

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

Desain quasi-eksperimen digunakan untuk menguji efektivitas model *caring* terhadap kualitas asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung. Dalam bab ini, serangkaian metodologi diaplikasikan meliputi jenis penelitian, lokasi dan waktu penelitian, populasi dan sampel, metode pengumpulan data, variabel dan definisi operasional, metode pengukuran, metode analisa data, dan pertimbangan etik.

#### **3.1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah quasi-eksperimental dengan *post-test only* pada dua kelompok dimana kelompok intervensi diberikan perlakuan untuk menilai efek setelahnya (Polit & Beck, 2012). Alasan dilakukannya *post-test only* adalah karena lama rawat lebih singkat dibandingkan waktu diberikannya intervensi. Dalam penelitian quasi-eksperimen, peneliti dengan aktif memberikan intervensi atau perawatan. Tujuannya adalah dapat mengidentifikasi suatu identitas intervensi pada kelompok intervensi (Polit & Beck, 2012). Selain itu juga, penelitian quasi-eksperimen menciptakan suatu bukti penelitian yang kuat dalam praktik keperawatan. Burns dan Grove (2010) mengatakan bahwa penelitian quasi-eksperimen merupakan suatu penelitian yang objektif, sistematis, dan terkontrol serta bertujuan untuk memprediksi dan mengontrol suatu fenomena dalam praktik keperawatan.

Tabel 3.1.

***Design Two Groups Post-Test Only***

Jenis kelompok	<i>Treatment</i>	<i>Post test</i>
Kelompok intervensi	X	O <sub>1</sub>
Kelompok kontrol		O <sub>1</sub>

**3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di ruang inap kardio lantai 4 Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Ada sejumlah alasan rumah sakit tersebut menjadi tempat penelitian ini. Rumah Sakit Adam Malik adalah salah satu rumah sakit pemerintah dan sebagai rumah sakit rujukan di kota Medan. Selain itu juga, sebagai salah satu rumah sakit pendidikan bagi mahasiswa kedokteran dan keperawatan. Penelitian ini dilakukan pada 10 Juli sampai 10 Oktober 2015.

**3.3. Populasi dan Sampel**

Target populasi dalam penelitian ini adalah pasien gagal jantung dan perawat pelaksana dimana perawat dalam pengambilan sampel dengan *total sampling* karena jumlah populasi perawat pelaksana di ruangan inap kardio 16 orang dimana pada kelompok intervensi sebanyak 8 perawat dan kelompok kontrol sebanyak 8 perawat. Perawat pelaksana yang telah menjadi responden peneliti secara tidak acak (*non randomly*) dibagi menjadi dua kelompok: satu kelompok intervensi dan satu kelompok kontrol. Peneliti membagi 4 tim perawat menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Alasan peneliti melakukan non randomisasi pada penentuan kelompok responden adalah karena kelas rawatan pasien berbeda diantara 4 tim perawat. Untuk populasi pasien gagal

jantung dengan pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Jumlah populasi pasien gagal jantung tahun 2014 sebesar 831 orang. Besar sampel pasien jantung dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan tabel *power analysis*. Dalam penelitian ini ditetapkan derajat ketetapan ( $\alpha$ ) untuk memperkirakan besar sampel adalah 0.05, dengan *power* ( $1-\beta$ ) sebesar 0.80, *effect size* sebesar 0.70. Nilai  $\alpha$  dan  $1-\beta$  merupakan nilai standar dalam penelitian keperawatan (Polit & Beck, 2012). Berdasarkan penelitian sebelumnya Erci et al. (2003) didapatkan nilai  $\mu_1 = 21.09$  dan  $\mu_2=18.38$  dimana rata-rata  $SD_1=5.49$  dan  $SD_2=2.25$ , berdasarkan rumus  $d = \mu_1 - \mu_2 / SD$ . Berdasarkan hasil perhitungan tersebut didapatkan *effect size* sebesar 0.70. Sehingga besar sampel pasien jantung untuk setiap kelompok dalam penelitian ini adalah 32 orang. Jadi, total besar sampel pasien gagal jantung sebesar 64 orang dengan 32 pasien pada kelompok intervensi dan 32 pasien pada kelompok kontrol. Pasien gagal jantung yang telah menjadi responden peneliti secara tidak acak (*non randomly*) dibagi menjadi dua kelompok: satu kelompok intervensi dan satu kelompok kontrol.

*Purposive sampling* digunakan untuk menentukan sampel yang berkualifikasi untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Pemilihan sampel dilakukan tanpa menggunakan randomisasi (*non probability sampling*) (Polit & Beck, 2012).

Validitas internal adalah sejauh mana hubungan kausal antar variabel dapat mempengaruhi dan juga dipengaruhi oleh komposisi dari sampel dapat berupa: usia, jenis kelamin, pengalaman kerja, dan pendidikan (Polit & Beck, 2012). Validitas eksternal merupakan generalisasi dari hasil yang secara jelas dipengaruhi oleh

keputusan pengambilan sampel diantaranya. Kriteria inklusi pada pasien gagal jantung diantaranya: 1) Pasien terdiagnosa gagal jantung, 2) Umur berada di atas atau sama dengan 18 tahun, 3) Pasien berada dalam keadaan sadar penuh (GCS=15), orientasi baik, dan dapat berkomunikasi verbal, 4) Telah dirawat minimal selama 3 hari, dan 5) Tidak mempunyai komplikasi berat seperti infeksi, distress atau kegagalan pernapasan. Untuk sampel perawat, tidak ada kriteria inklusi karena teknik pengambilan sampelnya *total sampling*.

### **3.4. Metode Pengumpulan Data**

Pengumpulan data terdiri dalam 2 tahap yaitu tahap persiapan dan intervensi.

#### **3.4.1. Tahap persiapan**

Pengumpulan data dimulai setelah proposal tesis disetujui oleh Komisi Etik Fakultas Keperawatan, Universitas Sumatera Utara. Izin juga didapatkan dari direktur Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik untuk pengumpulan data. Peneliti menginformasikan pada kepala dan staf perawat tentang tujuan dari penelitian, protokol dalam pengumpulan data dan kerangka kerja dalam penelitian.

#### **3.4.2. Tahap intervensi**

Pada kelompok intervensi, Subjek (perawat pelaksana) diundang berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti membangun kepercayaan dan hubungan yang baik terhadap responden. Peneliti kemudian menjelaskan kepada responden, prosedur kegiatan penelitian, pertimbangan etik, dan hasil yang diharapkan dalam penelitian. Ketika responden setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini,

peneliti memberikan lembar persetujuan untuk ditandatangani, dan responden mengisi lembar data demografi.

Peneliti menjelaskan model *caring* yang sudah divalidasi sebelumnya untuk dijelaskan kepada perawat di ruangan. Kemudian peneliti memberikan edukasi kepada perawat tentang *caring* dan memberikan modul *caring* pada setiap perawat. Setelah itu perawat di ruangan diminta untuk mempraktikkannya kepada pasien selama pasien dirawat sampai pasien pulang. Edukasi yang diberikan berlangsung selama 1 bulan (4 minggu). Dua minggu kemudian, pasien gagal jantung yang sesuai dengan kriteria inklusi diberikan instrumen penelitian yang terdiri dari kuesioner data demografi, instrumen tentang perilaku *caring* dan kualitas asuhan keperawatan.

Pada kelompok kontrol, responden (perawat pelaksana) memberikan perawatan rutin kepada pasien gagal jantung yang juga sebagai kelompok kontrol peneliti. Setelah 1 bulan (4 minggu), peneliti memberikan instrumen penelitian yang terdiri dari kuesioner data demografi, instrumen tentang perilaku *caring* dan kualitas asuhan keperawatan kepada responden (pasien gagal jantung). Proses pengumpulan data ini ditunjukkan pada tabel 3.5.

### **3.5. Variabel dan Definisi Operasional**

Model *caring* adalah suatu pendekatan keperawatan yang berbasis *caring* diberikan melalui edukasi pada staf perawat. Model *caring* yang diajarkan pada penelitian ini berdasarkan 10 *carative factors* 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 memperbaiki mental, fisik, sosial, dan spiritual, 9) Membantu memenuhi kebutuhan dasar dengan kepuasan, dan 10) Mengizinkan kekuatan eksistensial-fenomenologi-spiritual. Model *caring* akan meningkatkan perilaku *caring* yang diukur dengan *Caring Behavior Inventory* (CBI)-24 item. *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). Validitas isi baik, validitas konstruk, konsistensi internal dan reliabilitas stabil telah dilaporkan pada kedua variasi instrumen. Instrumen mempunyai skala rasio. Nilai mean digunakan dalam perhitungan perilaku *caring* dan digambarkan dalam 4 dimensi yaitu kepastian, pengetahuan dan keterampilan, penuh hormat, dan hubungan. Nilai mean yang tinggi (4 atau lebih besar dalam skala 1 sampai 6) menunjukkan perilaku *caring* yang tinggi.

Kualitas asuhan keperawatan adalah respon keperawatan terhadap kebutuhan fisik, psikologis, emosional, sosial, dan spiritual yang diberikan dengan perilaku *caring* berdasarkan 6 indikator diantaranya karakteristik staf, aktivitas berorientasi tugas, aktivitas berorientasi manusia, pre kondisi, kemajuan proses keperawatan, dan lingkungan (Leinonen, Leino-kilpi, Stahlberg, & Lertola, 2001). Instrumen GNCS (*Good Nursing Care Scale*) terdiri dari 33 item dengan *rating 5*

skala likert dari sangat tidak setuju (1) ke sangat setuju (5). Instrumen mempunyai skala rasio. Mean skor yang tinggi (4 atau lebih besar dalam skala 1 sampai 5) menjelaskan kualitas asuhan keperawatan baik.

### **3.6. Metode Pengukuran**

#### **3.6.1. Data demografi**

Lembar data demografi: lembar data demografi terdiri dari lembar data demografi pasien yang meliputi umur yang berdasarkan Kemenkes (2013) (25-34 tahun, 35-44 tahun, 45- 54 tahun, 55-64 tahun, 65-74 tahun, dan  $\geq 75$  tahun), jenis kelamin (laki-laki dan perempuan), tingkat pendidikan (SD, SMP/SMA, dan PT), lama sakit, dan *grade heart failure* yang berdasarkan *New York Heart Association* (NYHA) (*grade I, II, III, dan IV*) dan lembar data demografi perawat meliputi umur yang berdasarkan Kemenkes (2013) (25-34 tahun, 35-44 tahun, 44- 54 tahun, 55-64 tahun, 65-74 tahun, dan  $\geq 75$  tahun), jenis kelamin (laki-laki dan perempuan), tingkat pendidikan (D3 keperawatan dan Ners), dan lama bekerja (1-5 tahun, 6-10 tahun, dan  $> 10$  tahun).

#### **3.6.2. Data kualitas asuhan keperawatan**

Lembar penilaian kualitas asuhan keperawatan: kualitas asuhan keperawatan dinilai dengan modifikasi dari *The Good Nursing Care Scale* (GNCS). Instrumen yang dikembangkan oleh Leinonen, Leino-kilpi, Stahlberg, dan Lertola (2001) 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 33 item. Alasan digunakan instrumen *The Good Nursing Care Scale* (GNCS) adalah karena setiap item pernyataan dalam instrumen tersebut paling mendekati sesuai dengan 10 faktor *carrative* Watson.

Instrumen GNCS ini dikembangkan dalam bahasa Inggris yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia dengan menggunakan metode *back translation*. Terjemahan Indonesia dan *back translation* dilakukan oleh dua ahli bahasa. Kemudian, membandingkan instrumen yang telah diterjemahkan bahasa Inggris kembali dengan instrumen yang asli oleh ahli bahasa (*Native English speaker*) pada kesamaan dan konsistensi dan menyakinkan tidak ada perubahan dalam pemaknaan selama proses terjemahan.

### **3.6.3. Panduan model *caring***

Panduan praktik model *caring*: panduan praktik model *caring* dikembangkan oleh peneliti berdasarkan beberapa referensi buku dan jurnal penelitian. Panduan ini berisi tentang pengertian *caring*, keuntungan berperilaku *caring*, panduan model *caring* berdasarkan 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 perbaiki mental, fisik, sosial, dan spiritual, 9) Membantu

memenuhi kebutuhan dasar dengan kepuasan, dan 10) Mengizinkan kekuatan eksistensial-fenomenologi-spiritual.

#### **3.6.4. Content Validity**

*Content validity* merujuk pada *representative* dari item-item yang terdapat dalam instrumen dimana berkaitan dengan dimensi yang diukur (Fraenkel & Wallen, 2003). Tujuan dari *content validity* (CV) adalah untuk menilai relevansi dari setiap item terhadap apa yang diukur oleh peneliti. Beberapa pendekatan dilakukan dalam melakukan *content validity* dengan menggunakan *expert* (ahli). Hasil dari *content validity* diukur dengan menggunakan CVI (*content validity index*). Para ahli diberikan pertanyaan dan diminta pendapatnya tentang instrumen tersebut. Dalam item instrumen ada poin dengan 4 skala dari 1 (tidak relevan) sampai 4 (sangat relevan). CVI dari total instrumen menjadi proporsi materi yang dinilai juga 3 atau 4. Level dari CVI menunjukkan *acceptable* jika  $\geq 0.80$  (Polit & Beck, 2012). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wu et al. (2006) didapatkan bahwa nilai CVI pada instrumen CBI sebesar 0.96. Sedangkan berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Leinonen, Kilpi, Stahlberg, dan Lertola (2001) juga didapatkan bahwa nilai CVI pada instrumen GNCS adalah sebesar 0.91. *Content validity* tidak dilakukan karena instrumen telah diuji dalam penelitian sebelumnya.

#### **3.6.5. Internal Consistency**

*Internal consistency* berfokus pada *homogeneity* dari item (DeVellis, 1991). Tujuannya adalah untuk menilai semua item dalam suatu instrumen bersifat konsisten dalam pengukuran. Kuesioner dengan reliabilitas yang tinggi jika nilai

*Cronbach's alpha* melebihi angka kritis. Uji reliabilitas minimal 0.70 (Polit & Beck, 2012). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wu et al. (2006) didapatkan bahwa nilai *Cronbach's alpha* pada instrumen pada setiap item antara 0.84 sampai 0.96 pada 4 *subscale*. Sedangkan berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Leinonen, Kilpi, Stahlberg, dan Lertola (2001) juga didapatkan bahwa nilai *Cronbach's alpha* pada instrumen GNCS dalam tujuh subkategori berada pada 0.71-0.86.

### **3.6.6. Pilot Study**

Hasil dari *expert review*, instrumen diuji coba (*pilot study*) untuk mengetahui konsistensi instrumen, menilai pemahaman, dan persepsi responden tentang kejelasan instrumen dan reliabilitasnya. Uji instrumen ini diujikan pada ruang inap kardio lantai 3 di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Alasan peneliti melakukan *pilot study* di rumah sakit tersebut adalah karena metode pelayanan yang sama dan karakteristik pasien yang sama dengan tempat penelitian peneliti. Peneliti telah melakukan *pilot study* pada 30 pasien gagal jantung dalam mengetahui konsistensi instrumen CBI dan GNCS. Dari hasil uji dengan *Cronbach's alpha* didapatkan secara berurutan sebesar 0.76 dan 0.75.

### **3.7. Metode Analisa Data**

Setelah semua data dikumpul, maka peneliti melakukan analisa data dan melalui beberapa tahap. Pertama, memeriksa kelengkapan identitas dan data responden dan memastikan bahwa semua jawaban telah terisi. Setelah itu,

mengklarifikasi dan mentabulasikan data yang telah dikumpulkan serta dilakukan pengolahan data dengan menggunakan teknik komputerisasi.

### **3.7.1. Analisa data univariat**

Analisa statistik univariat menguji frekuensi atau rata-rata nilai dari variabel-variabel (Polit & Beck, 2012). Pengolahan data dilakukan dengan cara univariat, dimana data untuk menampilkan data demografi, perilaku *caring*, dan kualitas asuhan keperawatan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, persentase, mean, dan standar deviasi (SD).

### **3.7.2. Analisa data bivariat**

Analisa statistik bivariat digunakan dalam menggambarkan hubungan diantara dua variabel (Polit & Beck, 2012). Uji hipotesis menggunakan *Independent t-test*. Uji tersebut untuk menguji efektivitas model *caring* pada kelompok intervensi dan kontrol, dengan nilai yang signifikan ( $p$ ). Untuk menginterpretasikan nilai signifikan ( $p$ ), jika nilai  $p$  kurang dari atau sama dengan nilai  $\alpha$  (0.05) berarti perbedaan yang signifikan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesa alternatif ( $H_a$ ) diterima dan dapat diinterpretasikan sebagai adanya perbedaan kualitas asuhan keperawatan pada kelompok intervensi dan kontrol dan jika nilai  $p$  lebih dari nilai  $\alpha$  (0.05) berarti perbedaan yang tidak signifikan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesa alternatif ( $H_a$ ) ditolak dan dapat diinterpretasikan sebagai tidak terdapatnya perbedaan kualitas asuhan keperawatan pada kelompok intervensi dan kontrol.

### 3.7.3. Asumsi uji statistik pada penelitian quasi-eksperimen

Dalam statistik parametrik, diperlukan asumsi tentang distribusi variabel-variabel dan estimasi sebuah parameter. Misalnya distribusi variabel yang normal. Data yang digunakan bersifat rasio atau interval. Distribusi frekuensi, *scatter plots* juga dapat memberikan informasi apakah asumsi terpenuhi atau tidak (Polit & Beck, 2012). Asumsi pada uji perbedaan dilakukan terlebih dahulu sebelum dilakukan tes parametrik, berada pada distribusi yang normal dengan menampilkan kurva normal dan linear serta homogen.

Dalam menguji kenormalan data dapat dilakukan dengan tiga cara meliputi: melihat grafik histogram dan kurva normal, menggunakan nilai *Skewness* dan standar *error*-nya, dan *Kolmogorov-Smirnov test* dengan nilai kemaknaan ( $p$ ) > 0.05. Dalam menguji homogenitas dan varians dilakukan dengan *Levene's test* dengan kemaknaan ( $p$ ) > 0.05.

### 3.7.4. Uji normalitas

Uji asumsi normalitas dalam penelitian ini adalah untuk melihat item perilaku *caring* dan kualitas asuhan keperawatan pada setiap kelompok teramati dan tidak akan menyimpang secara signifikan dari distribusi normal. Uji kenormalan tersebut akan dinilai dengan *Kolmogorov-Smirnov test*, *Skewness*, dan *Kurtosis*. Alasan digunakannya *Kolmogorov-Smirnov test* adalah karena uji tersebut digunakan pada sampel lebih dari 30. Nilai normal *Kolmogorov-Smirnov test* adalah jika nilai signifikan lebih dari 0.05. *Skewness* merupakan suatu besaran statistik yang menunjukkan kemiringan data. Untuk melihat sebaran data normal yaitu dengan rasio *skewness*, dengan membandingkan antara nilai *skewness* dengan

standar *error skewness*. Data dikatakan normal ketika nilai rasio *skewness* berada pada rentang nilai -2 sampai 2. *Kurtosis* menunjukkan keruncingan suatu data. Kriteria normalitasnya sama dengan rasio *skewness*. Uji asumsi normalitas terpenuhi.

Tabel 3.2.

#### Distribusi Nilai Normal Perilaku *Caring* Perawat

Kelompok	Uji Normalitas		
	<i>Kolmogorov-Smirnov test</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>
Post Intervensi	0.13	2.00	2.53
Post Kontrol	0.20	1.32	2.42

Tabel 3.3.

#### Distribusi Nilai Normal Kualitas Asuhan Keperawatan

Kelompok	Uji Normalitas		
	<i>Kolmogorov-Smirnov test</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>
Post Intervensi	0.14	1.66	0.51
Post Kontrol	0.10	0.63	0.51

#### 3.7.5. Uji homogenitas/varian

Uji homogenitas bertujuan untuk menunjukkan bahwa dua atau lebih kelompok data berasal dari populasi yang memiliki variansi yang sama. Uji ini dilakukan dengan *Levene's test*. Jika nilai signifikan *Levene's test*  $> 0.05$  maka dapat dikatakan bahwa variasi datanya homogen. Uji homogenitas terpenuhi.

Tabel 3.4.

#### Distribusi Nilai Homogenitas Perilaku *Caring* dan Kualitas Asuhan Keperawatan

Variabel	Nilai Signifikan
Perilaku <i>caring</i>	0.41
Kualitas asuhan keperawatan	0.05

### **3.8. Pertimbangan Etik**

Proposal yang telah dibuat dan disetujui oleh Komisi Etik Fakultas Keperawatan, Universitas Sumatera Utara (*etical clearance*). Izin dalam pengumpulan data didapatkan dari direktur Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Tujuan dan prosedur dalam penelitian ini dijelaskan pada staf perawat rumah sakit.

Setelah terdata dan ditetapkan sebagai kelompok intervensi dan kontrol, responden diinformasikan tentang tujuan dan prosedur penelitian. Pada kelompok intervensi, waktu yang digunakan dan aktivitas didiskusikan secara individu. Untuk memastikan pemahaman penuh, responden diyakinkan tentang kerahasiaan hasilnya. Data dijaga dan dihapus setelah penelitian ini selesai. Data ditulis tanpa nama (*anonymity*). Di samping itu, responden diinformasikan tidak ada risiko fisik ketika berpartisipasi dalam penelitian ini (*maleficience*). Responden bebas untuk menolak dalam berpartisipasi setiap saat selama dalam penelitian ini (*autonomy*). Selain itu juga, responden diinformasikan tidak ada dikenakan biaya selama berpartisipasi dan diberikan penghargaan (*beneficience*).

Tabel 3.5.

**Proses Pengumpulan Data**

Waktu		Kelompok intervensi	Kelompok kontrol
Minggu 1	Hari 1-7	Edukasi tentang Watson, kesadaran, dan transpersonal <i>caring</i> Presentasi, tugas	Perawatan rutin yang dilakukan oleh perawat ( <i>standard care</i> )
Minggu 2	Hari 1-7	Edukasi tentang Proses <i>caritas</i> pertama, kedua, ketiga, dan keempat Presentasi, tugas	
Minggu 3	Hari 1-7	Edukasi tentang Proses <i>caritas</i> kelima, keenam, ketujuh, dan kedelapan Presentasi, tugas	
Minggu 4	Hari 1-7	Edukasi tentang Proses <i>caritas</i> kesembilan, kesepuluh, dan praktik <i>caritas</i> Presentasi, tugas	
Minggu 5 dan 6	Hari 1-14	Tidak ada aktivitas	<i>Posttest</i> dengan CBI dan GNCS pada 32 pasien yang sudah menjalani minimal 3 hari perawatan dengan perawat yang tidak diberikan intervensi
Minggu 7 dan 8	Hari 1-14	<i>Posttest</i> dengan CBI dan GNCS pada 32 pasien yang sudah menjalani minimal 3 hari perawatan dengan perawat yang diberikan intervensi	Tidak ada aktivitas

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN**

Tujuan dalam penelitian adalah untuk menguji efektivitas model *caring* terhadap kualitas asuhan keperawatan di antara pasien gagal jantung. Bab ini menunjukkan hasil penelitian. Hasil tersebut berdasarkan 64 pasien gagal jantung dan 16 perawat pelaksana di Rumah Sakit Adam Malik, Medan, Indonesia. Hasil menunjukkan tiga bagian meliputi: deskripsi lokasi penelitian, data demografi, pengembangan model *caring*, dan hasil analisis.

#### **4.1. Deskripsi Lokasi Penelitian**

Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik merupakan Unit Pelayanan Teknis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rumah Sakit yang berada di Jalan Bunga Lau No. 17 Medan merupakan Rumah Sakit kelas A sekaligus rumah sakit rujukan dan pendidikan untuk wilayah propinsi Sumatera Utara, Aceh, Sumatera Barat, dan Riau.

Berdasarkan SK Menkes RI No. HK.00.06.3.5.5317 tanggal 31 Oktober 2006 RSUP. H. Adam Malik telah terakreditasi untuk 16 pelayanan. Surat keputusan Menteri Keuangan No. 280/KMK.05/2007 dan Surat Keputusan Menteri Kesehatan dengan No. 756/Menkes/SK/VI/2007 tepat pada Juni 2007 RSUP. H. Adam Malik berubah status menjadi Badan Layanan Umum (BLU) bertahap dengan tetap mengikuti pengarahan-pengarahan yang diberikan oleh Ditjen Yanmed dan Departemen Keuangan untuk perubahan status menjadi BLU penuh.

Tahun 2010 RSUP. H. Adam Malik Medan kembali terakreditasi untuk 16 pelayanan periode Juli 2010 s/d Juli 2013 sesuai SK Kemenkes RI No. YM.01.10/III/3696/10 tanggal 20 Juli 2010.

#### **4.2. Data Demografi**

Data yang berhubungan dengan karakteristik demografi pada responden (pasien gagal jantung) ditunjukkan oleh Tabel 4.1. Hasil penelitian menunjukkan pasien adalah laki-laki (67.2%). Pada kategori umur responden pada semua pasien adalah 55-64 tahun (31.2%). Responden dari kedua kelompok mempunyai pendidikan SMP/SMA (78.1% pada kelompok intervensi dan 56.2% pada kelompok kontrol). Lebih dari 80% pada responden telah mengalami gagal jantung 1-5 tahun. Pada *grade* HF (*Heart Failure*) pada kelompok intervensi berada pada HF *grade* III (43.8%) dan HF *grade* II pada kelompok kontrol (46.9%).

Data yang berhubungan dengan karakteristik demografi perawat pelaksana ditunjukkan pada Tabel 4.2. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas perawat adalah perempuan (81.2 %). Pada kategori umur responden umumnya pada kategori 25-34 tahun, dimana pada kelompok intervensi dan kontrol sebesar 75%. Mayoritas responden dari kedua kelompok mempunyai pendidikan D3 Keperawatan (87.5% pada kelompok intervensi dan 75% pada kelompok kontrol). Pada kategori lama bekerja perawat, kelompok intervensi dan kontrol perawat pelaksana berada pada 1-5 tahun (50 %).

Tabel 4.1.

**Distribusi Frekuensi dan Persentase Data Demografi Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Tahun 2015 (N= 64)**

Karakteristik	Kelompok Intervensi (N=32)		Kelompok Kontrol (N=32)		Total	
	f	%	f	%	f	%
<b>Umur</b>						
25-34	4	12.5	4	12.5	8	12.5
35-44	2	6.2	4	12.5	6	9.4
45-54	7	21.9	9	28.1	16	25.0
55-64	11	34.4	9	28.1	20	31.2
65-74	7	21.9	5	15.6	12	18.8
> 75	1	3.1	1	3.1	2	3.1
<b>Jenis kelamin</b>						
Laki-laki	29	90.6	14	43.8	43	67.2
Perempuan	3	9.4	18	56.2	21	32.8
<b>Tingkat pendidikan</b>						
SD	2	6.2	9	28.1	11	17.2
SMP/SMA	25	78.1	18	56.2	43	67.2
PT	5	15.6	5	15.6	10	15.6
<b>Lama sakit</b>						
1-5 tahun	28	87.5	27	84.4	55	85.9
6-10 tahun	4	12.5	5	15.6	9	14.1
<b>Grade HF</b>						
Grade II	11	34.4	15	46.9	26	40.6
Grade III	14	43.8	14	43.8	28	43.8
Grade IV	7	21.9	3	9.4	10	15.6

Tabel 4.2.

**Distribusi Frekuensi dan Persentase Data Demografi Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Tahun 2015 (N= 16)**

Karakteristik	Kelompok Intervensi (N= 8)		Kelompok Kontrol (N= 8)		Total	
	f	%	f	%	f	%
Umur						
25-34	6	75	6	75	12	75
35-44	2	25	2	25	4	25
Jenis kelamin						
Laki-laki	1	12.5	2	25	3	18.8
Perempuan	7	87.5	6	75	13	81.2
Tingkat pendidikan						
D3 keperawatan	7	87.5	6	75	13	81.2
Ners	1	12.5	2	25	3	18.8
Lama bekerja						
1-5 tahun	4	50	4	50	8	50
6-10 tahun	2	25	3	37.5	5	31.2
> 10 tahun	2	25	1	12.5	3	18.8

**4.3. Post Test Caring Behavior Inventory (CBI) dan Good Nursing Care Scale (GNCS)**

Data yang berhubungan dengan perilaku *caring* pada pasien gagal jantung ditunjukkan pada Tabel 4.3. Nilai mean perilaku *caring* pada *post test* (sesudah dilakukannya model *caring*) pada kelompok intervensi adalah 4.89 (SD=0.44) dan 4.79 (SD=0.41) pada kelompok kontrol. Data yang berhubungan dengan kualitas asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung ditunjukkan pada Tabel 4.3. Nilai mean kualitas asuhan keperawatan pada *post test* (sesudah dilakukannya model

*caring*) pada kelompok intervensi adalah 4.15 (SD=0.25) dan 4.10 (SD=0.28) pada kelompok kontrol.

Tabel 4.3.

**Distribusi Mean dan Standar Deviasi Perilaku *Caring* dan Kualitas Asuhan Keperawatan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Pasien Gagal Jantung Tahun 2015**

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	M	SD	M	SD
<i>Post</i> intervensi				
CBI	4.89	0.44	4.79	0.41
GNCS	4.15	0.25	4.10	0.28

#### 4.4. Hasil Analisis

##### 4.4.1. Perbedaan perilaku *caring* antara kelompok intervensi dan kontrol

Perilaku *caring* dalam kelompok *post test*, menggunakan *Independent t-test* menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada perilaku *caring* antar kelompok intervensi dan kontrol ( $t=-2.34, p=0.02$ ) (Tabel 4.4.).

Tabel 4.4.

**Perbedaan Perilaku *Caring* Sesudah Model *Caring* antara Kelompok Intervensi dan Kontrol**

Kelompok	24 item CBI			
	Mean (SD)	min-max	<i>t</i>	<i>p</i> (1-tailed)
Intervensi	4.89 (0.44)	3.70-5.75	-2.34	0.02*
Kontrol	4.79 (0.41)	3.12-5.25		

\* $p<0.05$

#### 4.4.2. Perbedaan kualitas asuhan keperawatan antara kelompok intervensi dan kontrol

Hasil *Independent t-test* menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada kualitas asuhan keperawatan pada *post test* ( $t=-2.26$ ,  $p=0.02$ ) (Tabel 4.5).

Tabel 4.5.

#### Perbedaan Kualitas Asuhan Keperawatan Sesudah Model *Caring* antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

Kelompok	33 item GNCS			
	Mean (SD)	min-max	<i>t</i>	<i>p</i> (1-tailed)
Intervensi	4.15 (0.25)	3.45-4.90	-2.26	0.02*
Kontrol	4.10 (0.28)	2.84-4.42		

\* $p<0.05$

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Penelitian ini bertujuan untuk menguji efektivitas model *caring* terhadap kualitas asuhan keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan. Pembahasan berfokus pada tiga bagian yaitu: 1) Karakteristik responden, 2) Pengembangan model *caring*, dan 3) Perbedaan perilaku *caring* dan kualitas asuhan keperawatan pada *post test* kelompok intervensi dan kontrol.

#### **5.1. Karakteristik Responden**

Data yang berhubungan karakteristik demografi pada responden pasien gagal jantung ditunjukkan oleh Tabel 4.1. Hasil menunjukkan mayoritas pasien adalah laki-laki (67.2%) dan diikuti oleh perempuan (32.8%). Berdasarkan penelitian sebelumnya dilakukan oleh Siswanto et al. (2010) didapatkan bahwa dari 1687 pasien gagal jantung, mayoritas pasien adalah laki-laki yaitu sebesar 64.5%. Akan tetapi berdasarkan penelitian Sheldon, Roht, dan Rui (2012) di Singapura, prevalensi gagal jantung lebih banyak pada perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak menjadi faktor predisposisi utama pada pasien gagal jantung.

Pada data umur responden, rentang umur berada pada 25-78 tahun, dengan terbanyak (31.2%) berada pada umur lansia (55-64 tahun) dan diikuti oleh kategori umur dewasa akhir (45-54 tahun) dengan sebesar 25.0%. Pada kategori umur

responden pada kelompok intervensi adalah 55-64 tahun (34.4%) dan pada kelompok kontrol adalah 45-54 tahun (28.1%). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Siswanto et al (2010) pada 5 rumah sakit di Indonesia, rata-rata umur pasien gagal jantung adalah 60 tahun. Di samping itu, Roger (2013) dalam penelitiannya di Amerika Serikat, gagal jantung terutama terjadi pada pasien dengan umur lebih dari 65 tahun. Berdasarkan hasil pembahasan dan penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa umur pada pasien gagal jantung berada pada kategori umur lansia.

Dalam penelitian ini, kebanyakan dari semua pasien gagal jantung berada pada kategori tingkat pendidikan SMP/SMA (67.2%) dan diikuti SD (17.2%). Mayoritas responden dari kedua kelompok mempunyai pendidikan SMP/SMA (71.9% pada kelompok intervensi dan 59.4% pada kelompok kontrol). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Ndambuki (2013) di Kenya, didapatkan bahwa dari 149 responden sebanyak 60 pasien (40.2%) sudah berpendidikan tinggi dan diikuti sebanyak 52 pasien (34.8%) berpendidikan SMP/SMA (*secondary level*). Berdasarkan hasil penelitian dan penelitian sebelumnya bahwa tingkat pendidikan tidak mempengaruhi insidensi pasien gagal jantung.

Lebih dari 80% pada responden telah mengalami gagal jantung 1-5 tahun. Dari total pasien gagal jantung, kebanyakan responden mempunyai lama sakit 1-5 tahun (85.9%) dan diikuti oleh lama sakit 5-10 tahun (14.1%). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Chiang, Chen, Dai, dan Ho (2012) di Taiwan dengan 60 responden, didapatkan bahwa sebanyak 33 pasien (55%) telah mengalami gagal jantung 1-5 tahun dan diikuti oleh 20 pasien (33.3%) dengan lama

sakit lebih dari 5 tahun. Dari hasil penelitian dan penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa rata-rata pasien mengalami gagal jantung selama 1-5 tahun.

Mayoritas *grade heart failure* (HF) pada kelompok intervensi berada pada HF *grade* II (37.5%) dan HF *grade* III pada kelompok kontrol (43.8%) (Tabel 4.1). Dalam keseluruhan data pasien, sebagian besar dari responden berada pada *grade* HF III (43.8%) diikuti dengan HF *grade* II (40.6%). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Guder et al (2015) di Jerman menyatakan bahwa dari 3315 responden yang direkrut, mayoritas berada pada HF *grade* III sebanyak 1324 pasien (39.9%) dan diikuti oleh pasien HF *grade* II sebanyak 1134 (34.2%). Berdasarkan hasil penelitian ini dan studi penelitian sebelumnya didapatkan bahwa pasien gagal jantung mempunyai *grade* III.

Data yang berhubungan karakteristik demografi pada responden perawat pelaksana ditunjukkan oleh Tabel 4.2. Hasil menunjukkan mayoritas perawat adalah perempuan (81.2%) dan diikuti oleh laki-laki (18.8%). Berdasarkan penelitian sebelumnya dilakukan oleh Zamanzadeh (2010) di Iran didapatkan bahwa dari 40 perawat, mayoritas perawat adalah perempuan yaitu sebesar 92.5%. Disamping itu, berdasarkan penelitian Tuckett (2008) di Australia, perawat pelaksana lebih banyak pada perempuan (84.93%). Hal ini menunjukkan bahwa jenis kelamin perawat masih didominasi oleh perempuan.

Pada data umur responden, rentang umur berada pada 25-44 tahun, dimana (75%) berada pada umur dewasa dini (25-34 tahun) dan diikuti oleh kategori umur dewasa madya (35-44 tahun) dengan sebesar 25%. Pada kategori terbanyak umur responden pada kelompok intervensi dan kontrol adalah 25-34 tahun (75%).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh O Connell (2008) di Irlandia, rata-rata umur perawat adalah 35 tahun. Di samping itu, Aiken (2013) dalam penelitiannya di Belgia, rata-rata perawat pelaksana mempunyai umur 35-40 tahun. Berdasarkan hasil pembahasan dan penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa umur pada perawat sangat bervariasi.

Dalam penelitian ini, kebanyakan dari semua perawat berada pada kategori tingkat pendidikan D3 Keperawatan (81.2%) dan diikuti Ners (18.8%). Mayoritas responden dari kedua kelompok mempunyai pendidikan D3 Keperawatan (87.5% pada kelompok intervensi dan 75% pada kelompok kontrol). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Patiraki (2014) di 6 negara-negara Eropa, didapatkan bahwa dari 1195 responden perawat, mayoritas berpendidikan D3 Keperawatan (*Diploma degree*) (67.4%) kemudian diikuti berpendidikan S1 Keperawatan/Ners (*Bachelor's degree in Nursing*) (27.6%). Akan tetapi, berdasarkan penelitian Cho (2009) di Korea menyatakan bahwa dari 1365 perawat terdapat 849 perawat (62.2%) berpendidikan S1 Keperawatan/Ners atau lebih tinggi dan sisanya perawat dengan pendidikan D3 Keperawatan. Berdasarkan hasil penelitian dan penelitian sebelumnya bahwa tingkat pendidikan tidak mempengaruhi perilaku *caring* karena tingkat pendidikan perawat yang bervariasi di rumah sakit.

Lama bekerja perawat didominasi oleh perawat yang lama bekerjanya 1-5 tahun (50%) baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Kemudian diikuti oleh perawat yang telah bekerja selama 6-10 tahun (31.2% dari total perawat). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Eizenberg

(2011) di Israel dengan 243 responden perawat, didapatkan bahwa rata-rata lama bekerja perawat 9-12 tahun. Selain itu, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nasrath (2011) di Maldiva didapatkan bahwa dari 162 perawat, sebanyak 57 perawat telah bekerja selama 6-10 tahun (35.19%), diikuti 53 perawat (32.72%) dengan lama bekerja 3-5 tahun. Dari hasil penelitian dan penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa rata-rata pasien mengalami gagal jantung selama 6-10 tahun.

## **5.2. Pengembangan Model *Caring***

### **5.2.1. Edukasi tentang konsep *caring***

Pada edukasi tentang konsep *caring* pada 8 perawat pelaksana di ruang inap kardio lantai 4 RSUP H. Adam Malik Medan pada minggu 1 didapatkan bahwa 4 dari 8 perawat mengetahui dan mengenal *caring* tersebut. Selanjutnya peneliti menggali tentang *caring* dan menjelaskan bahwa *caring* merupakan salah satu konsep dari seorang ahli keperawatan salah satunya Jean Watson. Dalam umpan balik tersebut, 5 dari 8 perawat tidak paham dan tidak mengenal ahli keperawatan tersebut dan bagaimana teori *caring* itu dikembangkan serta aplikasinya. Sebanyak 5 dari 8 perawat hanya mengenal Florence Nightingale sebagai teoritis keperawatan. Selain itu dari hasil edukasi melalui *hand out* dan video tentang konsep *caring* tersebut, mayoritas perawat telah mengenal dan memahaminya. Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan Schmock, Breckenridge, dan Benedict (2009) di Amerika Serikat didapatkan bahwa 11 perawat diberikan edukasi tentang *caring* Watson selama 1 jam selama 1 minggu. Di samping itu, Erci et al. (2003) di Turki melakukan edukasi pada 6 perawat dimana 15 jam dalam 3

minggu. Berdasarkan hasil penelitian dan penelitian sebelumnya membuktikan bahwa edukasi tentang *caring* membutuhkan waktu minimal 3 minggu.

### **5.2.2. Edukasi tentang 10 *Carrative Factor***

Setelah edukasi tentang konsep *caring*, selanjutnya peneliti mencoba menerangkan dan menggali pemahaman perawat tentang 10 proses *caritas* melalui diskusi dengan *hand out* dan video yang diberikan selama 3 minggu. Dalam minggu kedua, peneliti menjelaskan tentang *caritas* pertama, kedua, ketiga dan keempat. Dalam minggu ini, peneliti mencoba menggali pengalaman perawat untuk terbuka, hadir (*presence*) dan sensitif dalam praktik keperawatan. Beberapa perawat sulit memahami pada minggu 2 ini, sehingga peneliti mengulang-ulang sampai paham bahkan mengajak rekan kerjanya untuk membantu memahaminya.

Pada minggu ke 3, peneliti mengajarkan dan menggali proses *caritas* kelima, keenam, ketujuh dan kedelapan. Pada prinsipnya, pada minggu ini peneliti menjelaskan pentingnya kesadaran (*awareness*) *caring* tersebut. Seperti mendengar lebih seksama (*authentic listening*). Pada minggu ini, perawat yang diberi intervensi lebih mudah paham dalam materi diberikan.

Pada minggu ke empat, peneliti menjelaskan tentang proses *caritas* kesembilan dan kesepuluh, serta aplikasi dalam kehidupan sehari. Dalam minggu tersebut, peneliti mencoba menumbuhkan penerimaan (*receptivity*) pada diri perawat. Dalam diskusi ini, banyak perawat mengatakan bahwa pada awal menjadi seorang perawat bukanlah hal yang dibayangkan sebelumnya. Saat ditanya awalnya masuk dalam dunia keperawatan, beberapa perawat berkata, ketika saya melihat perawat berpakaian putih, saya suka menjadi perawat atau pendapat perawat lain

mengatakan bahwa dia menyukai saat berkomunikasi dengan keluhan pasien. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Knisely, Fulton, dan Friesth (2015) di Amerika Serikat, menyatakan bahwa edukasi yang efektif dilakukan oleh perawat pendidik spesialis kepada staf perawat minimal 500 jam atau 3 minggu. Berdasarkan hasil penelitian dan penelitian sebelumnya perubahan perilaku akan terjadi setelah responden mendapatkan edukasi minimal selama 3 minggu.

### **5.2.3. *Post test Caring Behavior Inventory (CBI) dan Good Nursing Care Scale (GNCS)***

Data yang berhubungan dengan perilaku *caring* pada pasien gagal jantung ditunjukkan pada Tabel 4.5. Nilai mean perilaku *caring* pada *post test* (sesudah dilakukannya model *caring*) pada kelompok intervensi adalah 4.89 (SD=0.44) dan 4.79 (SD=0.41) pada kelompok kontrol. Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Patiraki et al. (2014), didapatkan bahwa nilai mean CBI sebesar 4.72 dengan standar deviasi sebesar 0.92 yang menunjukkan perilaku *caring* yang baik. Selain juga, penelitian yang dilakukan oleh Palese et al. (2011) menyatakan bahwa nilai mean CBI sebesar 4.9 dengan standar deviasinya 0.8. Berdasarkan hasil penelitian dan penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa nilai mean perilaku *caring* perawat lebih dari 4. Berdasarkan penelitian sebelumnya bahwa jika nilai mean CBI sebesar 4 atau lebih besar dalam skala 1 sampai 6 maka menunjukkan perilaku *caring* yang tinggi. Jadi, dalam penelitian ini, nilai mean CBI pada kelompok intervensi dan kontrol sebesar 4.89 dan 4.79, maka menunjukkan perilaku *caring* yang tinggi.

Beberapa faktor latar belakang sosio-demografi mempengaruhi persepsi perilaku *caring* perawat (Zamanzadeh, Azimzadeh, & Valizadeh, 2010). Berdasarkan hasil penelitian ini, kebanyakan pasiennya adalah laki-laki (67.2%). Baldursdottir dan Jonsdottir (2002), menyebutkan bahwa wanita signifikan lebih tinggi daripada pria tentang persepsi perilaku *caring* ( $p=0.002$ ). Hal ini dapat menyimpulkan bahwa jumlah pasien pria yang dominan akan meningkatkan nilai mean perilaku *caring* perawat dalam penelitian ini.

Berdasarkan dari hasil penelitian kategori terbanyak umur pasien (55-64 tahun) dimana sebesar 31.2%. Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Baldursdottir dan Jonsdottir (2002), semakin bertambah umur pasien (*the higher*) akan mempunyai persepsi yang lebih tinggi pada perilaku *caring* ( $p=0.001$ ). Grade HF dalam penelitian kebanyakan pada kategori grade III (43.8%). Berdasarkan penelitian sebelumnya Baldursdottir dan Jonsdottir (2002), tidak ada hubungan antara tingkat keparahan penyakit (*severity*) terhadap persepsi perilaku *caring* ( $p=0.536$ ). Berdasarkan palese et al (2011) bahwa latar belakang tingkat pendidikan secara signifikan mempengaruhi perilaku *caring* perawat ( $p<0.001$ ).

Data yang berhubungan dengan kualitas asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung ditunjukkan pada Tabel 4.5. Nilai mean kualitas asuhan keperawatan pada *post test* (sesudah dilakukannya model *caring*) pada kelompok intervensi adalah 4.15 (SD=0.25) dan 4.10 (SD=0.28) pada kelompok kontrol. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Zhao dan Akkadechanunt (2011), nilai mean sebesar 4.14 dengan 0.62 yang menunjukkan kualitas yang tinggi. Salah satu hal yang mempengaruhinya adalah harapannya sendiri. Setelah pasien mendapat perawatan

di rumah sakit, persepsinya tentang kualitas asuhan keperawatan berkaitan dengan harapannya sebelumnya. Dibandingkan dengan penelitian lain yang dilakukan oleh Leinonen, Kilpi, Stahlberg, dan Lertola (2001), nilai mean GNCS nya sebesar 4.28. Selain itu juga penelitian yang dilakukan oleh Istomina, Razbadaukas, dan Martinkenas (2014), menyatakan bahwa nilai GNCS berada pada 4.45. Dari hasil penelitian dan studi penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa nilai mean GNCS lebih dari 4. Berdasarkan penelitian sebelumnya bahwa jika nilai mean GNCS sebesar 4 atau lebih besar dalam skala 1 sampai 5 maka menunjukkan kualitas asuhan keperawatan yang baik. Jadi, dalam penelitian ini, nilai mean GNCS pada kelompok intervensi dan kontrol sebesar 4.15 dan 4.10, maka menunjukkan kualitas asuhan keperawatan yang baik.

Berdasarkan hasil penelitian ini, jenis kelamin lebih banyak pria 67.2% daripada wanita 32.8%. Berdasarkan penelitian sebelumnya, tidak perbedaan persepsi pria dan wanita terhadap kualitas asuhan keperawatan (Istomina, Razbadaukas, & Martinkenas, 2014). Berdasarkan hasil penelitian umur pasien lebih banyak pada kategori lansia (55-64 tahun) sebesar 31.2%. Berdasarkan penelitian sebelumnya, ada hubungan antara umur dan persepsi kualitas asuhan keperawatan (Istomina, Razbadaukas, & Martinkenas, 2014). Berdasarkan Ndambuki 2013 menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan terhadap persepsi kualitas asuhan keperawatan ( $p=0.63$ ). Dalam penelitian ini, tingkat pendidikan lebih banyak pada kategori SMP/SMA (67.2%) diikuti oleh SD (17.2%).

### 5.3. Efektivitas Model *Caring* terhadap Kualitas Asuhan Keperawatan

Perilaku *caring* dalam kelompok *post test*, menggunakan uji *independent t-test* menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada perilaku *caring* antar kelompok intervensi dan kontrol ( $t=-2.34$ ,  $p=0.02$ ) (Tabel 4.6.). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan Patiraki et al. (2014), menyatakan bahwa perilaku *caring* dapat dipengaruhi oleh karakteristik personal seperti sifat, prioritas, sikap, dan komitmen. Ini telah dilaporkan bahwa karakteristik personal antara lain perasaan, kepercayaan, filosofi, komitmen, rasa tanggung jawab, dan mementingkan orang lain mempunyai semua kontribusi terhadap perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh pasien. Berdasarkan hasil penelitian dan studi penelitian sebelumnya, menunjukkan bahwa melalui edukasi yang diberikan dapat menciptakan karakteristik personal perawat yang lebih *caring* sehingga pasien menganggap bahwa perawat pelaksana mempunyai perilaku *caring*.

*Independent t-test* menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada kualitas asuhan keperawatan pada *post test* ( $t=-2.26$ ,  $p=0.02$ ) (Tabel 4.7.). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Istomina, Razbadaukas, dan Martinkenas (2014) di Lithuania didapatkan bahwa ada sejumlah faktor yang mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan diantaranya hubungan perawat-pasien selama menjalani perawatan. Berdasarkan hasil penelitian dan penelitian sebelumnya menyimpulkan bahwa adanya perubahan kualitas asuhan keperawatan setelah perawat diberikan model *caring* melalui edukasi.

#### 5.4. Kekuatan dan Keterbatasan Penelitian

Kekuatan dalam penelitian ini adalah: 1) menggunakan instrumen perilaku *caring* (*Caring Behavior Inventory*)-24 item, yang paling terbaru dan terbanyak digunakan dalam penelitian tentang *caring* di dunia. Instrumen tersebut sudah dibukukan sehingga dengan mudah mendapatkan instrumen originalnya, 2) pilot study untuk konsistensi item kuesioner, 3) menentukan sampel dengan *power analysis*, 4) menggunakan rumah sakit pemerintah yang terbesar di kota Medan, dan 5) menggunakan analisa uji parametrik.

Adapun keterbatasan-keterbatasan dalam penelitian ini meliputi: 1) Instrumen kualitas asuhan keperawatan GNCS, sangat sulit didapatkan originalnya sehingga peneliti memohon kepada pembuat GNCS mengirimkan instrumen originalnya melalui *e-mail*, 2) lokasi penelitian yang menggunakan rumah sakit umum milik pemerintah yang telah memiliki kebijakan dalam pelayanan kesehatan, dan 3) teknik pengambilan sampel yang masih menggunakan *nonprobability sampling*.

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

Suatu penelitian quasi-eksperimental telah dilakukan untuk menguji model *caring* terhadap kualitas asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung. Penelitian ini dilakukan dari Juli 2015 sampai Oktober 2015 di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Enam puluh empat pasien gagal jantung telah direkrut menggunakan teknik *purposive sampling* dan enam belas perawat pelaksana telah direkrut menggunakan teknik *total sampling*. Peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan kuesioner untuk mendapatkan data demografi, perilaku *caring* perawat, dan kualitas asuhan keperawatan. Kemudian, hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan statistik deskriptif dan *independent t-test*. Dalam bab ini akan menampilkan kesimpulan, implikasi pada keperawatan, dan rekomendasi pada penelitian selanjutnya.

#### 6.1. Kesimpulan

Rata-rata umur dari responden pasien gagal jantung berada pada rentang 55-64 tahun dengan paling banyak responden adalah laki-laki, berpendidikan SMP/SMA. Hampir semua dari responden mempunyai rentang lama sakit 1-5 tahun. Mayoritas responden telah mengalami HF *grade III*.

Rata-rata umur perawat pelaksana berada pada 25-34 tahun dengan paling banyak responden adalah perempuan, lama bekerja 1-5 tahun. Hampir semua dari responden berpendidikan D3 Keperawatan.

Rata-rata responden yang direkrut dalam penelitian melaporkan bahwa perilaku *caring* perawat berada pada kategori tinggi. Meskipun begitu, nilai mean *Caring Behavior Inventory* (CBI) pada kelompok intervensi pasien gagal jantung masih lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sejalan dengan hal tersebut, Rata-rata responden dalam penelitian ini melaporkan bahwa kualitas asuhan keperawatan masih berada pada kategori yang baik. Meskipun begitu, nilai mean *Good Nursing Care Scale* (GNCS) pada kelompok intervensi pasien gagal jantung lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrolnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku *caring* pada kelompok intervensi dan kontrol mempunyai perbedaan yang signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa model *caring* yang telah diberikan dapat meningkatkan perilaku *caring* pada kelompok intervensi. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa kualitas asuhan keperawatan pada kelompok intervensi dan kontrol mempunyai perbedaan yang signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa perawat yang melakukan model *caring* dalam perawatannya dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dibandingkan dengan *standard care* sebelumnya.

## **6.2. Saran**

Temuan dalam penelitian ini akan memberikan informasi dalam mendukung model *caring* terhadap kualitas asuhan keperawatan di berbagai pelayanan. Selain itu juga, temuan dalam penelitian ini akan memberikan informasi yang berharga bagi perawat dalam praktik klinis untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik yang berhubungan dengan *caring*. Perawat tidak hanya mempersepsikan intervensi

keperawatan sebagai tugas atau *task* akan tetapi dapat menganggap bahwa *caring* sebagai bagian dari diri perawat, sehingga kualitas pelayanan keperawatan lebih baik.

Temuan dalam penelitian akan memberikan suatu pemahaman dalam pendidikan keperawatan yang berkaitan dengan *caring* dan kualitas asuhan keperawatan. Temuan ini juga memberikan bukti dalam mendukung pentingnya *caring* dalam keperawatan. Sehingga, dosen keperawatan dapat mengajarkan dan melatih mahasiswa untuk berperilaku *caring* dalam praktik klinis.

Penelitian ini berkontribusi dalam memahami lebih baik tentang *caring* dan kualitas asuhan keperawatan. Akan tetapi, karena keterbatasan dalam penelitian ini, penelitian selanjutnya direkomendasikan diantaranya replikasi penelitian dengan meluas kepada etnik tertentu, suatu penelitian yang besar di beberapa rumah sakit untuk menguji efektivitas model *caring* terhadap kualitas asuhan keperawatan.