

## FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEMAMPUAN BERFIKIR KRITIS PERAWAT DALAM DETEKSI DINI DBD DI PELAYANAN KESEHATAN KABUPATEN KLATEN

Rusminingsih E<sup>1</sup>, Purnomo R.T<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Stikes Muhammadiyah Klaten, Indonesia

Email : [esirusminingsih@yahoo.co.id](mailto:esirusminingsih@yahoo.co.id)

### Abstract

**Latar Belakang:** DBD merupakan salah satu masalah kesehatan utama di Indonesia karena jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan mobilitas dan kepadatan penduduk. Keterlambatan deteksi dini gejala awal DBD dapat mengakibatkan resiko syok dan kematian karena terlambat dalam perawatan. Perawat merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan, kemampuan berfikir kritis dalam keperawatan menguji ketrampilan berfikir perawat tentang berbagai alasan rasional sebelum mengambil keputusan dalam asuhan keperawatan untuk menyelesaikan masalah.

**Tujuan Penelitian:** Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan berfikir kritis perawat dalam deteksi dini DBD di Pelayanan Kesehatan Kabupaten Klaten.

**Metode Penelitian:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional* dengan populasi perawat yang bekerja RS dan Puskesmas di wilayah Kabupaten Klaten. Pengambilan sampel menggunakan *Consecutive Sampling* dengan jumlah 45 sampel. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan instrument berupa koesioner yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Analisis data dilakukan dengan uji chi-square dan Spearman Rho.

**Hasil Penelitian:** Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 82,2%, dengan umur sebagian besar dalam kategori dewasa awal (51,1%), lama bekerja sebagian besar 5-10 tahun (51,1%), sebagian besar memiliki kemampuan berpikir kritis kurang (68,9%). Tidak ada hubungan antara jenis kelamin, usia, lama bekerja dan instansi tempat bekerja dengan kemampuan berpikir kritis perawat dalam deteksi dini DBD dengan  $p\ value > 0.5$ .

Kata Kunci: Berpikir Kritis, Perawat, Deteksi Dini DBD.

## **A. Latar Belakang**

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus *Aedes Aegypti* yang banyak ditemukan pada daerah tropis dan sub tropis. Penyakit ini merupakan salah satu masalah kesehatan utama di masyarakat Indonesia karena jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan mobilitas dan kepadatan penduduk. Peningkatan angka kesakitan DBD juga sering dihubungkan dengan pergantian musim kemarau ke musim penghujan. Di Jawa Tengah angka kesakitan penyakit DBD terjadi peningkatan, yaitu pada tahun 2011 *Incidence Rate* (IR) DBD sebesar 15,27/100.000 penduduk, maka pada tahun 2012 menjadi 19,29/100.000 penduduk menderita DBD (Profil Kesehatan Jateng, 2012).

Pada awal gejala DBD pada umumnya sama dengan penyakit demam lainnya, yaitu demam, sakit kepala, mual muntah, nyeri otot, sehingga akan sulit mengenali gejala awal DBD. Pada DBD, panas hari ke I - II biasanya tidak bisa terdeteksi gejala demam berdarah dan tidak ada penanganan secara khusus, sehingga ketika masuk hari III-V panas, sudah beresiko menimbulkan manifestasi perdarahan, syok dan kematian. Menurut data dari Kemenkes RI (2010) di Indonesia pada tahun 2009, angka kematian DBD di sebagian besar propinsi (61,3%) masih tinggi yaitu diatas 1%. Di kabupaten Klaten kasus DBD masih cukup tinggi. Desa endemik DBD di Kabupaten Klaten pada tahun 2016 berada di Desa Mandong, Kecamatan Trucuk, Desa Pandes, Kecamatan Wedi, Desa Krakitan dan Desa Tawang Rejo Kecamatan Bayat, Desa Mlese dan Desa Barepan Kecamatan Cawas. Pada tahun 2015 di Kabupaten Klaten terdapat 525 kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan Angka Kesakitan (*Incidence Rate/IR*) sebesar 45,3 per 100.000 penduduk. Dibandingkan tahun 2014 yang sejumlah 260 kasus, terdapat kenaikan jumlah kasus sebanyak 265 kasus atau 102%. Jumlah kematian akibat demam berdarah dengue sebanyak 26 kematian, dengan angka kematian (*Case Fatality Rate/CFR*) sebesar 5%. Dibanding tahun sebelumnya, jumlah kematian juga meningkat tajam, dari 9 kematian di 2014 menjadi 26 kematian di 2015 atau meningkat sebanyak 17 kematian (Profil Kesehatan Kab. Klaten, 2016). Tingginya angka kematian ini perlu evaluasi dan upaya untuk mencapai target menurunkan Angka Kematian melalui pelatihan perawat/petugas kesehatan mengenai deteksi dini dan manajemen kasus DBD.

Perawat yang bekerja merupakan ujung tombak bagi masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan, sehingga kemampuan perawat dalam deteksi dini kasus DBD berdasarkan pengkajian awal sangat menentukan tindakan berikutnya. Kesalahan dalam deteksi dini DBD dapat berakibat

keterlambatan dalam penanganan dan meningkatkan risiko perburukan kondisi pasien DBD. Kemajuan teknologi, serta informasi mudah di akses oleh masyarakat mengakibatkan peningkatan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang berkualitas. Perawat dituntut untuk meningkatkan profesionalitasnya dalam memberikan asuhan keperawatan, salah satunya dengan kemampuan dalam berfikir kritis. Menurut Alfaro-LeFevre (2004), menyatakan bahwa perawat dalam melakukan asuhan keperawatan sebagai rutinitas dan menggambarkan belum menggunakan pendekatan berpikir kritis. Faktor yang menurunkan kemampuan berpikir kritis perawat diantaranya terjebak dalam rutinitas, dan cara tersering yang menjadi penyebabnya adalah penggunaan model kebiasaan yang berlebihan (Rubenfeld & Scheffer, 2007). Menurut hasil penelitian Sukihananto (2010) menyatakan bahwa perawat memiliki kemampuan berpikir kritis kurang baik (55.7%) lebih banyak dari perawat yang mempunyai kemampuan berpikir kritis baik (44,3%).

Berfikir kritis sangat berkaitan kemampuan ketepatan penilaian klinis, pengambilan keputusan, mengambil tindakan, mendeteksi komplikasi serta memiliki inisiatif untuk memecahkan masalah. Kemampuan berfikir kritis dalam deteksi dini DBD selama tahap demam DBD dapat menentukan keberhasilan perawatan klien serta mencegah komplikasi syok dan kematian. Berfikir kritis dalam keperawatan menguji ketrampilan berfikir perawat tentang berbagai alasan rasional sebelum mengambil keputusan dalam asuhan keperawatan untuk menyelesaikan masalah (Zori & Morrison, 2009). Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang factor-faktor yang mempengaruhi kemampuan berpikir kritis perawat dalam deteksi dini DBD di pelayanan Kesehatan Wilayah Kabupaten Klaten.

## **B. Metode Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja RS dan Puskesmas di wilayah Kabupaten Klaten yaitu :perawat di Puskesmas Wedi, Puskesmas Bayat, RSST dan RSI Klaten. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *Consecutive Sampling* dengan jumlah 45 sampel.

Dalam penelitian ini menggunakan alat ukur berupa koesiner yang berisi soal multiple choice dengan 5 pilihan jawaban. Indikator soal berpikir kritis dalam deteksi dini DBD meliputi: Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi. Analisis data dilakukan dengan uji Chi-square dan Spearman Rho.

## C. Hasil dan Pembahasan

### 1. Analisa Univariat

#### a. Jenis Kelamin

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada Tabel 4.1 berikut ini:

**Tabel 4.1**Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden (N=45)

Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
Laki-laki	8	17,8
Perempuan	37	82,2
Jumlah	45	100

Berdasarkan Tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 37 responden (82,2%), sedangkan laki-laki sebanyak 8 responden (17,8%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rusmegawati yang menunjukkan bahwa jumlah perawat yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak dari laki-laki.

Menurut laporan dari PPNI (2017) menunjukkan jumlah perawat di Indonesia sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 71% (256,326) orang dan perawat laki-laki sebanyak 29% (103,013) orang. Profesi perawat dipandang sesuai bagi perempuan disbanding laki-laki dan perempuan masih dianggap lebih mampu dalam menjalankan tugas-tugas sebagai perawat (Prayoga, 2013).

#### b. Umur

Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada Tabel 4.1 berikut ini:

**Tabel 4.2**Distribusi Frekuensi Umur Responden (N=45)

Umur	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
Dewasa Awal	23	51,1
Dewasa Tengah	21	46,7
Dewasa Akhir	1	2,2
Jumlah	45	100

Berdasarkan Tabel 4.2 didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden berusia dewasa awal (21-35 tahun) sebanyak 23 orang (51,1%), dewasa tengah (36-55 tahun) sebanyak 21 orang (46,7%) dan dewasa akhir sebanyak 1 orang (2,2%). Menurut Perry & Potter (2005) menyatakan bahwa usia sangat berpengaruh terhadap kinerja seseorang. Semakin tua usia maka tingkat kerja semakin menurun.

Menurut Nugroho (2012) menyatakan usia dewasa awal (21-35 tahun) merupakan sumber daya manusia yang produktif dan memiliki kondisi optimal sehingga dapat mendukung pengembangan sumber daya perawat ke arah yang lebih baik. Kendala perawat usia produktif, khususnya perempuan adalah dalam pengelolaan sumber daya keperawatan karena sebagian besar perawat berjenis kelamin perempuan, maka usia produktif bagi perawat perempuan akan berpengaruh terhadap tinggi angka cuti kehamilan dan atau melahirkan sehingga memerlukan manajemen agar kebutuhan perawat mencukupi.

c. Instansi Bekerja

Distribusi responden berdasarkan instansi tempat bekerja dapat dilihat pada Tabel 4.3 berikut ini

**Tabel 4.3** Distribusi Frekuensi Instansi Bekerja Responden (N=45)

Instansi	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
Puskesmas	18	40
Rumah Sakit	27	60
Jumlah	45	100

Berdasarkan Tabel 4.3 didapatkan sebagian besar responden bekerja di RS sebanyak 27 orang (60%), sedangkan responden yang bekerja di Puskesmas sebanyak 18 orang (40%). Berdasarkan hasil pelaporan data SDMK bulan September 2016, di Indonesia terdapat 9,756 unit Puskesmas dan 144 unit RS, dari jumlah tersebut terdapat 58,26% perawat yang bekerja di RS dan sebesar 29,46% bekerja di Puskesmas.

Hal ini sesuai dengan peraturan pemerintah yang menetapkan jumlah perawat pada Puskesmas Non Rawat Inap minimal berjumlah 5 orang dan Puskesmas Rawat Inap minimal berjumlah 8 orang. Regional Jawa – Bali merupakan proporsi Puskesmas terbesar yang kekurangan perawat (30,6%) (Infodatin, 2017). Jumlah perawat lebih banyak yang berasal dari RS karena kebutuhan perawat di RS lebih banyak dibandingkan kebutuhan perawat yang berada di Puskesmas.

d. Lama Bekerja

Distribusi responden berdasarkan lama bekerja dapat dilihat pada Tabel 4.4 berikut ini:

**Tabel 4.4** Distribusi Frekuensi Lama Bekerja Responden (N=45)

Lama Bekerja	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
< 5 tahun	5	11,1
5-10 tahun	23	51,1
> 10	17	37,8
Jumlah	45	100

Berdasarkan Tabel 4.4 dapat diketahui bahwa sebagian responden bekerja 5-10 tahun sebanyak 23 orang (51,1%). Responden yang lama bekerja lebih dari 10 tahun terdapat 17 orang (37,8%), sedang 5 orang responden (11,1%) bekerja kurang dari 5 tahun.

Menurut Potter & Perry (2005) menyatakan bahwa lama bekerja berpengaruh terhadap kemampuan perawat dalam melakukan tindakan karena perawat menggunakan pengalaman masa lalu dan menerapkan pengetahuan yang relevan dalam setiap tindakan dan pengambilan keputusan.

e. Kemampuan Berfikir Kritis

Distribusi responden berdasarkan kemampuan berpikir kritis dalam deteksi dini DBD dapat dilihat pada Tabel 4.5 berikut ini:

**Tabel 4.5** Distribusi Frekuensi Kemampuan Berpikir Kritis Responden dalam Deteksi Dini DBD (N=45)

Kemampuan Berfikir Kritis	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
Kurang	31	68,9
Cukup	14	31,1
Jumlah	45	100

Pada Tabel 4.5 didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden memiliki kemampuan berpikir kritis dalam deteksi dini DBD dalam kategori kurang sebanyak 31 orang (68,9%), sedangkan 14 responden (31,1%) memiliki kemampuan berpikir kritis dalam kategori cukup. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian S. Bambang (2016) yang menunjukkan kemampuan berpikir kritis sebagian besar perawat di RSI Surakarta kurang baik (81%), dan sebanyak 19% memiliki kemampuan berpikir kritis baik. Hasil penelitian juga didukung oleh Sukihananto yang menyampaikan bahwa sebagian besar perawat memiliki kemampuan berpikir kritis kurang baik sebanyak (55,7%) dan sebanyak 44,3% memiliki kemampuan berpikir kritis baik.

Hasil penelitian ini kurang sesuai dengan *American Society of Registered Nurse* (2007) yang menyatakan kemampuan berpikir kritis perawat dipengaruhi oleh sifat-sifat psikologis, fisiologis dan lingkungan seperti usia, tingkat kepercayaan dan ketrampilan. Hal ini berbeda dengan penelitian Sumartini (2010) yang menyatakan bahwa kemampuan berpikir kritis perawat tidak dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja dan perkawinan. Beberapa factor yang dapat menurunkan kemampuan berpikir kritis perawat adalah asuhan

keperawatan yang dilakukan perawat cenderung terjebak dalam rutinitas dan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan kebiasaan (Rubendeld & Scheffer, 2007).

Hasil penelitian menunjukkan kemampuan berpikir kritis perawat pada domain implementasi dalam mengatasi kekurangan cairan pada kasus DBD memiliki prosentase jawaban benar tertinggi yaitu 82%. Selain itu pada domain pengkajian pada identifikasi riwayat demam juga memiliki prosentase jawaban benar yang tinggi sebesar (79%). Menurut WHO (2006) salah satu gejala penyakit demam berdarah adalah demam tinggi yang tidak berespon dengan pemberian paracetamol. Sedangkan domain kemampuan berpikir kritis yang memiliki prosentase jawaban benar terendah terdapat pada kemampuan perawat mengidentifikasi jenis obat penurun panas yang dapat meningkatkan resiko perdarahan yaitu sebesar 33%, sebagian besar perawat belum mengetahui bahwa asam salisilat dapat meningkatkan risiko terjadinya perdarahan, selain itu lama waktu mempertahankan tekanan dalam uji tourniquet memiliki prosentase jawaban benar yang rendah yaitu 38%. Menurut WHO (2006) pada pasien DHF tidak boleh diberikan obat-obatan yang mengandung aspirin, (NSAIs (Non steroidal inflammatory drugs seperti ibuprofen) karena dapat meningkatkan risiko terjadinya perdarahan.

Kemampuan berpikir kritis perawat akan mempengaruhi dalam pengambilan keputusan klinis. Perawat harus mampu mengambil keputusan yang dapat memberikan rasa kepuasan klien. Dari hasil penelitian didapatkan kemampuan berpikir kritis perawat kurang (%) dan cukup (% dan baik (0%). Kedalaman dan luasnya pengetahuan seseorang akan mempengaruhi kemampuan untuk berpikir kritis dalam menangani masalah keperawatan.

## 2. Analisa Bivariat

### a. Hubungan Jenis Kelamin dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat dalam Deteksi Dini DBD

Hubungan jenis kelamin dengan kemampuan berfikir kritis responden dapat dilihat pada Tabel 4.6 berikut ini:

**Tabel 4.6** Hubungan Jenis kelamin dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat dalam Deteksi Dini DBD di Pelayanan Kesehatan Kabupaten Klaten tahun 2018 (N=45)

Jenis Kelamin	Kemampuan Berpikir Kritis						Sig
	Kurang		Cukup		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Laki-laki	5	11,1	3	6,7	8	17,8	0,667



Perempuan	26	57,8	11	24,4	37	82,2
Jumlah	31	68,9	14	31,1	45	100

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa terdapat 3 (6,7%) responden laki-laki memiliki kemampuan berpikir kritis cukup, dan 5 (11,1%) memiliki kemampuan berpikir kritis kurang, sedangkan pada responden yang berjenis kelamin perempuan di dapatkan sebanyak 14 (31,1%) responden memiliki kemampuan berpikir kritis cukup dan 26 (57,8%) responden perempuan memiliki kemampuan berpikir kritis kurang. Hasil analisa bivariate dengan menggunakan *chi-square* hasil p-value sebesar  $0,667 > \alpha 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yang berarti tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan berpikir kritis perawat dalam deteksi dini DBD.

Hasil ini sesuai dengan penelitian Sumartini (2010) bahwa jenis kelamin bukan merupakan factor yang mempengaruhi kemampuan berpikir kritis perawat. Hasil ini juga didukung oleh penelitian S. Bambang (2016) bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan berpikir kritis perawat.

Menurut Rivai & Mulyadi, (2010) dalam Mulyani () tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi. Hasil penelitian juga didukung oleh Robbin, (2003) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara laki-laki dan perempuan dalam berpikir kritis memecahkan masalah, analisis dan kemampuan belajar.

b. Hubungan Usia dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat dalam Deteksi Dini DBD

Hubungan Usia dengan kemampuan berfikir kritis perawat dalam Deteksi Dini DBD dapat dilihat pada Tabel 4.7 berikut ini:

**Tabel 4.7** Hubungan Usia dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat dalam Deteksi Dini DBD di Pelayanan Kesehatan Kabupaten Klaten tahun 2018 (N=45)

		Kemampuan Berpikir Kritis
Usia	r	0,232
	P	0,125
	n	45



Berdasarkan Tabel 4.7 didapatkan hasil uji *Spearman's rho/rank* dengan nilai *p value*  $0,125 > \alpha 0,05$  yang bermakna tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan berpikir kritis perawat dalam deteksi dini DBD. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan Robbins (2003), yang menyatakan bahwa semakin matang usia seseorang maka pengetahuan cenderung meningkat. Penelitian Sumartini (2010) menunjukkan usia tidak mempengaruhi kemampuan berpikir kritis perawat.

Salah satu factor yang menurunkan kemampuan berpikir kritis perawat adalah terjebak dalam kegiatan rutinitas/kebiasaan. Manajer keperawatan perlu menyusun perencanaan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat. Bentuk-bentuk kegiatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis diantaranya diskusi, ronde keperawatan, pelatihan dan pendidikan berkelanjutan (Mulyaningsih, 2011).

c. Hubungan Lama Bekerja dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat dalam Deteksi Dini DBD

Hubungan Lama Bekerja dengan kemampuan berfikir kritis responden dapat dilihat pada Tabel 4.8 berikut ini:

**Tabel 4.8** Hubungan Lama Bekerja dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat dalam Deteksi Dini DBD di Pelayanan Kesehatan Kabupaten Klaten tahun 2018 (N=45)

		Kemampuan Berpikir Kritis
Lama Bekerja	r	0,148
	P	0.333
	n	45

Berdasarkan Tabel 4.8 didapatkan hasil uji *Spearman's rho/rank* dengan nilai *p value*  $0,333 > \alpha 0,05$  yang bermakna tidak ada hubungan antara lama bekerja dengan kemampuan berpikir kritis perawat dalam deteksi dini DBD. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sumartini (2010) yang menyatakan bahwa pengalaman kerja tidak berpengaruh terhadap kemampuan berpikir kritis perawat. Menurut Martin (2002) menyatakan bahwa pengalaman klinik akan memberikan kesempatan perawat untuk mengaplikasikan dan membiasakan ketrampilannya, sehingga menurunkan kemampuan berpikir kritis.

Hal ini berbeda dengan teori Potter & Perry (2009) yang menyatakan bahwa pengalaman kerja mempengaruhi kemampuan berpikir kritis perawat. Pengalaman kerja akan memberikan pengalaman klinik dan mengenali pola kesehatan klien. Pengalaman belajar klinis diperlukan untuk memenuhi ketrampilan dalam membuat keputusan. Lama bekerja dapat mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang dalam kinerjanya. Semakin lama seseorang bekerja maka akan semakin terampil dan berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama bekerja paling banyak 5-10 tahun (51,1 %). Menurut Lumbatoruan (2005) menyebutkan bahwa perawat yang memiliki pengalaman kerja  $\geq 8$  tahun akan lebih baik kinerjanya dibandingkan perawat dengan masa kerja kurang dari 8 tahun. Menurut Benner & Wrubel dalam Brunt (2005), menyebutkan bahwa pengetahuan dan kemampuan berpikir kritis perawat dapat ditingkatkan melalui penggunaan metode diskusi kasus tentang insiden atau kondisi kritis, ronde keperawatan dan pendekatan kasus.

d. Hubungan Instansi Bekerja dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat dalam Deteksi Dini DBD

Hubungan Instansi Bekerja dengan kemampuan berfikir kritis responden dapat dilihat pada Tabel 4.9 berikut ini:

**Tabel 4.9** Hubungan Instansi Bekerja dengan Kemampuan Berpikir Kritis Perawat dalam Deteksi Dini DBD di Pelayanan Kesehatan Kabupaten Klaten tahun 2018 (N=45)

Instansi Bekerja	Kemampuan Berpikir Kritis						Sig
	Kurang		Cukup		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Puskesmas	12	26,7	6	13,3	18	40	0,793
RS	19	42,2	8	17,8	27	60	
Total	31	68,9	14	31,1	45	100	

Pada Tabel 4.9 menunjukkan bahwa responden yang bekerja di Puskesmas memiliki kemampuan berpikir kritis cukup sebanyak 6 orang (13,3%), dan kemampuan berpikir kritis kurang sebanyak 12 orang (26,7%). Responden yang bekerja di RS memiliki kemampuan berpikir kritis cukup sebanyak 8 orang (17,8%) sedangkan 19 orang (42,2%) memiliki kemampuan berpikir kritis yang kurang. Kemampuan berpikir kritis perawat di pengaruhi oleh kemampuan

mengingat kembali mengenai fakta dan pengalaman yang didapatkan dari berbagai sumber baik dari kelas, buku dan informasi dari klien (Rubinfeld & Scheffer (2007).

Perawat yang bekerja di Puskesmas merupakan pelayan kesehatan pertama dalam menemukan kasus DBD, sedangkan perawat yang bekerja di RS lebih banyak menemukan kasus DBD yang sudah tahap lanjut. Akan tetapi hasil penelitian menunjukkan jumlah perawat yang memiliki kemampuan berpikir kritis baik (0%), sedang (%) dan kurang (%). Salah satu factor yang mempengaruhi kemampuan berpikir kritis diantaranya adalah kegiatan yang bersifat rutinitas atau kebiasaan. Menurut Rubinfeld & Scheffer (2007) menyatakan pola kebiasaan/rutinitas akan menumpulkan kemampuan inquiry (penyeledikan, ide baru dan kreatifitas).

#### **D. Simpulan dan Saran**

##### **1. Kesimpulan**

- a. Gambaran karakteristik responden dalam penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 82,2%, dengan umur sebagian besar dalam kategori dewasa awal (51,1%), sebanyak 60% bekerja di RS, dengan lama bekerja sebagian besar 5-10 tahun (51,1%), sebagian besar memiliki kemampuan berpikir kritis kurang (68,9%).
- b. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan berpikir kritis dalam deteksi dini DBD dengan *p value* 0,667.
- c. Tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan berpikir kritis perawat dalam deteksi dini DBD dengan *p value* 0,125.
- d. Tidak ada hubungan antara lama bekerja dengan kemampuan berpikir kritis perawat dalam deteksi dini DBD dengan *p value* 0,333.
- e. Tidak ada hubungan antara instansi bekerja dengan kemampuan berpikir kritis perawat dalam deteksi dini DBD dengan *p value* 0,793.

##### **2. Saran**

- a. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi manajer bidang keperawatan untuk dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat melalui diskusi kasus, ronde keperawatan, supervise keperawatan dan program pelatihan keperawatan.

- b. Perawat

Dapat dijadikan masukan bagi perawat agar dalam melakukan proses keperawatan dari analisis kasus sampai pengambilan keputusan

klinis dilakukan berdasarkan pada kemampuan berpikir kritis daripada pola kebiasaan/rutinitas.

c. Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai masukan dalam proses pembelajaran kepada mahasiswa lebih diarahkan pada kemampuan berpikir kritis melalui pembelajaran dengan pendekatan studi kasus.

d. Peneliti

Perlu dilakukan penelitian lanjut tentang perbedaan kemampuan berpikir kritis pada perawat *fresh graduate* dengan perawat yang memiliki pengalaman kerja cukup lama.

### Daftar Pustaka

- Alfaro-LeFevre, R. (2004). *Critical Thinking and Clinical Judgment : A Practical Approach*. 3<sup>rd</sup>. Ed. St. Louis: Saunders.
- Arya Candra. (2010). Demam Berdarah Dengue: Epidemiologi, Pathogenesis dan Faktor Resiko Penularan. *Inspirator*. Vol.2.No.2.
- Cahyani,R. (2008). Gambaran Peran Perawat Dalam Penatalaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien DBD Anak Di Bangsal Ibnu Sina RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Dahlan, M. Sopiudin. (2011) *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Edisi 5. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Demam Berdarah Dengue. *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Dinkes Provinsi Jateng* (2012). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)
- Facione, P. A., & Facione, N. C. (2004) *Talking Critical Thinking*, Millbrae, CA : Calofornia Academic Press.
- Jendela Epidemiologi. Volume 2, Agustus 2010.
- Lumbantoruan, L. (2005). Analisis hubungan antara iklim kerja dan karakteristik individu dengan kinerja perawat pelaksana di ruangan rawat inap RSUP H. Adam Malik Medan.
- Martin, C. (2002). The theory of critical thinking of nursing. *Nursing education perseptive*.
- Mulyaningsih (2011). Hubungan berpikir kritis dengan perilaku caring perawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Thesis UI. Nasional Vol. 8, No. 8, Mei 2014.
- Nugroho, M. K. (2004). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat pegawai daerah di puskesmas kabupaten kudas* (Doctoral dissertation, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro).
- Potte, P.A., Perry, A.G. (2009). *Fundamental of nursing* (7<sup>th</sup> ed). Jakarta. EGC. 2009.
- Profil Kesehatan Jawa Tengah tahun 2012.
- Profil Kesehatan kabupaten Klaten. Tahun 2016.
- Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan RI. Buletin
- Rivai, V.,Mulyadi,D (2010). *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persana.
- Robbins., S.P (2003). *Perilaku Organisasi*. Jakarta. Gramedia.
- Rubinfeld, M.G., Scheffer, B.K (2007). *Berpikir kritis dalam keperawatan*. Jakarta : EGC.

- 
- Rubinfeld,M.G., Scheffer, BK, (2007). Berpikir Kritis dalam Keperawatan. Jakarta. EGC
- Rusmegawati.(2011).Pengaruh Supervisi Reflektif Interatif terhadap Ketrampilan Berfikir Kritis Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin. FIK.UI.
- Sukihanto,B.T. (2010). Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat pada Pelaksanaan Proses Keperawatan di RSUD Banyumas. Tesis FIK UI
- Sumartini, B. T. (2010). Pengaruh Penerapan Panduan Coaching Kepala Ruang Terhadap Kemampuan Berpikir Kritis Dan Pengambilan Keputusan Perawat Primer Dalam Proses Keperawatan Di Ruang Rawat Inap PKSC.
- Sunaryo, Nova Pramestuti (2014). Surveilans Aedes aegypti di Daerah Endemis Demam Berdarah Dengue. Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 8, No. 8, Mei 2014