

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini, beberapa teori dan artikel penelitian akan ditampilkan. Informasi yang berkaitan dengan empat aspek diantaranya adalah

2.1. Gagal Jantung

2.1.1. Definisi

Gagal jantung adalah suatu sindrom klinis abnormal yang melibatkan ketidakadekuatan atau pengisian pompa pada jantung. Gagal jantung menyebabkan jantung tidak dapat memberikan suplai darah dalam memenuhi kebutuhan jaringan (Lewis, Dirksen, Heitkemper, & Bucher, 2014). Dalam praktik klinis, terdapat terminologi akut dan kronik yang menggantikan terminologi gagal jantung kongestif karena tidak semua gagal jantung melibatkan kongestif paru. Akan tetapi, terminologi gagal jantung kongestif masih sering digunakan (Urden, Stacy, & Lough, 2010). Gagal jantung berhubungan dengan sejumlah penyakit kardiovaskular terutama hipertensi, penyakit arteri koroner, dan infark miokard.

2.1.2. Insidensi

Secara global, insidensi gagal jantung diperkirakan sekitar 23 juta kasus baru setiap tahunnya dengan 4.6 juta kasus baru setiap tahunnya di Asia (Roger, 2013). Satu sampai dua juta kematian setiap tahunnya pada pasien dengan gagal jantung (Pagidipati & Gaziano, 2013).

Di regional Asia, prevalensi gagal jantung di India sebesar 1.3 sampai 4.6 juta dengan insidensi tahunan sebesar 0.5 sampai 1.8 juta. Selain itu juga, di China

angka insidensi gagal jantung sebesar 0.9%. Di Hongkong, angka insidensi gagal jantung mendekati 3 sampai 3.8/1000/tahun. Adanya peningkatan sebesar 10% kenaikan pada kejadian masuk rumah sakit dalam lima tahun terakhir (Sheldon, Roht, & Rui, 2012).

Gagal jantung di Indonesia masih menjadi permasalahan karena tingginya hospitalisasi dan kekambuhan. Angka mortalitas berada pada 6% - 12% dan angka kekambuhan sebesar 29% (Siswanto et al., 2010). Prevalensi penyakit gagal jantung tahun 2013 berdasarkan diagnosis dokter sebesar 0.3%. Gagal jantung termasuk satu dari dua belas data penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia. Prevalensi gagal jantung terlihat meningkat seiring peningkatan umur. Prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dan gejala tertinggi di Nusa Tenggara Timur (0.8%), diikuti Sulawesi Tengah (0.7%), sedangkan di Sumatera Utara sebesar 0.3% (Kemenkes, 2013).

2.1.3. Etiologi

Gagal jantung disebabkan oleh hipertensi sistemik dalam banyak kasus. Sekitar sepertiga pasien yang mengalami infark miokard juga berkembang menjadi gagal jantung. Penyebab umum lainnya adalah perubahan struktur jantung seperti disfungsi katup, khususnya stenosis pulmonal atau aorta, yang menyebabkan tekanan atau kelebihan beban volume pada jantung (Ignatavicius, 2013).

2.1.4. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala terjadi beberapa tipe dalam gagal jantung (sistolik, diastolik, atau keduanya) adalah sama dan tidak membantu dalam tipe gagal jantung. Tanda dan gejala gagal jantung dapat berhubungan dengan ventrikel yang

terkena. Gagal jantung kiri (gagal jantung ventrikel kiri) dapat menyebabkan tanda dan gejala yang berbeda dari ventrikel kanan. Manifestasi kardinal pada gagal jantung adalah sesak nafas dan keletihan dimana akan membatasi toleransi latihan, dan retensi cairan sehingga akan menyebabkan kongestif paru dan edema perifer (Betsy, 2013).

2.1.5. Patofisiologi

Sindrom gagal jantung merefleksikan ketidakmampuan otot jantung untuk berkontraksi dengan tekanan yang cukup mendorong volume darah masuk ke sirkulasi sistemik (disfungsi sistolik) atau untuk merelaksasikan untuk cukup adekuat mengisi oleh darah selama diastolik (disfungsi diastolik). Gagal jantung akan bermanifestasi sebagai koeksistensi pada kedua defisiensi. Pada hasil akhir, tanpa memperhatikan jenis disfungsi muncul sebagai penurunan volume stroke sehingga menurunkan tekanan CO, tekanan darah, dan penurunan perfusi jaringan (Foster & Prevost, 2012).

2.1.6. Pengobatan

Tujuan pengobatan pada pasien gagal jantung adalah mengurangi gejala pasien, terapi medis yang optimal, dan memperbaiki hemodinamik dan efek kompensasi neuroendokrin untuk mencegah morbiditas, mengurangi efek samping, menurunkan lama rawat, mencegah kebutuhan terapi mekanik, dan mencegah mortalitas (Hunt et al., 2009).

Intervensi tambahan pada pasien gagal jantung dimana manajemen akut masih sedikit. Intervensi kelas 1 pada pasien gagal jantung ialah pentingnya pengkajian awal terhadap status volume, perfusi sistemik, dan fungsi ventrikel kiri

sebagai identifikasi gagal jantung sebagai kasus baru atau lainnya (Kale & Fang, 2008).

Oksigen sebaiknya dimulai pada pasien dengan gejala hipoksia, terkadang pasien membutuhkan ventilasi mekanik untuk membantu fungsi pernapasan pada edema paru kardiogenik onset akut. Penggunaan oksimetri sangat rutin dilakukan di rumah sakit (Hunt et al., 2009).

2.2. Kualitas Asuhan Keperawatan

2.2.1. Definisi kualitas asuhan keperawatan

Kualitas dalam pelayanan kesehatan sulit untuk didefinisikan. Definisi kualitas saat diaplikasikan pada asuhan keperawatan bersifat multidimensional dan kompleks (Goldstone & Ball, 1984 dalam Lee, Hsu, & Chang, 2007). Kualitas sering dikaitkan dengan suatu tingkatan kesesuaian dengan standar yang ada. Kualitas juga diartikan sebagai karakteristik pada tempat dimana asuhan keperawatan diberikan sebagai proses dan aktivitas dimana perawat terlibat saat perawatan pasien (Chance, 1997 dalam Lee, Hsu, & Chang, 2007).

Kualitas telah didefinisikan sebagai karakteristik pelayanan yang berdampak pada kemampuan untuk memuaskan atau memenuhi kebutuhan pelanggan dan tujuan utama pada organisasi dalam sektor pelayanan kesehatan (Lageson, 2004). Kualitas pelayanan kesehatan telah digambarkan sebagai suatu kebutuhan dan pilihan, tidak menyebabkan kerusakan. Kualitas pelayanan kesehatan juga sebagai jenis perawatan yang meliputi tes medis dan prosedur yang

dibutuhkan dan tidak dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti umur, bahasa, warna, jenis kelamin, dan pendapatan (Ndambuki, 2013).

Kualitas asuhan keperawatan digambarkan sebagai kompetensi dan personal *caring* yang didukung oleh profesionalisme dan cara bertindak yang sesuai. Kualitas asuhan keperawatan dapat juga didefinisikan berbeda karena perbedaan definisi kelompok pasien, dimensi, dan prioritas di antara atribut (Izumi, Baggs, & Knafl, 2011). Kualitas asuhan keperawatan didefinisikan sebagai suatu kumpulan elemen berorientasi manusia, dan aktivitas berorientasi tugas, karakteristik staf, lingkungan, prekondisi dan perkembangan perawatan, dan kerja sama dengan sejawat lainnya (Kilpi, 1994 dalam Istomina, Razbadauskas, & Martinkenas, 2014).

Pasien menggambarkan kualitas sebagai aspek interpersonal *care*, bagaimana pasien dirawat, dan respon pemberi pelayanan terhadap kebutuhan pasien (Stichler & Weiss, 2001). Aplikasi tingkat profesionalisme dan keterampilan yang tinggi dalam perawatan pasien dapat membawa pada pencapaian kualitas asuhan keperawatan yang maksimal. Implikasi praktik keperawatan seperti pendidikan kesehatan pre operasi, administrasi medikal, dan pengkajian pasien dapat digambarkan sebagai kualitas asuhan keperawatan (Radwin, Alster, & Rubin, 2003).

Kualitas asuhan keperawatan yang baik mempunyai banyak variasi. Sebagai contoh, pasien kanker digambarkan atribut kualitas asuhan keperawatan yang tinggi berkontribusi pada rasa sejahtera. Atribut tersebut diantaranya individualisasi, pengetahuan professional, kordinasi, kerjasama, dan *caring*. Untuk memberikan

kualitas asuhan keperawatan yang tinggi, perawat diharapkan pasien menjadi baik, penuh harapan, sopan, memahami, dan berkompeten (Wysong & Driver, 2009).

Kunaviktikul et al. (2001) mendefinisikan kualitas asuhan keperawatan sebagai derajat antara kebutuhan fisik dan psikologis pasien untuk bertemu dimana akan menciptakan kepuasan pasien dan perawat. Tafreshi, Pazargadi, dan Saeedi (2007) mendefinisikan kualitas asuhan keperawatan sebagai pemberian asuhan keperawatan yang aman berdasarkan standar perawatan yang menghasilkan kepuasan pasien.

2.2.2. Pengukuran kualitas asuhan keperawatan

Beberapa instrumen penelitian tentang kualitas asuhan keperawatan di rumah sakit diantaranya *The Good Nursing Care Scale (GNCS)*, *Service Quality Scale (SERVQUAL)*, *The Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version (PAQS-ACV)*, *Orthopedic Nursing Care Quality Monitor Tools*, dan *The Oncology Patients Perception of the Quality of Nursing Care Scale (OPPQNCS)*.

Instrumen *The Good Nursing Care Scale (GNCS)* merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Leino-Kilpi (1990) dan digunakan untuk mengidentifikasi kualitas asuhan keperawatan. Instrumen tersebut terdiri dari lima kategori, seperti karakteristik staf, aktivitas, kondisi sebelum perawatan, lingkungan, dan peningkatan proses keperawatan dengan *rating 5 point* skala likert dari sangat tidak setuju (1) ke sangat setuju (5). Instrumen ini terdiri dari 54 item. Uji validitas isi untuk pasien adalah 0.91. Uji reliabilitas dengan koefisien *Cronbach's alpha*. Berdasarkan pada nilai *alpha*, konsistensi internal dalam tujuh subkategori berada pada 0.71-0.86 (Leinonen, Kilpi, Stahlberg, & Lertola, 2001).

Service Quality Scale (SERVQUAL) yang dikembangkan oleh Parasuraman et al. (1985) juga dapat digunakan dalam menilai kualitas asuhan keperawatan. Instrumen ini terdiri dari lima dimensi seperti *Tangibility*, *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance*, dan *Empathy*. SERVQUAL terdiri dari 22 item tentang persepsi kualitas asuhan keperawatan dengan *rating 5 point* skala likert dari sangat tidak setuju (1) ke sangat setuju (5). SERVQUAL telah divalidasi dengan lima ahli dimana indeks validitas isi sebesar 0.82. Selain itu juga, dilakukan *pilot study* pada 20 perawat dan 20 pasien dalam menilai reliabilitasnya. Pada koefisien *Cronbach's alpha* SERVQUAL *scale* pada perawat sebesar 0.92 dan pada pasien sebesar 0.88 (Nashrath, Akkadechanunt, & Chontawan, 2011).

The Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version (PAQS-ACV) merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Lynn dan Sidani (1990) dimana memberikan suatu cara dimana pasien dapat menilai asuhan keperawatan yang diterimanya. Instrumen ini terdiri dari 44 item tentang kualitas asuhan keperawatan dengan 4 *point* skala likert dari sangat buruk (1) ke sangat baik (4). Instrumen ini juga terdiri dari lima faktor diantaranya individualisasi, karakter perawat, *caring*, lingkungan, dan respon. Konsistensi internal berada di atas 0.83 pada empat dari lima faktor, dengan faktor kelima sebesar 0.68. Tes reliabilitas berada pada rentang 0.58 sampai 0.71. Validitas isi dan konstruk telah diuji hubungannya antara skor instrumen PAQS-ACV dengan kepatuhan pasien (Lynn, McMillen & Sidani, 2007).

Orthopedic Nursing Care Quality Monitor Tools merupakan instrumen yang dikembangkan dari modifikasi Hsu et al. (2002) *orthopaedic nursing care*

quality evaluation tools. Instrumen digunakan sebagai panduan bagi staf keperawatan untuk mengkaji kondisi fisiologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual pada pasien *orthopaedic* dan mempromosikan integritas dan standar kualitas yang tinggi pada asuhan keperawatan pasien *orthopaedic*. Instrumen tersebut terdiri dari empat kategori diantaranya rencana asuhan keperawatan, kebutuhan fisik pasien, kebutuhan psiko-sosial-kultural-spiritual pasien, dan pencapaian tujuan asuhan keperawatan. Instrumen terdiri dari 24 item. Validitas isi dilakukan dengan lima *experts*. Uji reliabilitas sebesar 0.98 (Lee, Hsu, & Chang, 2007).

The Oncology Patients Perception of the Quality of Nursing Care Scale (OPPQNCS) merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Radwin (2000). Instrumen ini digunakan untuk mengukur persepsi pasien terhadap kualitas asuhan keperawatan dengan kanker. Instrumen terdiri dari empat dimensi diantaranya cepat tanggap, kemandirian, kordinasi, dan keahlian dengan 18 item. Instrumen mempunyai empat skala likert dari tidak sesuai (1) ke sangat sesuai (4). Uji validitas isi sebesar 0.78. Nilai reliabilitas koefisien *alpha* total adalah 0.97 (Radwin, Alster, & Rubin, 2003).

2.2.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan

Beberapa faktor yang berhubungan dengan kualitas asuhan keperawatan diantaranya faktor demografi misalnya pendidikan ($p=0.02$) (Eizenberg, 2011), jenis kelamin ($p=0.00$) (Suhonen et al., 2012), usia (*Spearman rho*=0.16) (Istomina, Razbadaukas, & Martinkenas, 2014), lama rawat ($p=0.00$) (Mufti, Qadri, Tabish, Mufti, & Riyaz, 2008), faktor yang berhubungan dengan pekerjaan seperti waktu

kerja, beban kerja, penempatan kerja, dan jumlah personel perawat (Aiken, Sloane, Bruyneel, Heede, & Sermeus, 2013). Jenis rumah sakit dan karakteristik ruangan juga mempunyai dampak pada kualitas asuhan keperawatan (Cho et al., 2009). Selain itu juga lingkungan telah mempunyai elemen yang signifikan pada kualitas asuhan keperawatan dari perspektif pasien (Izumi, Baggs, & Knafl, 2011).

2.3. Landasan Teori

2.3.1. Model *caring*

Model *caring* Watson dipertimbangkan sebagai dasar filosofi, moral, dan etik pada keperawatan yang berhubungan dengan profesi dan keilmuannya. Model ini memberikan suatu kerangka kerja, dimana pusat fenomena, seni, ilmu, humanitas, dan spiritual masuk ke dalam praktik keperawatan. Model ini menekankan tujuan keperawatan dalam mempromosikan individu untuk keseimbangan pikiran-tubuh-jiwa melalui pengetahuan, pemulihan, dan perawatan diri (Kathleen, 2011).

Ada beberapa hasil penelitian dimana menguji teori *caring* Watson. Baik dengan metode penelitian kuantitatif maupun kualitatif. Pipe, Kelly, Lebrun, Artherton, dan Robinson (2008) menggunakan metode deskriptif untuk menggali hubungan harapan, kesejahteraan spiritual, dan kualitas hidup pada pasien yang sedang dirawat. Delaney dan Barrere (2008) meneliti tentang pengaruh intervensi spiritual terhadap psikososial pada pasien jantung. Persky, Nelson, Watson, dan Bent (2008) menguji karakteristik *caritas* perawat dan efektivitas praktik dalam modelnya.

Teori Watson bekerja sebagai teori *Human Caring* dan ilmu beserta seni *Human Caring* yang sudah diaplikasikan pada berbagai tempat praktik keperawatan. Brockopp et al. (2011) menjelaskan suatu penelitian dimana mempraktikkan model praktik dengan menggunakan teori *caring* Watson. 10 faktor *carative* dijelaskan dalam memberikan suatu kerangka kerja pada aktivitas keperawatan di rumah sakit. Lukose (2011) mengembangkan suatu model praktik dengan teori *caring* Watson yang dapat digunakan perawat pendidik dalam mengajarkan kepada staf perawat dan mahasiswa.

2.3.2. Faktor *carative* Watson

Untuk memandu tujuan keperawatan, faktor *carative* dan proses *caritas* dikembangkan sebagai inti *caring* dalam penilaiannya. Sepuluh faktor *carative* Watson yang menunjuk sebagai intervensi teori (Watson, 2008). Faktor tersebut meliputi: 1) Pembentukan sistem nilai humanistik. Nilai ini merupakan faktor dasar *caring* yang meliputi bersahabat, empati, fokus, dan mencintai diri sendiri dan orang lain, 2) Kepercayaan-harapan. Kepercayaan dan harapan adalah faktor penting pada kesehatan. Perawat sebaiknya menjaga, mendorong, dan menghormati keyakinan dan harapan dan percaya kepada pasien, 3) Pengembangan sensitivitas pada diri sendiri dan orang lain. Sensitivitas kepada diri sendiri dan lainnya, mengembangkan dan mengenal perasaan. Perawat sebaiknya peduli pada kenyamanan, pemulihan, kesejahteraan, dan lebih sensitif pada kebutuhan lain, 4) Pengembangan rasa saling percaya dan hubungan *caring*. Untuk menjamin martabat manusia dan menjaga humanitas, perawat sebaiknya membentuk kesatuan dengan jiwa pasien, 5) Promosi dan penerimaan ekspresi pada perasaan positif dan

negatif. Mempromosikan dan menerima ekspresi positif dan negatif sebagai pemulihan. Melalui mendengar dan menjadi pasien, pikirannya, perilaku, dan pengalaman adalah pengakuan, 6) Menggunakan suatu pemecahan masalah yang kreatif. Untuk membantu pasien membuat keputusan efisien dan efektif serta kreatif, proses *caring* pemecahan masalah individu dipertimbangkan sebagai komponen penting dalam ilmu keperawatan. Perawat sebaiknya menggunakan semua pengetahuan, keterampilan, empirisme, insting, dan intuisinya, 7) Melakukan pengajaran transpersonal. Selanjutnya, faktor *carative* pembelajaran transpersonal yang melibatkan hubungan *caring* sebagai peran pelatihan, lebih dari peran pemberian informasi, perawat mencari pekerjaan dari informasi pasien dan memahami dan signifikan informasi yang disediakan untuk pasien, 8) Memberikan suatu lingkungan yang mendukung, melindungi, dan perbaikan mental, fisik, sosial, dan spiritual. Untuk mempromosikan kualitas pelayanan dan pemulihan, dukungan, perlindungan, dan mental korektif, fisik, sosial, dan lingkungan spiritual yang diakui sebagai dukungan konvensional dengan melibatkan kenyamanan, privasi, keamanan, kebersihan, dan lingkungan estetika, 9) Membantu memenuhi kebutuhan dasar dengan kepuasan. Selain itu, untuk memberikan perawatan holistik membantu dengan kepuasan, tidak hanya kebutuhan fisik tetapi juga kebutuhan psikologis-spiritual ketika menjaga martabat manusia dikenal sebagai kebutuhan, dan 10) Mengizinkan kekuatan eksistensial-fenomenologi-spiritual. Faktor *carative* terakhir mengizinkan fenomena yang tidak dikenal, mitos, filosofi, kepercayaan budaya, aspek metafisik perawat, pasien, dan keluarganya menyesuaikan dalam makna spiritual dalam mengizinkan pengobatan dan pemulihan.

2.3.3. Aplikasi faktor *carative* (*Caritas Processes*)

Dalam menerjemahkan faktor *carative*, Watson (2008) membuat *Caritas Processes* berdasarkan 10 faktor *carative*. Diantaranya adalah 1) Mempraktikkan cinta-kebaikan, ketenangan diri dan lainnya. Ini menghadirkan sentuhan, latihan, dan meditasi. Misalnya mengetahui bahwa pasien sebagai individu, menghormati keinginan pasien, mementingkan kepentingan pasien, sopan pada pasien dan keluarga, jujur kepada pasien, dan memahami apa yang dirasakan pasien, 2) Hadir, mempertahankan dan menghormati kepercayaan dan harapan pasien. Perawat tidak bisa mengabaikan pentingnya harapan dan kepercayaan berperan dalam kehidupan manusia terutama dihadapkan dengan krisis penyakit, sakit, kehilangan, stres, putus asa, kesedihan, trauma, kematian, dan sebagainya. Misalnya perawat mengklarifikasi keraguan, memberikan dukungan emosional, melakukan perawatan lanjutan, dan menghormati pasien yang lebih tua, 3) Sensitif pada diri dan orang lain. Jika perawat tidak peka terhadap dirinya akan sulit peka terhadap orang lain. Ketika perawat menutup hati pada orang lain akan membuatnya tidak peka terhadap pasien yang membutuhkan perhatian, kasih sayang, dan sensitivitas. Misalnya perawat mengetahui apa yang penting, dapat mengantisipasi kebutuhan pasien, menjelaskan prosedur, tidak membicarakan masalah pribadi bersama pasien, mendengarkan pasien, memberikan kenyamanan pasien, dan sabar menghadapi pasien, 4) Membantu dan mengembangkan hubungan saling percaya. Hubungan saling percaya menjadi salah satu faktor internal dalam pemulihan. Misalnya menjawab panggilan pasien dengan segera, menurunkan kecemasan pasien, tetap sabar menghadapi pasien, memanggil nama pasien dengan namanya,

menghargai apa yang diceritakan pasien, berbicara dengan jelas, dan suara yang bersahabat, 5) Ada bersama pasien, mendukung ekspresi perasaan positif, dan negatif. Ini akan meningkatkan kepercayaan dan peduli. Misalnya menghargai apa yang diceritakan pasien, memahami apa yang dialami pasien, dan mengenal kebutuhan pasien, 6) Perawat menggunakan proses pemecahan masalah yang kreatif. Keperawatan professional melibatkan logika yang sistematis, imajinasi, dan kreativitas. Misalnya fleksibel saat perawatan pasien, membantu pasien beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit, mengetahui cara pemberian injeksi, dan melibatkan pasien dalam rencana perawatan, 7) Memberikan pengajaran dan pendidikan transpersonal. Pengajaran lebih dari menerima informasi, fakta, dan data. Ini melibatkan penuh makna, hubungan saling percaya, dan pengajaran yang mempengaruhi proses *caring*. Misalnya perawat menjelaskan istilah yang sederhana, menjelaskan perawatan di rumah, menjawab pertanyaan dengan jelas, dan menjelaskan pasien memahami penyakit dan pengobatan, 8) Perawat menciptakan lingkungan pemulihan di rumah sakit. Kenyamanan dapat mengukur lingkungan internal dan eksternal pasien. Misalnya melakukan tugas keperawatan dengan baik, memantau perawatan yang diberikan, memungkinkan pasien untuk mandiri, membantu pasien merasa seperti di rumah, dan mengutamakan kepentingan pasien, 9) Perawat membantu dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien. Misalnya sabar memberikan makan pada pasien, memberikan kenyamanan, *gentle* terhadap pasien, memberikan dukungan dengan aktivitas fisik, memantau keamanan pada pasien, memantau pasien secara berkelanjutan, dan menyesuaikan dengan keterbatasan pasien, 10) Perawat meningkatkan kebutuhan spiritual pada

pasien. Proses ini memberikan kekuatan spiritual berdasarkan pengalaman yang tidak dapat dijelaskan. Misalnya mengizinkan pasien membawa peralatan ibadah, mengizinkan pasien untuk berdoa, membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan spiritual, dan menghargai pasien sebagai individu yang unik.

2.3.4. Perilaku *caring* perawat

Ketertarikan profesional keperawatan dalam perilaku *caring* perawat telah dimulai sejak era Nightingale (Patiraki et al, 2014). Selama 25 tahun, sejumlah penelitian telah berfokus pada identifikasi perilaku *caring* yang spesifik dari perspektif pasien. Kategori perilaku *caring* teridentifikasi terbanyak adalah afektif dan instrumental (Wilkin & Slevin, 2004). Pemahaman pasien yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat merupakan suatu hal yang penting dalam memperbaiki asuhan keperawatan. Umur ($p=0.00$), jenis kelamin ($p=0.00$), tingkat pendidikan ($p=0.00$), dan jenis perawatan ($p=0.00$) merupakan karakteristik pasien yang berkaitan dengan persepsi perilaku *caring* (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002).

Caring adalah proses dimana perawat menjadi responsif terhadap orang lain sebagai individu yang unik, merasakan perasaannya, dan menetapkan individu sebagai bagian yang terpisah. Sedangkan perilaku *caring* perawat merujuk kepada hal-hal dimana perawat berkata atau bertindak dalam komunikasi dengan *caring* pada pasien (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002).

Caring menjadi suatu kebutuhan yang bermakna berdasarkan kesesuaian bersama antara perawat dan pasien pada perilaku *caring* perawat (Zamanzadeh, Azimzadeh, Rahmani, & Valizadeh, 2010). Banyak peneliti menegaskan ada 2 aspek *caring*, perilaku yang ekspresif dan aktivitas keperawatan. Aspek ekspresif

dalam perawatan melibatkan pemberian dukungan emosional pada pasien dengan menawarkan kepedulian, kepercayaan, harapan, dan kehangatan emosional. Aspek aktivitas pada perawatan merujuk pada aktivitas inti, seperti memandikan pasien di tempat tidur dan memberikan informasi medis dan keperawatan yang akan meningkatkan kenyamanan fisik dan koping kognitif (Watson, 2008).

2.3.5. Pengukuran perilaku *caring* perawat

Beberapa instrumen penelitian tentang perilaku *caring* perawat di rumah sakit diantaranya *The Caring Behavioral Assessment Tools (CBA)*, *The Caring Assessment Report Evaluation Q (CARE-Q)*, dan *The Caring Behaviors Inventory (CBI-24)*.

Caring Behavior Assessment tool (CBA) merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Cronin dan Harrison (1988) untuk mengukur pentingnya perilaku *caring*. Ini terdiri dari 63 item tentang pentingnya perilaku *caring* dengan *rating 5 point* skala likert dari sangat tidak penting perilaku *caring* (1) ke sangat penting perilaku *caring* (5). Instrumen terdiri dari 7 kategori diantaranya humanistik/sensitivitas, rasa percaya, ekspresi positif dan negatif, pembelajaran, perilaku protektif, pemenuhan kebutuhan dasar, dan dimensi fenomenologi. Uji validitas isi diuji pada empat *experts*. The CBA mempunyai konsistensi internal Cronbach's *alpha* diperkirakan dari 0.66 sampai 0.90 pada tujuh pengukuran pada penelitian dimana hasil konsistensi internal dilaporkan (Balsdottir & Jonsdottir, 2002). *The Caring Assessment Report Evaluation-Questionnaire (CARE-Q)* dikembangkan oleh Larson (1984) dan digunakan untuk mengukur persepsi perawat terhadap pentingnya perilaku *caring*. Instrumen ini terdiri dari 50 item

tentang perilaku perawat dengan 7 *point* skala likert dari sangat tidak penting (1) ke sangat penting (7). Instrumen ini terdiri dari 7 kategori diantaranya pencapaian, penjelasan dan fasilitas, kenyamanan, antisipasi, hubungan saling percaya, dan pemantauan. Validitas isi dilakukan pada satu *expert*. Penelitian utama mengindikasikan kuesioner CARE-Q menunjukkan konsistensi internal yang tepat. Analisis data pada pasien menunjukkan nilai total *Cronbach's* alpanya 0.95 (Tuckett, Hughes, Schluter, & Turner, 2008).

Caring Behavior Inventory (Wu et al., 2006) telah menjadi paling banyak digunakan dengan bahasa variasi. CBI terdiri 42 item (dan direvisi CBI (Wu et al., 2006) 24 item) kalimat positif dan negatif tentang perilaku *caring* dengan *rating* 6 *point* skala likert dari tidak pernah (1) ke selalu (6). Instrumen terdiri dari 4 dimensi diantaranya jaminan, pengetahuan dan keterampilan, penuh hormat, dan keterhubungan. Validitas isi pada instrumen sebesar 0.96. Konsistensi internal pada instrumen pada setiap item antara 0.84 sampai 0.96 pada 4 *subscale*.

2.3.6. Teori pembelajaran perilaku

Teori perilaku pertama kali dikenal dan digunakan dalam pendidikan. Behaviorisme berfokus pada observasi langsung pada orang yang diajarkan. Sebagian besar berdasarkan pada Ivan Pavlov dan Edward Thorndike yang meneliti bagaimana manusia dan hewan belajar dan cara kerjanya yang telah menjadi dasar bagi psikologis perilaku (Olson & Hergenhahn, 2004). Dalam teori perilaku, perilaku (respons) ditunjukkan sebagai hasil stimulus. Teori pembelajaran perilaku dikembangkan dari perspektif ini yang mengarah pada model pembelajaran stimulus-respons (S-R). Beberapa ahli teori perilaku diantaranya Thorndike

(keterhubungan), Pavlov (kondisi klasik), Skinner (kondisi opan), Watson (behaviorisme), dan Hull (penguatan).

Prinsip teori perilaku secara luas telah digunakan oleh perawat, perawat pendidik, dan pengembang staf. Penggunaan teori perilaku mendorong perkembangan perilaku dan metode dalam menilai keinginan berperilaku. Ini bekerja dengan baik pada banyak keterampilan psikomotor dimana harus ditunjukkan pada perawat dan pasien. Teori perilaku juga mempunyai kelemahan, karena pembelajar mengasumsikan mempunyai peran yang pasif dan kemungkinan perilaku yang lama akan kembali sesudah keluar dari struktur dan lingkungan yang terkontrol berdasarkan metode pembelajaran. Dengan kata lain, tanpa komponen afektif dan kognitif dari pembelajaran, tidak akan dapat mengubah pikiran atau sikap pembelajar. Setelah kembali pada lingkungan yang lama dan *reward* pada perilaku yang tidak menyenangkan, kesempatan sangat tinggi untuk kembali pada perilaku yang lama. Banyak pertanyaan tentang teknik perilaku yang mampu menciptakan perubahan perilaku yang permanen (McEwen & Wills, 2014).

Salah satu teori perilaku yang telah digunakan di pendidikan adalah teori Hull. Teori tersebut berdasarkan teori Thorndike dimana penguatan sebagai karakteristik utama dalam pembelajaran. Penguatan adalah konsekuensi dalam suatu perilaku sehingga membuat perilaku menjadi terulang kembali. Penguatan dapat dilakukan dengan berbagai cara dari senyum sederhana sampai terapi *aversion*. Lally, Jaarsveld, Potts, dan Wardle (2010) dalam penelitiannya menggunakan teori Hull mengatakan waktu yang diperlukan untuk terjadinya perilaku sekitar 18 sampai 254 hari.

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini berdasarkan *literature review* yang berhubungan dengan 10 faktor *carative* (Watson, 2008) dan dimensi kualitas asuhan keperawatan (Leinonen, Kilpi, Stahlberg, & Lertola, 2001).

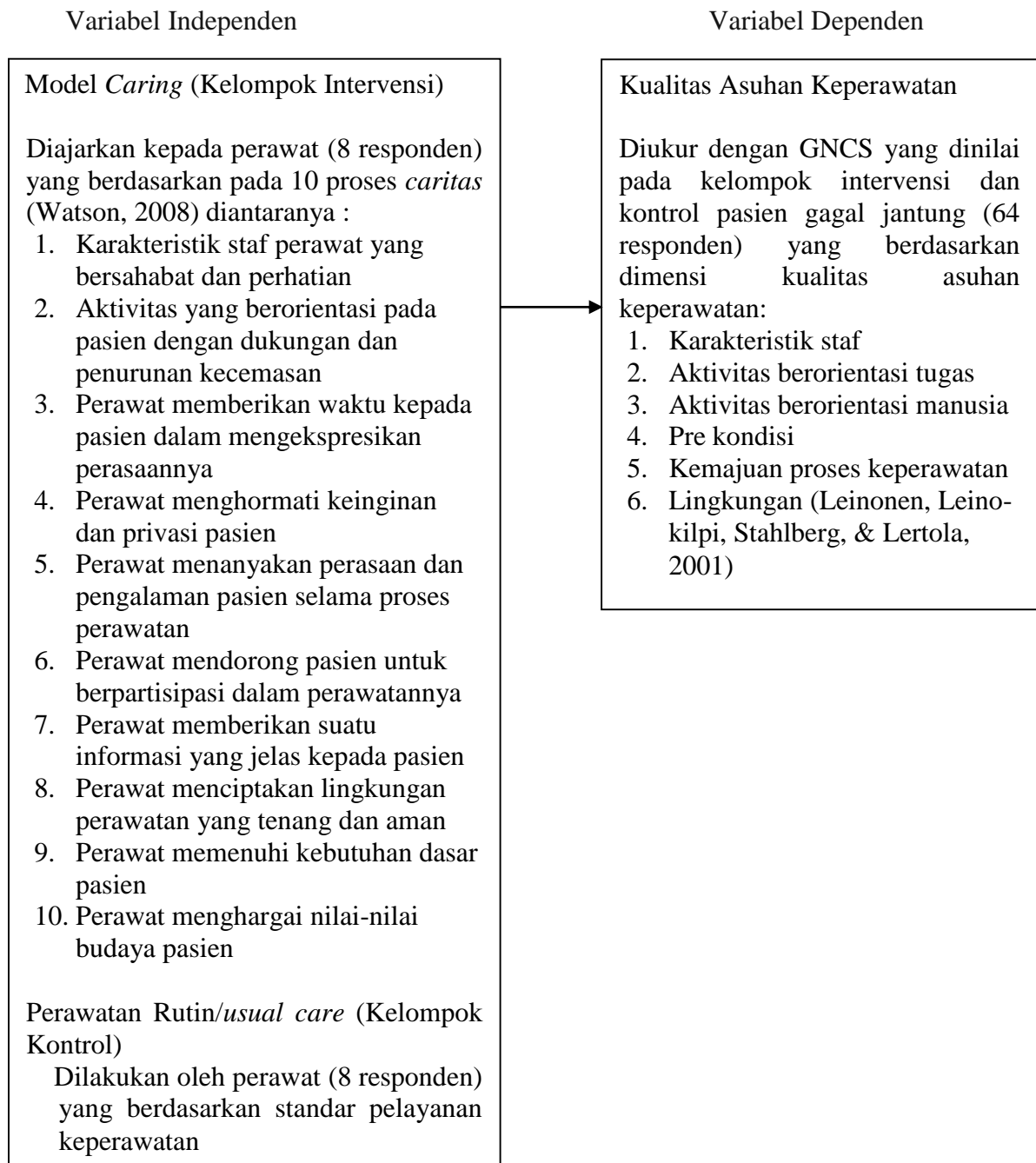
Model *caring* tersebut didefinisikan sebagai kerangka dasar bagi pelaksanaan asuhan keperawatan berlandaskan *caring* pada pasien gagal jantung. 10 faktor *carative* Watson meliputi: 1) Pembentukan sistem nilai humanistik, 2) Kepercayaan – harapan, 3) Pengembangan sensitivitas pada diri sendiri dan orang lain, 4) Pengembangan rasa saling percaya, hubungan *caring*, 5) Promosi dan penerimaan ekspresi pada perasaan positif dan negatif, 6) Menggunakan suatu pemecahan masalah yang kreatif, 7) Melakukan pengajaran transpersonal, 8) Memberikan suatu lingkungan yang mendukung, melindungi, dan perbaikan mental, fisik, sosial, dan spiritual, 9) Membantu memenuhi kebutuhan dasar dengan kepuasan, dan 10) Mengizinkan kekuatan eksistensial-fenomenologi-spiritual.

Kualitas asuhan keperawatan dalam penelitian ini berfokus pada pelayanan perawat dan pasien. Leinonen, Kilpi, Stahlberg, dan Lertola (2001) mengatakan bahwa ada 6 dimensi pengukuran kualitas diantaranya 1) Karakteristik staf, 2) Aktivitas yang berhubungan dengan tugas, 3) Aktivitas yang berhubungan dengan manusia, 4) Pre kondisi, 5) Kemajuan proses keperawatan, dan 6) Lingkungan. Kerangka konsep dalam penelitian ini akan ditunjukkan pada skema 2.1.

Berdasarkan studi yang sudah didapatkan sebelumnya bahwa teori *caring* Watson sudah digunakan dalam berbagai desain, jenis, dan berbagai negara. Erci et al. (2003) menggunakan teori *caring* Watson dengan desain eksperimen pada

pasien hipertensi di Turki. Schmock, Breckenridge, dan Benedict (2009) juga menggunakan teori *caring* Watson dengan desain quasi-eksperimen pasien yang menjalani pembedahan di Amerika Serikat. Suliman, Welmann, Omer, dan Thomas (2009) menggunakan teori Watson dalam desain deskriptif korelasi pada semua pasien di ruang rawat dan bedah di Arab Saudi.

Banyak penelitian telah menggunakan teori *Good Nursing Care* yang dikembangkan oleh Leino-kilpi pada berbagai desain, jenis, dan negara. Teori tersebut mengembangkan instrumen GNCS dalam mengukur kualitas asuhan keperawatan. Zhao dan Akkadechanunt (2011) menggunakan instrumen GNCS dengan desain deskriptif eksploratif pada semua pasien di ruang rawat dan pembedahan di China. Istomina, Razbadauskas, dan Martinkenas (2008) dengan desain deskriptif eksploratif pada pasien bedah di Lithuania.



Skema 2.1 Kerangka Konsep Penelitian