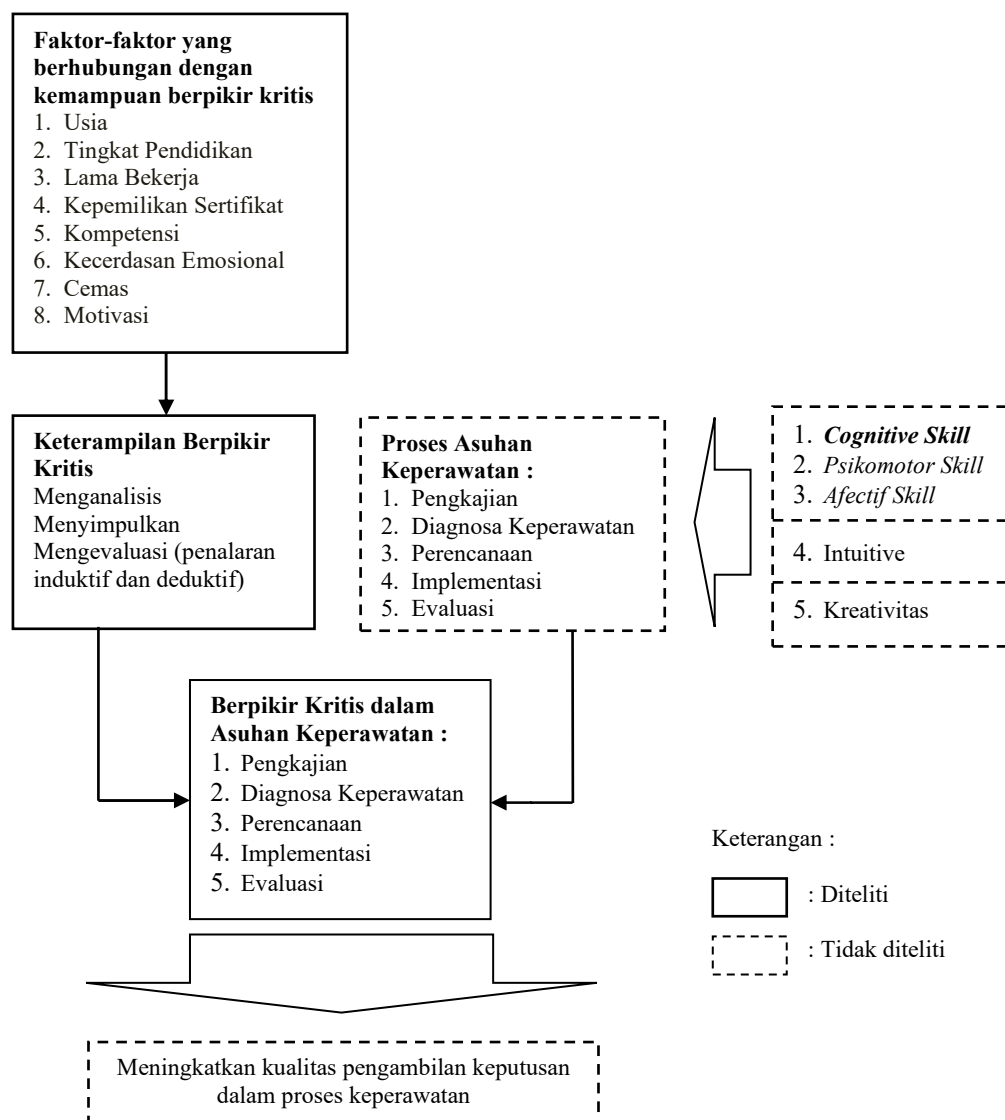
Tahap implementasi adalah tahap melaksanakan (atau mendelegasikan) dan mendokumentasikan intervensi keperawatan yang direncanakan. Tujuan dari tahap ini adalah untuk membantu klien untuk mencapai target/outcome yang diinginkan, meningkatkan derajat kesehatan, mencegah penyakit, mengembalikan status kesehatan, dan memfasilitasi perubahan fungsi coping. Kegiatan pada tahap implementasi

adalah menilai kembali klien untuk memperbarui database, menentukan kebutuhan perawat akan bantuan, melaksanakan intervensi keperawatan yang direncanakan, mengkomunikasikan aktivitas keperawatan yang diimplementasikan dengan cara mendokumentasikan asuhan dan repon klien terhadap asuhan yang diberikan serta memberikan laporan lisan jika diperlukan (Kozier et al, 2012).

5. Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap mengukur sejauh mana tujuan/hasil yang telah dicapai dan mengidentifikasi faktor-faktor yang positif atau negatif yang mempengaruhi pencapaian tujuan. Tujuan dari aktivitas ini adalah untuk menentukan apakah akan melanjutkan, memodifikasi, atau menghentikan rencana perawatan. Aktivitas pada tahap evaluasi yaitu berkolaborasi dengan klien dan mengumpulkan data terkait dengan hasil yang diinginkan, justifikasi apakah tujuan/hasil telah dicapai, mengkorelasikan tindakan keperawatan yang telah diberikan dengan *outcome* klien yang dicapai, membuat keputusan terhadap status masalah yang dihadapi, meninjau dan memodifikasi rencana perawatan seperti yang ditunjukkan atau menghentikan perawatan, mendokumentasikan pencapaian hasil dan modifikasi dari rencana perawatan (Kozier et al, 2012).

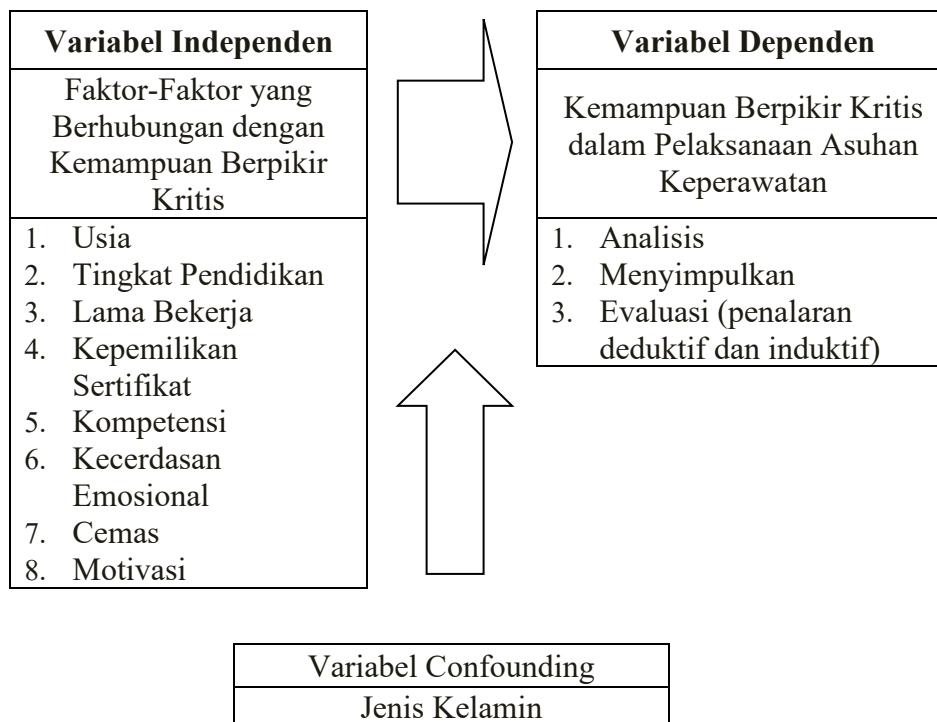
K. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori (Sumber : Alfaro-LeFevre, 2004; Wilkinson, 2007 dalam Kozier, et al, 2012; Facione & Facione, 1996; Ignatavicus & Workman, 2006)

L. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dibuat berdasarkan kerangka teori dengan variabel penelitian dan hubungan yang akan diteliti sebagai acuan penyusunan metode penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut.



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

M. Hipotesis

1. Ada hubungan antara usia dengan kemampuan berpikir kritis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
2. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kemampuan berpikir kritis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
3. Ada hubungan antara lama bekerja dengan kemampuan berpikir kritis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
4. Ada hubungan antara kepemilikan sertifikat dengan kemampuan berpikir kritis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
5. Ada hubungan antara kompetensi dengan kemampuan berpikir kritis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
6. Ada hubungan antara kecerdasan emosional dengan kemampuan berpikir kritis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan

7. Ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan kemampuan berpikir kritis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
8. Ada hubungan antara motivasi dengan kemampuan berpikir kritis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan