

**TESIS**  
**PENGGUNAAN INSTRUMEN UNTUK MEGUKUR PERSEPSI**  
**PASIEN TERHADAP PERILAKU CARING PERAWAT**  
**DIRUMAH SAKIT : *A SCOPING REVIEW***

**DISUSUN OLEH :**

**HALIJAH BAUW**  
**C012171066**



**PROGRAM STUDI MAGISTER**  
**ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**  
**2021**

**PENGGUNAAN INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR PERSEPSI PASIEN  
TERHADAP PERILAKU CARING PERAWAT DI RUMAH SAKIT :  
*A SCOPING REVIEW***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister  
Keperawatan  
Fakultas Keperawatan  
Disusun dan diajukan oleh

**HALIJAH BAUW**  
**C012171066**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER  
ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR  
2021**

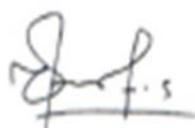
**LEMBAR PENGESAHAN TESIS**  
**PENGUNAAN INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR PERSEPSI**  
**PASIE TERHADAP PERILAKU CARING PERAWAT**  
**DIRUMAH SAKIT: A SCOPING REVIEW**

Disusun dan diajukan oleh

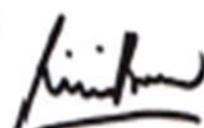
**HALIJAH BAUW**  
**C012171066**

Telah dipertahankan di depan panitia ujian Tesis  
Pada tanggal 9 September 2021  
Dan telah dinyatakan memenuhi syarat

Menyetujui Komisi Penaschat



Dr. Arivanti Saleh, S.KP., M.Si.  
NIP 19680421 200112 2 002



Kusri Kadar, S.Kep., MN., Ph.D.  
NIP 19760311 200501 2 003

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes.  
NIP 19740422 199903 2 002



Dr. Arivanti Saleh, S.Kp., M.Si.  
NIP 19680421 200112 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Halijah Bauw  
NIM C012171066  
Program Studi Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Keperawatan  
Judul Penggunaan Instrumen Untuk Mengukur Persepsi Pasien Terhadap Perilaku Caring Perawat Di Rumah Sakit *A Scoping Review*

Bersama ini saya menyatakan bahwa tesis yang saya ajukan ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar Magister di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lainnya. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan oleh orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Makassar, Mei 2021

Yang menyatakan

A 10,000 Rupiah revenue stamp (Metera Tempel) with a signature over it. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text '10000', 'METERA TEMPEL', and '88770A/K381804572'. The signature is written in black ink over the stamp.

Halijah Bauw

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT atas Rahmat dan KaruniaNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal tesis yang berjudul “Penggunaan Instrumen Untuk Mengukur Persepsi Pasien Terhadap Perilaku Caring Perawat Di Unit Hemodialisis Rumah Sakit” : *A Scoping Review*.

Penulis juga tak lupa mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pembimbing I Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.M.Si dan Ibu Kusrini Kadar, S.Kep. MN.,Ph.D. selaku pembimbing II, atas kesediaan dan kesabarannya untuk meluangkan waktunya membimbing dan mengarahkan peneliti sehingga dapat menyusun proposal ini dengan baik. Selanjtnya ucapan terima kasih juga peneliti sampaikan kepada Ibu Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Penulis juga menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan dan banyak terdapat kekurangan didalamnya, sehingga penulis sangat mengharapkan kritik dan masukan yang bersifat membangun dari tim penguji dan para pembaca.

Makassar, Mei 2021

Penulis

Halijah Bauw

## DAFTAR ISI

CONTENTS	
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vi
ABSTRAK .....	ix
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
BAB I .....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Tujuan Penelitian .....	6
1. Tujuan Umum .....	6
2. Tujuan Khusus .....	6
C. Manfaat Penelitian .....	6
D. Originalitas Penelitian .....	6
BAB II .....	8
TINJAUAN PUSTAKA .....	8
A. Literatur Review Rumah Sakit .....	8
1. Kualitas pelayanan Rumah Sakit .....	8
2. Pelayanan Keperawatan .....	9
B. Literatur Review Caring .....	10
1. Teori Caring .....	10
a. Menurut Watson .....	10
b. Menurut Swanson .....	15
2. Caring Dalam Keperawatan .....	16
a. Defenisi caring .....	16
b. Tujuan perilaku caring .....	17
3. Perilaku caring dalam keperawatan .....	17
a. Kehadiran .....	17
b. Sentuhan .....	18
c. Memahami .....	18
d. Mendengarkan .....	18
e. Komunikasi .....	19
f. Empati .....	19
C. Literatur Review Persepsi Pasien .....	19
1. Defenisi Kepuasan pasien .....	20
2. Defenisi persepsi pasien .....	20
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepuasan pasien .....	20
D. Instrumen Caring .....	23
1. CARE-Q .....	23
2. Caring Behavior Inventory .....	24
3. Caring Behavior Inventory-24 .....	24
4. Caring Behavior Inventory Elder .....	25
5. Caring Behavior Assessment .....	26
6. Caring Dimension Inventory .....	26
7. Caring Nursing Patient Interaction-70 .....	27

8. Caring Nursing Patient Interaction-23.....	28
9. Caring Assessment Tools .....	29
10. Preference of Nursing Scale.....	29
11. Caring Behavior Scale.....	30
12. Caring Behavior Inventory .....	30
13. Caring Assessment Care Giver .....	31
14. Caring Behavior Measuring.....	31
15. Caring Factor Survey-Tagalog.....	32
E. Literatur Scoping Review .....	33
1. Scoping Review .....	33
2. Metodologi Scoping Review.....	35
a. Arksey & Malley .....	35
b. Levac, Colquhun & O'Brien .....	36
c. The Joanna Briggs Institute.....	39
3. Kualitas Scoping Review.....	43
F. Kerangka Teori .....	45
BAB III .....	46
METODE PENELITIAN.....	46
A. Desain Penelitian.....	46
B. Defenisi Operasional.....	46
C. Kerangka Kerja Penelitian.....	48
D. Tahapan Penelitian	
1. Menentukan judul penelitian.....	48
2. Mengembangkan pertanyaan dan tujuan penelitian .....	48
3. Menyusun kriteria inklusi .....	50
4. Menyusun strategi pencarian .....	51
E. Pertimbangan Etik Penelitian .....	55
F. Alur Penelitian .....	56
BAB IV .....	57
HASIL PENELITIAN .....	57
A. Mengidentifikasi Studi yang Relevan .....	53
B. Melakukan Ekstraksi Data.....	54
C. Menganalisa studi .....	77
1. Karakteristik artikel.....	76
2. Konsep Pengukuran instrumen .....	79
3. Desain penelitian .....	84
4. Populasi dan sampel .....	86
5. Deskripsi instrumen.....	90
D. Pembahasan	
1. Penggunaan Konsep dan Teori Pengukuran Instrumen.....	99
2. Desain Penelitian.....	105
3. Populasi dan Sampel.....	106
4. Penggunaan Instrumen .....	109
5. Beban Pengukuran.....	117
6. Metode Pengukuran.....	118
E. Implikasi Dalam Keperawatan.....	120
F. Kesimpulan dan Saran.....	121
DAFTAR PUSTAKA.....	123

LAMPIRAN .....	130
----------------	-----

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Perilaku caring perawat mempunyai peran yang besar terhadap kepuasan pasien dan kualitas pelayanan di rumah sakit. Mengukur persepsi pasien secara langsung tentang perilaku caring perawat dapat meningkatkan kualitas layanan yang diberikan.

**Tujuan:** Memetakan instrumen Caring yang dapat digunakan untuk mengukur persepsi pasien tentang perilaku caring perawat di rumah sakit.

**Metode:** Menggunakan metode penelitian Scoping Review yang disusun berdasarkan panduan dari JBI. Literatur diperoleh berdasarkan hasil pencarian pada database, EBSCO, Pubmed, Proquest, Sciencedirect, dan pencarian sekunder diperoleh 47 artikel. Melalui 47 artikel tersebut diperoleh data bahwa ada 14 instrumen yang digunakan untuk mengukur persepsi pasien tentang perilaku caring perawat yaitu, *CARE-Q*, *Caring Behavior Inventory*, *Caring Behavior Inventory-24*, *Caring Assessment tools*, *Caring Behavior Assessment*, *Caring Dimension Inventory*, *Caring Nursing Patient Interaction Scale*, *Caring Factor Survey*, *Caring Measuring Behavior*, *Caring Behavior Scale*, *Preference of Nursing*, *Caring Behavior Inventory-E*, *Caring Measuring Behavior*, *Caring Assessment Care Giver*, *Caring Behavior Inventory*.

**Kesimpulan:** Mengukur Persepsi pasien tentang perilaku caring perawat dapat meningkatkan kepuasan pasien, kualitas perawatan dan kualitas pelayanan di rumah sakit.

**Kata Kunci:** caring, perilaku caring perawat, persepsi tentang caring

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kata Kunci Pencarian.....	51
Tabel 3.2 Strategi Pencarian.....	52
Tabel 4.1.Sintesis Gird Instrumen Caring.....	57
Tabel 4.2 Konsep Caring .....	78
Tabel 4.3 Desain Penelitian.....	83
Tabel 4.4 Populasi dan Sampel .....	84
Tabel 4.5 Deskripsi Instrumen .....	88

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	45
Gambar 4.1 Algoritma Pencarian.....	56
Gambar 4.3 Artikel Berdasarkan Negara.....	76
Gambar 4.4 Artikel Tahun Publikasi.....	77

## **LAMPIRAN**

Lampiran 1. Etik Penelitian

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Jaminan kesehatan secara menyeluruh merupakan tujuan penting dan mulia, namun cakupan kesehatan universal hendaknya dibahas, direncanakan dan dilaksanakan dengan fokus pada kualitas. Kualitas menjadi dasar dan fundamental untuk jaminan kesehatan secara menyeluruh. Memperluas akses perawatan tanpa kualitas perawatan yang terjamin sama saja dengan memberikan janji jaminan kesehatan universal yang kosong (*World Health Organization*, 2018). Meningkatkan kualitas dalam memberikan perawatan kesehatan merupakan prioritas global yang penting dan bertujuan untuk untuk menjamin keselamatan pasien, meningkatkan efektivitas klinis, dan menunjukkan tanggung jawab kepada masyarakat (Gishu, Weldetsadik, & Tekleab, 2019; Shaw, 2004). Selain itu kualitas layanan telah menjadi topik penting mengingat pengaruhnya yang besar terhadap keuntungan, penghematan biaya dan nilai jual (Al-Damen, 2017).

Terkait dengan kualitas pelayanan telah ada kesepakatan yang berkembang bahwa kepuasan pasien merupakan indikator utama dari kualitas perawatan kesehatan (Al-Damen, 2017). Oleh sebab itu memberikan perawatan berkualitas tinggi dan memastikan kepuasan pasien merupakan tantangan yang dihadapi organisasi perawatan kesehatan diseluruh dunia (Suhonen et al., 2012). Hal ini menuntut semua rumah sakit untuk mencari cara agar dapat memberikan layanan perawatan yang berkualitas (Al-Damen, 2017). Rumah sakit merupakan komponen penting dari sistem perawatan kesehatan yang mempunyai tanggung jawab untuk meningkatkan status kesehatan pasien dengan memberikan pelayanan berkualitas yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Perkembangan teknologi yang pesat dan persaingan yang semakin ketat membuat rumah sakit harus terus berusaha untuk meningkatkan kualitas pelayanannya (Juhana et al., 2015).

Keperawatan merupakan sumber daya manusia terbanyak di rumah sakit. Keperawatan mempunyai peran kunci dalam kepuasan atau ketidakpuasan pasien berdasarkan pengalaman pasien selama di rumah sakit, sehingga perilaku dan hubungan interpersonal perawat dengan pasien merupakan elemen utama dalam mencapai kepuasan pasien (Akbulut, Kant, Ozmen, & Akpinar, 2017) Oleh sebab itu perawat diharapkan dapat memberikan pelayanan yang profesional sesuai dengan kompetensinya untuk menjamin kualitas pelayanan, keselamatan pasien dan kepuasan dengan pengalaman rumah sakit (Kieft, de Brouwer, Francke, & Delnoij, 2014).

Perilaku caring merupakan inti dalam keperawatan dan merupakan faktor kunci untuk menjalin hubungan perawat-pasien yang efektif dan perawatan kesehatan yang berkualitas tinggi (Vujanić, Prlić, & Lovrić, 2020; Létourneau et al., 2017; Dyes et al., 2013). Oleh sebab itu perilaku caring mempunyai pengaruh yang besar terhadap kepuasan pasien dan kualitas layanan di rumah sakit (Potter & Perry, 2010). Perilaku caring diartikan sebagai aktivitas yang dilakukan oleh perawat dalam lingkungan yang penuh kasih, suportif dan terapeutik untuk meningkatkan kenyamanan dan penyembuhan (*American Association of the Critical Nurses*, 2017).

Kepedulian ini ditunjukkan perawat dalam memberikan layanan keperawatan kepada pasien dengan menjalin hubungan perawat-pasien yang terapeutik dan mengekspresikan perilaku caring mereka dengan kehadiran, kasih sayang, pendekatan dalam setiap memberikan asuhan kepada pasien (Bucco, 2015; Finkelman & Kenner, 2010). Selanjutnya perilaku caring perawat dapat meningkatkan kualitas perawatan sehingga menimbulkan rasa aman, pengurangan kecemasan, dan terjalin hubungan yang baik antara perawat dan pasien yang kemudian dapat meningkatkan kepuasan pasien (Heydari et al., 2019).

Kepuasan pasien terhadap perilaku caring sangat penting dalam bidang pelayanan kesehatan (Azizi-Fini et al., 2012; Liu et al., 2010). Sebagian besar pasien yang mendapatkan perawatan di rumah sakit

mengalami ketidaknyamanan disertai tekanan. Tekanan ini dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan hasil pengobatan (Azizi-Fini et al., 2012; Langen et al., 2006). Oleh sebab itu perawat harus memperhatikan tindakan dan keputusan yang diberikan kepada pasien rawat inap karena harapan pasien tersebut dan persepsi mereka terhadap perawatan merupakan aspek yang menentukan tingkat kepuasan mereka (Pereiraa et al., 2020; Wang et al., 2015). Perawat tidak hanya menjadi sumber informasi untuk pasien tetapi memberikan dukungan dan kenyamanan merupakan hal yang sangat penting (Azizi-Fini et al., 2012; Langen et al., 2006).

Menurut Kipp (2000) dalam (Bucco, 2015) perilaku caring merupakan ciri khas dari keperawatan namun persepsi pasien tentang perilaku caring lebih penting, sebab berdampak langsung kepada kesehatan dan kepuasan pasien. Kepuasan pasien terhadap perilaku caring dicapai ketika ada kesesuaian antara harapan pasien dan perawatan yang mereka terima (Azizi-Fini et al., 2012). Oleh sebab itu perawat harus dapat memahami persepsi pasien untuk menyesuaikan intervensi atau perilaku caring dengan kebutuhan pasien (Modic et al., 2014). Pengetahuan perawat tentang persepsi pasien terhadap asuhan keperawatan membantu perawat untuk menjadi sensitif terhadap perilaku caring mereka. Selain itu pemahaman yang benar tentang persepsi perawat dan pasien dapat membantu meningkatkan kualitas perawatan dan kualitas layanan (Kiliç & Öztunç, 2015; Hegedus, 1999).

Melalui pemahaman ini perawat dapat mengidentifikasi persepsi pasien tentang perilaku caring yang dibutuhkan oleh pasien sehingga perawat lebih fokus dalam memenuhi kebutuhan pasien dan dapat menjalin hubungan yang efektif dengan pasien (Heydari, Torkaman, & Torabizadeh, 2020; Zamanzadeh et al., 2010). Saat perawat mengembangkan pemahamannya dengan jelas tentang perilaku caring yang dibutuhkan oleh pasien perawat dapat menyusun intervensi keperawatan yang tepat untuk dapat meningkatkan kemampuan coping

pasien sehingga dapat mengatasi stress yang dialami dengan cara yang lebih efektif (Bucco, 2015; Ward, 1995; Cronin & Harrison, 1988).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa saat perawat berhasil menunjukkan perilaku caring yang sesuai pasien akan merasa aman, nyaman dan mendapatkan dukungan (Kiliç & Öztunç, 2015; Patiraki et al. 2014; Zamanzadeh et al. 2014; Palese et al., 2011; Zamanzadeh et al. al., 2010), kepuasan yang meningkat (Palese et al, 2011; Rafii, Hajinezhad, & Haghani, 2008; Elder et al., 2004; Wolf, Miller, & Devine, 2003). Selain itu persepsi pasien yang positif terhadap perilaku caring perawat dapat memberikan kontribusi yang positif untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasi penyakit, meningkatnya adaptasi dan perawatan diri. Selanjutnya pasien dapat disembuhkan dalam waktu singkat, dipulangkan lebih awal dan biaya perawatan kesehatan yang dibebankan kepada pasien akan berkurang (Dikmen & Yılmaz, 2016). Menilai persepsi pasien dan pengalaman mereka terhadap kualitas perawatan tidak hanya memberikan informasi tentang pengalaman aktual yang di alami oleh pasien tetapi juga untuk mendapatkan kembali informasi penting yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan layanan rumah sakit (Gishu, Weldetsadik, & Tekleab, 2019).

Mengukur persepsi pasien tentang perilaku caring perawat merupakan cara yang efektif untuk memantau kualitas perawatan dan mengevaluasi keefektifan keperawatan. Berdasarkan hasil pencarian sementara ditemukan tiga instrumen yang sering digunakan untuk mengukur persepsi perawat maupun pasien terhadap perilaku caring perawat. Instrumen CARE-Q merupakan instrumen pertama yang dikembangkan oleh Larson pada tahun 1981 terdiri dari 50 item pertanyaan tentang perilaku caring perawat yang dianggap penting oleh pasien kanker (Rchaidia et al., 2012). Instrumen *Caring Behavior Inventory (CBI)*, dikembangkan oleh Wolf pada tahun 1986 merupakan instrumen caring kedua yang dikembangkan untuk mengukur persepsi pasien bedah terhadap perilaku caring perawat yang terdiri dari 42 item pertanyaan (Watson, 2013). Cronin dan Harrison pada tahun 1988

mengembangkan instrumen *Caring Behaviors Assessment* (CBA) untuk mengukur pentingnya perilaku merawat perawat seperti yang dirasakan oleh 22 pasien pasca infark miokard (J. Watson, 2013).

Instrumen merupakan bagian yang sangat penting dari suatu penelitian. Kesalahan dalam memilih dan membuat instrumen menghasilkan data yang tidak menggambarkan kondisi sebenarnya apa yang ingin diteliti (Dharma, 2017). Mengukur persepsi pasien tentang perilaku caring perawat mempunyai potensi untuk meningkatkan perawatan pasien di bangsal yang pada akhirnya dapat berdampak pada hasil pasien dan praktik keperawatan (Afaya et al., 2017). Selain itu Peneliti lain mengidentifikasi bahwa kepedulian perawat yang dirasakan pasien adalah prediktor utama kepuasan pasien di rumah sakit (Azizi-Fini et al., 2012; Abdel Maqsood et al., 2012). Kepedulian dapat secara efektif ditunjukkan dan dipraktikkan hanya secara interpersonal (Zamanzadeh et al., 2010; Watson, 1979). Hubungan perawat-pasien dengan demikian menjadi dasar dari praktik keperawatan. Pendekatan praktis terhadap konsep ini membutuhkan baik interpretasi pasien dan perawat untuk diperiksa. Hal ini sangat penting agar perilaku caring perawat yang diberikan telah sesuai dengan harapan dan kebutuhan pasien, untuk itu harus ada kesepakatan bersama antara perawat-pasien tentang perilaku caring (Zamanzadeh et al., 2010; Larson, 1981). Perawat tidak dapat memastikan bahwa perilaku mereka konsisten dengan persepsi pasien tentang perawatan mereka (Zamanzadeh et al., 2010; Holroyd et al., 1998). Selain itu, perawat tidak dapat berasumsi bahwa pasien mempersepsikan upaya perawatan sebagaimana mestinya, untuk menghindari masalah ini, penting bahwa perawat memvalidasi dengan pasien bahwa kebutuhan perawatan mereka terpenuhi (Zamanzadeh et al., 2010; Christopher & Hegedus, 2000).

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas sehingga peneliti tertarik untuk memetakan instrumen caring yang tersedia dan telah digunakan untuk menilai persepsi pasien maupun perawat, sehingga judul penelitian ini adalah “Penggunaan Instrumen Caring untuk Mengukur

Persepsi Pasien dan Perawat terhadap perilaku caring di Rumah Sakit : *A Scoping Review*.

## **B. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi instrumen caring yang tersedia dan telah digunakan untuk mengukur persepsi pasien terhadap perilaku caring perawat di rumah sakit.

### 2. Tujuan Khusus

a. Mengidentifikasi instrumen dan sampel yang paling sering digunakan untuk menilai persepsi pasien dan perawat terhadap perilaku caring perawat rumah sakit.

b. Mengidentifikasi komponen dalam instrumen yang digunakan untuk mengukur persepsi pasien terhadap perilaku caring perawat meliputi domain/konsep pengukuran, desain penelitian, metode pengukuran dan beban pengukuran.

c. Memberikan gambaran tentang manfaat dan kesenjangan dari instrumen-instrumen yang telah digunakan untuk mengukur persepsi pasien terhadap perilaku caring perawat di unit Rumah Sakit.

## **C. Manfaat Penelitian**

1. Memberikan gambaran yang luas dan mendalam tentang pentingnya persepsi pasien terhadap perilaku caring perawat terhadap kualitas perawatan dan kualitas pelayanan kesehatan.

2. Memberikan gambaran tentang berbagai instrumen caring yang dapat digunakan untuk mengukur persepsi pasien dan perawat terhadap perilaku caring di Rumah Sakit.

3. Sebagai bahan pertimbangan untuk mengembangkan instrumen baru untuk mengukur persepsi pasien terhadap perilaku caring perawat.

## **D. Originalitas Penelitian**

Berdasarkan hasil penelusuran literatur tentang perilaku caring telah ada dua review yang dilakukan yang pertama systematik review tentang perilaku caring oleh (Romero-Martín et al., 2019) yang bertujuan

untuk melihat gambaran persepsi pasien terhadap perilaku caring perawat dengan menggunakan instrumen Caring Behaviour Inventory. Selanjutnya systematic review yang dilakukan oleh (Papastavrou, Efstathiou, & Charalambous, 2011) dengan tujuan menguji hipotesis bahwa perawat dan pasien mempersepsikan konsep caring dalam keperawatan secara berbeda dan dalam pencarian literatur ini peneliti tidak menemukan atau belum ada review tentang penggunaan instrumen untuk menilai persepsi pasien dan perawat terhadap perilaku caring di rumah sakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Literatur Review Rumah Sakit**

##### **1. Pelayanan kesehatan di rumah sakit.**

Secara global perkembangan ekonomi membentuk ekspektasi masyarakat terhadap kualitas layanan dan gaya hidup mereka. Persepsi pelanggan memainkan peran penting dalam kegagalan produk atau layanan apa pun. Akibatnya organisasi mengembangkan taktik untuk memberikan kualitas layanan yang lebih baik kepada pelanggan untuk berkembang dalam iklim ekonomi saat ini (Shafiq, Naeem, Munawar, & Fatima, 2017). Kualitas layanan telah menjadi topik penelitian yang penting di berbagai industri termasuk rumah sakit karena hubungan yang signifikan dengan biaya, keuntungan, kepuasan pelanggan, retensi pelanggan, dan jaminan layanan. Kualitas pelayanan rumah sakit yang lebih tinggi akan menyebabkan pelanggan memiliki tingkat kepuasan dan perilaku yang tinggi. Kualitas layanan yang dirasakan memiliki efek paling kuat pada kepatuhan perilaku melalui kepuasan pasien (Sulistyaningsih, Cahyani, Zulala, & Lestari, 2020).

Rumah sakit merupakan pusat penunjang medis dan medis dasar pelayanan penunjang medis, pelayanan perawatan (rawat jalan dan rawat inap), dan pelayanan instalasi. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang dimanfaatkan oleh pemerintah dan masyarakat (Agussalim, Asikin, Nasir, & Podding, 2020; Ratna, 2016). Rumah sakit memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya percepatan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Paradigma baru pelayanan kesehatan menuntut rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pasien dengan tetap mengacu pada kode etik profesi (Agussalim et al., 2020).

## 2. Pelayanan Keperawatan

Rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada pasien (Anderson et al., 2021). Perawat merupakan profesi terbanyak yang memberikan pelayanan di rumah sakit dan paling sering dan lama memberikan pelayanan kepada pasien. Oleh sebab itu kinerja perawat mempunyai dampak yang sangat besar dalam mempengaruhi kepuasan pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan (Agussalim et al., 2020). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pelayanan keperawatan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap kepuasan pasien. Pasien adalah pusat dari sistem perawatan kesehatan dan bermitra dengan penyedia layanan kesehatan mereka. Perawat dalam memberikan perawatan kepada pasien tidak hanya dari aspek klinis tetapi juga dari aspek emosional, mental, spiritual, sosial dan finansial. Perawatan kesehatan yang berkualitas aman, efektif, berpusat pada pasien, tepat waktu, efisien, dan adil. Kepuasan pasien merupakan tolak ukur untuk mengukur kualitas pelayanan. Memastikan kepuasan pasien yang optimal adalah prioritas dari rumah sakit (Dikmen & Yilmaz, 2016).

Hubungan perawat-pasien dapat diibaratkan sebagai jembatan di mana pasien difasilitasi oleh perawat untuk menerima tingkat perawatan yang seoptimal mungkin (Calong & Soriano, 2018). Pasien membutuhkan masalah mereka didiagnosis dan diobati dengan benar, kesehatan mereka dipulihkan dan / atau gejala berkurang. Pasien yang tidak mendapatkan pelayanan seperti yang mereka harapkan akan mengubah pilihan mereka ke rumah sakit yang lain untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan (Karaca & Durna, 2019 Shinde & Kapurkar, 2014). Peran perawat dalam hal ini adalah dengan menjalin hubungan perawat-pasien yang akan berdampak besar pada pengembangan hubungan yang efektif dengan pasien dan meningkatkan kepercayaan pasien dengan perawat. Hubungan yang

efektif ini juga dapat meningkatkan loyalitas pasien kepada perawat (Gaur, 2011).

Perawat dengan demikian dituntut untuk dapat memberikan layanan perawatan yang berkualitas. Salah satu wujud dari kualitas pelayanan tersebut adalah sikap caring yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang dirawatnya. Perilaku ini menyebabkan perawat memahami dan mampu memberikan bantuan kepada pasien baik secara fisik maupun psikis. Perilaku caring memungkinkan terpenuhinya kebutuhan esensial pasien (Anderson et al., 2021). Hubungan yang dikembangkan perawat dengan pasien selama shift rumah sakit di bangsal merupakan faktor paling berpengaruh yang memvariasikan perilaku caring dan mempengaruhi kepuasan pasien (Calong dan Soriano, 2018; Combers, 2011). Pada akhirnya mengukur terhadap persepsi pasien tentang perilaku caring perawat mempunyai potensi untuk meningkatkan perawatan pasien di bangsal yang pada akhirnya dapat berdampak pada hasil pasien dan praktik keperawatan (Afaya et al., 2017).

## **B. Literatur Review Caring**

### **1. Teori Caring**

#### **a. Menurut Watson**

Menurut Watson (1999) dalam (Pajnkihar, Stiglic, & Vrbnjak, 2017) caring merupakan cita-cita moral dari keperawatan yang mempunyai tujuan untuk memberikan perlindungan, peningkatan dan menjaga kesejahteraan pasien. Watson juga menekankan spiritual dan ketulusan hati sebagai nilai-nilai kemanusiaan yang paling penting dalam kehidupan. Teori dari Watson ini mengkonseptualisasikan caring sebagai hubungan interpersonal antara perawat dan pasien dengan dimensi transpersonal. Menurut Watson manusia yang peduli membutuhkan nilai-nilai, keinginan dan komitmen. Semua kepedulian manusia menurut Watson terkait dengan respon subyektif dari manusia terhadap kesehatan, penyakit, interaksi lingkungan pribadi, pengetahuan tentang proses keperawatan, pengetahuan diri, pengetahuan tentang

kekuatan seseorang dan batasan transaksi (Blasdel, 2017; Watson, 1988).

Selanjutnya Watson mendefinisikan manusia sebagai pribadi yang berharga untuk diperhatikan, dihormati dan dipahami serta ditolong. Menurut Watson seorang perawat yang peduli akan memahami bahwa setiap individu itu unik. Sebaliknya perawat yang tidak peduli tidak akan memahami bahwa individu itu unik (Adib-hajbagher et al., 2020; Watson, 2008). Proses kepedulian berlangsung saat perawat memberikan perawatan kepada pasien dan terjalin hubungan interpersonal perawat-pasien. Proses ini dilakukan oleh perawat dengan tujuan untuk memberikan perawatan dan kesembuhan yang melibatkan konsep-konsep kepedulian, perhatian dan cinta. Kesadaran perawatan dan kesembuhan dapat diperoleh melalui cinta dan bahwa saat perawat mendekati pasien mereka dengan cinta mereka dapat memfasilitasi kesembuhan pasien (Senturk, Kucukguclu, & Watson, 2017).

Menurut Watson (2008) dalam (Senturk et al., 2017) proses karitas merupakan inti dari keperawatan. Saat perawat dapat mempraktikkan proses caritas dengan tepat, maka perawat dapat menyembuhkan pasien dan pasien memperoleh pelayanan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual. Proses caritas memberikan pedoman untuk keperawatan. Proses ini juga membuat peran kepedulian dan karitatif keperawatan menjadi standar baru yang merupakan ciri khas dari keperawatan dan tidak harus berpatokan pada aspek kuratif medis. Adapaun kesepuluh faktor karitatif Watson adalah sebagai berikut :

1) Membentuk sistem humanistik-altruistik

Nilai-nilai humanistik dihasilkan dari kepercayaan, budaya dan seni. Mereka melibatkan kebaikan, empati, perhatian dan cinta untuk diri/ sendiri dan orang lain. Nilai altruistik terdiri dari hubungan dengan orang lain, keyakinan dan komitmen (Senturk et al., 2017; Watson, 2007). Faktor humanistik-altruistik didasarkan pada pengadopsian nilai-nilai humanistik-altruistik dan memiliki rasa cinta dan kasih

sayang pada diri sendiri dan orang lain. Perasaan humanistik dan pendekatan altruistik adalah faktor karatif dasar yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan untuk memberikan perawatan profesional (Watson, 2016). Oleh karena itu perawat harus memiliki sikap yang positif dan harus ceria, toleran, lembut dan penuh kasih sayang. Perawat harus mendekati individu dengan kebaikan dan cinta dari hati (Senturk et al., 2017; Halldorsdottir, 2008).

2) Menghadirkan kepercayaan dan harapan

Peran perawat adalah menjalin hubungan yang efektif dengan pasien sehingga terjalin kerja sama untuk menolong pasien dalam tahap kuratif maupun kratif dengan memberikan berbagai intervensi untuk dapat meningkatkan kesejahteraan pasien (Potter & Perry, 2010). Perilaku perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang mencerminkan faktor kepercayaan dan harapan adalah memberikan informasi pada klien tentang tindakan keperawatan dan pengobatan yang akan diberikan, bersikap kompeten dalam melakukan prosedur/ tindakan, mengobservasi efek medikasi/ obat pada klien, memotivasi klien untuk menghadapi penyakitnya secara realistis, membantu klien untuk memenuhi keinginannya terhadap alternatif tindakan keperawatan dan pengobatan untuk memperoleh kesehatan klien selama tidak bertentangan dengan penyakit dan kesembuhan klien, mendorong klien untuk melakukan hal – hal yang positif dan bermanfaat untuk proses penyembuhannya. (Potter & Perry; 2010; Susihar, 2011).

3) Perawat belajar untuk lebih peka terhadap diri sendiri maupun dengan pasien.

Perawat yang caring dapat membawa pasien pada aktualisasi diri dengan saling menerima apa adanya antara perawat-pasien. Perawat yang dapat mengekspresikan dirinya akan adapat membuat pasien melakukan hal yang sama Mengembangkan hubungan saling tolong menolong Melalui komunikasi yang efektif. Perawat belajar untuk membina dan mendukung hubungan saling percaya dengan pasien,

yang mana hal ini mempunyai peranan yang sangat signifikan dalam mewujudkan hubungan caring interpersonal (Potter & Perry, 2010). Perilaku perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang mencerminkan faktor sensitifitas adalah perawat belajar menghargai kesensitifan dan perasaan klien, sehingga ia sendiri dapat menjadi lebih sensitif, murni, dan bersikap wajar pada klien, menunjukkan sikap penuh kesabaran dalam menghadapi keluhan klien, selalu siap membantu klien bila dibutuhkan (Susihar, 2011; Muhlisin, 2008; Nurachma, 2001).

- 4) Mengembangkan membantu, mempercayai hubungan kepedulian  
Selama hubungan kepedulian manusia, perawat menjadi terlibat dalam pengalaman individu dan sebaliknya. Mereka berbagi ruang di luar ruang fisik. Mereka menjalin hubungan dengan dunia spiritual satu sama lain dan berkat hubungan ini, martabat manusia dilindungi dan dua individu saling membantu. Perawat dapat memberikan bantuan, asuhan, kepercayaan dengan memainkan peran otentik (alami, tulus, dapat diandalkan dan penuh kasih) dalam interaksi ini (Senturk et al., 2017; Watson, 2010).
- 5) Mempromosikan dan menerima ekspresi perasaan dan emosi positif dan negatif:  
Penting untuk memperhitungkan dan menjelaskan perasaan dan emosi dalam proses kepedulian manusia serta pikiran, perilaku dan pengalaman. Dengan menggunakan faktor karatif ini, perawat dapat menjalin hubungan kepedulian yang lebih mendalam, jujur dan otentik. Penting untuk mendengarkan perasaan orang lain dan menghargai cerita mereka sehingga mereka dapat menyembuhkan dan menemukan hal-hal yang bermakna dalam hidup mereka. Hanya dengan mendengarkan perasaan dan emosi individu, perawat dapat berkontribusi untuk penyembuhan mereka. (Senturk et al., 2017; Watson, 2010).

- 6) Terlibat dalam proses perawatan yang kreatif, individual, dan memecahkan masalah.

Perawat profesional menggunakan metode pemecahan masalah yang kreatif dalam proses keperawatan sehingga mereka dapat memutuskan asuhan keperawatan. Mereka membentuk dan menerapkan pendekatan kreatif ini dalam perawatan klinis. Mereka memanfaatkan pengetahuan, intuisi, naluri, estetika, fasilitas teknologi, keterampilan dan eksperimental, etika, dan karakteristik pribadi mereka sendiri dan orang lain. Semua bagian pengetahuan berharga dan penting untuk perawatan klinis. Proses kepedulian membutuhkan kreativitas, sistematis dan masuk akal (Senturk et al., 2017; Watson, 2010).

- 7) Pengajaran dan pembelajaran transpersonal

Faktor ini menekankan bahwa hubungan otentik antara perawat dan individu akan memfasilitasi pembelajaran sementara perawat memenuhi peran mereka dalam proses belajar mengajar. Semua proses belajar dan mengajar terjadi selama hubungan otentik yang dibangun antara perawat dan individu. Perawat mempersiapkan rencana perawatan mereka berdasarkan informasi yang mereka terima dari individu dan menawarkan pendidikan dalam lingkungan belajar mengajar yang otentik. (Senturk et al., 2017; Watson, 2010).

- 8) Membantu pemenuhan kebutuhan dasar manusia, sambil menjaga martabat dan keutuhan manusia

Faktor carative ini termasuk membantu memenuhi kebutuhan dasar fisik, emosional dan spiritual manusia. Individu memungkinkan perawat untuk dengan mudah mengakses diri mereka sendiri ketika mereka memiliki kebutuhan fisik. Ketika perawat membantu individu-individu ini, mereka tidak hanya memenuhi kebutuhan fisik mereka tetapi juga menyentuh jiwa mereka dan menyembuhkan mereka (Senturk et al., 2017; Watson, 2010).

9) Membantu pemenuhan kebutuhan dasar manusia, sambil menjaga martabat dan keutuhan manusia.

Faktor Karatif ini termasuk membantu memenuhi kebutuhan dasar fisik, emosional dan spiritual manusia. Individu memungkinkan perawat untuk dengan mudah mengakses diri mereka sendiri ketika mereka memiliki kebutuhan fisik. Ketika perawat membantu individu-individu ini, mereka tidak hanya memenuhi kebutuhan fisik mereka tetapi juga menyentuh jiwa mereka dan menyembuhkan mereka (Senturk et al., 2017; Watson. 2010).

10) Membiarkan terbuka terhadap dimensi eksistensial-fenomenologis dan spiritual dari perawatan dan penyembuhan.

Beberapa situasi fenomenologis, yang tidak dapat dijelaskan secara ilmiah, ada. Meskipun tidak diketahui bagaimana mereka direalisasikan, pengaruhnya terhadap individu manusia berbeda. Faktor carative mengacu pada pengalaman manusia, makna spiritual, keajaiban, kepercayaan budaya dan dunia subjektif internal perawat dan keluarga individu (Senturk et al., 2017; Watson, 2010).

b. Teori Caring Menurut Swanson

Swanson menerbitkan teori jarak menengah tentang caring pada tahun 1991 dan 1993. Teorinya tentang caring secara empiris dikembangkan dari tiga studi fenomenologi dalam konteks perinatal terpisah. Berdasarkan penelitian ini Swanson mengemukakan pendapatnya tentang defenisi caring, yaitu caring adalah cara perawat menjalin hubungan yang baik dengan pasien dalam memberikan perawatan dengan komitmen dan tanggung jawab (Swanson, 1991; 19993; 2013). Teori Swanson ini mendukung pernyataan bahwa caring merupakan inti dari fenomena keperawatan, tetapi tidak merupakan sesuatu yang unik (Potter & Perry, 2010).

Teori Swanson bermanfaat untuk memberikan petunjuk tentang cara membangun strategi caring yang berguna dan efektif. Menurut Swanson setiap proses caring mempunyai arti dan menjadi

dasar untuk intervensi keperawatan. Swanson juga menyatakan bahwa pelayanan keperawatan mempunyai peran yang sangat penting dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien (Potter & Perry, 2010; Swanson, 1999). Selanjutnya Swanson mengembangkan teorinya untuk dapat dijadikan pedoman dalam praktik klinik keperawatan dengan menguji dampak dari konseling berbasis caring pada emosional wanita di tahun pertama setelah mengalami keguguran. Hasilnya secara signifikan menunjukkan bahwa pada empat bulan pertama pasca keguguran konseling berbasis caring dapat menurunkan perasaan depresi dan amarah (Potter & Perry, 2010).

### 3. Caring Dalam Keperawatan

Peduli adalah inti dari keperawatan dan merupakan faktor fundamental yang membedakan perawat dari profesional lainnya (Afaya et al., 2017; Leininger, 1979). Para ahli teori setuju bahwa peduli adalah aspek penting dari profesi keperawatan (Alpar et al., 2013), dan hasil dari perilaku caring perawat telah terbukti dapat memberikan kontribusi yang positif pada kesejahteraan pasien (Akansel & Watson, 2020; Ayyub et al., 2015). Konsep caring dalam studi keperawatan telah didefinisikan dengan berbagai cara (Azizi-Fini, Masoumeh-Sadat, Mazroui-Sabdani, & Adib-Hajbaghery, 2012). Berikut ini beberapa pengertian tentang perilaku caring oleh beberapa para ahli teori :

#### a. Defenisi perilaku caring

Caring adalah proses interaktif antara pasien dan perawat yang berfungsi untuk melindungi, meningkatkan dan menjaga martabat manusia dan diwujudkan oleh serangkaian tindakan dengan tujuan memberikan perawatan yang tepat (Chen et al., 2012).

Perilaku caring diartikan oleh leyson (1996) dalam (Calong & Soriano, 2018) sebagai interaksi antara perawat-pasien yang dilakukan secara interpersonal yang baik dan hasilnya mempunyai pengaruh yang besar dalam meningkatkan kualitas hidup.

b. Tujuan perilaku caring

Perilaku caring dalam pelayanan kesehatan bertujuan untuk menjalin hubungan interpersonal perawat-pasien yang baik untuk dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (Calong & Soriano, 2018). Perilaku peduli perawat merupakan bagian terpenting dan juga proses interpersonal yang meliputi pelayanan kesehatan, membangun hubungan yang dapat dipercaya dan erat antara pasien dan perawat. Hal ini sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, perawat dan sebagai kunci utama dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Modic, Siedlecki, Griffin, & Fitzpatrick, 2014). Perawatan dengan demikian harus dapat memberikan pelayanan yang mencakup semua yang terkait dengan perilaku caring (Modic et al., 2014). Perilaku caring terdiri dari dua elemen utama yaitu perilaku peduli instrumental dan perilaku peduli ekspresif. Perilaku peduli instrumental terdiri dari tindakan teknis dan fisik, sedang perilaku ekspresif terdiri dari perilaku psikososial dan emosional (Shalaby, Janbi, Mohammed, & Alharthi, 2018; Brilowski & Wendler, 2005). Perilaku peduli mencakup berbagai fitur dan tindakan dan ini mungkin berupa kata-kata, pikiran, perasaan, penampilan, tindakan, gerakan, gerak tubuh, bahasa tubuh, sentuhan, tindakan, prosedur, dan / atau informasi (Shalaby et al., 2018).

4. Perilaku Caring Dalam Praktik Keperawatan

Menurut Potter & Perry (2010) perilaku caring perawat terdiri dari :

a. Kehadiran

Pasien menilai kehadiran sebagai hadir dan mendengarkan sehingga pasien tidak merasa sendiri, merasa aman, dan terjalin hubungan baik perawat-pasien. Kehadiran perawat juga terkait dengan waktu yang dihabiskan dengan pasien, waktu saat perawat tidak hadir bersama pasien dan waktu dimana perawat berjanji akan kembali bertemu dengan pasien (Adamson et al., 2012). Saat kehadiran

perawat berhasil diterima oleh pasien, maka pasien akan membiarkan perawat untuk melihat, membagi serta mengetahui sisi kerapuhan dan penderitaan mereka (Potter & Perry, 2010 Watson, 2003).

b. Sentuhan

Salah satu cara perawat memberikan dukungan dan perhatiannya kepada pasien untuk menjalin kedekatan yang menenangkan adalah dengan menggunakan sentuhan. Sentuhan caring adalah suatu bentuk komunikasi non-verbal yang dapat memberikan kenyamanan dan keamanan pasien, meningkatkan harga diri, dan membuat pasien dapat menerima kenyataan yang ada. Sentuhan yang diberikan tetaplah harus berorientasi pada tugas. Sentuhan ini dapat dilakukan dengan cara memegang tangan pasien, memberikan pijatan pada punggung, menempatkan pasien dengan hati-hati atau terlibat dalam pembicaraan (Potter & Perry, 2010).

c. Memahami pasien

Menurut Radwin (1995) dalam (Potter & Perry, 2010) pemahaman perawat terhadap pasien dapat membantu perawat untuk memberikan intervensi selanjutnya. Perawat yang memahami pasien dengan baik harus dapat menghindari asumsi, berpusat pada pasien, dan terlibat dalam hubungan caring bersama pasien dengan memberikan informasi serta memberikan penilaian klinis. Hubungan caring yang dibangun oleh perawat akan membantu perawat lebih mengenali individu sebagai individu yang unik dan dapat memberikan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

d. Mendengarkan

Mendengarkan merupakan kunci hubungan perawat-pasien, karena hal ini menunjukkan perhatian penuh dan kertertarikan perawat terhadap pasien. Kesungguhan perawat dalam mendengarkan pasien membuatnya dapat memberikan respon yang sesuai harapan dari pasien dan keluarganya. Saat mendengarkan pasien berbicara

perawat harus dapat memperhatikan nada suara, ekspresi wajah, dan bahasa tubuh pasien, karena hal ini dapat memberikan petunjuk dan membantu perawat dalam memberikan intervensi keperawatan yang tepat (Kozier et al, 2014).

e. Komunikasi

Komunikasi terapeutik merupakan suatu proses yang sangat penting, dimana pasien dapat menyampaikan pikiran, kecemasan dan emosi (DH, 2010). Silverman et al (1998) berpendapat bahwa komunikasi terapeutik membantu pasien untuk menyesuaikan diri, menghilangkan ketakutan, dan seringkali menggagalkan harapan yang tidak tepat. McIntyre dan Lugton (2005) menemukan bahwa pasien merasa didukung, percaya diri dan aman ketika kebutuhan psikososial mereka dikenali dan ditangani. Hallenbeck (2003) menyimpulkan bahwa berkomunikasi secara terapeutik sering kali merupakan keterampilan paling berharga yang dapat ditawarkan oleh para profesional kesehatan kepada pasien.

f. Empati

Empati adalah kemampuan untuk merasakan secara akurat apa yang dialami orang lain (Hawthron, 2015; Rogers, 1951). Menurut Carter (2001) dalam (Hawthron, 2015) bahwa ketakutan, kesusahan dan kecemasan pasien dapat dengan cepat dihilangkan oleh perawat yang menunjukkan empati dan kepekaan terhadap pasien. Empati sangat penting dalam hubungan perawat-pasien, perawat yang menunjukkan sikap empati dapat memberikan kepuasan kepada pasien sehingga berdampak pada kepatuhan pasien mematuhi pengobatan yang dianjurkan (Duarte, Pinto-Gouveia, & Bárbara, 2016; Epstein et al., 2007).

### **C. Literatur Review Persepsi Pasien**

Perawatan kesehatan yang berkualitas sangat penting bagi konsumen perawatan kesehatan, dan penyedia perawatan kesehatan di seluruh dunia dinilai berdasarkan standar perawatan dan keunggulan layanan mereka (Kaur et al., 2015; Anthony et al. 2004, Ford et al. 2006). Saat ini, kepuasan pasien

digunakan sebagai kriteria untuk mengukur kualitas pelayanan rumah sakit. Kepuasan pasien merupakan hubungan antara persepsi mereka tentang kualitas dan keinginan untuk menggunakan layanan tersebut kembali atau merekomendasikannya kepada orang lain. Persepsi pasien tentang kualitas asuhan keperawatan dan layanan rumah sakit semakin dilihat sebagai ukuran penting dalam memeriksa kualitas asuhan kesehatan (Vujanić et al., 2020; Donabedian, 1988). Oleh sebab itu mengeksplorasi kualitas asuhan keperawatan dari perspektif pasien termasuk kepuasan pasien telah menjadi bagian penting dari evaluasi kualitas perawatan kesehatan (Gishu, Weldetsadik, & Tekleab, 2019; Schneider & Palmer, 2002). Asuhan keperawatan sangat penting bagi pasien dan keluarga, mempelajari kesesuaian antara, persepsi perawat dan pasien tentang perilaku peduli dapat membantu fasilitas kesehatan memberikan pengalaman positif bagi pasien dan keluarga (Thomas, Newcomb, & Fusco, 2019).

## 1. Defenisi

### a. Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien diartikan sebagai persepsi pasien tentang pelayanan keperawatan dibandingkan dengan harapan pasien terhadap pelayanan perawatan yang diperoleh (Alasad, Tabar, & Aburuz, 2015).

### b. Persepsi Pasien

Persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan mengacu pada pandangan pasien terhadap pelayanan yang diterima dan hasil pengobatan serta dipantau untuk menilai pemberian dan kualitas pelayanan kesehatan, sedangkan pengalaman pasien merupakan cerminan dari apa yang sebenarnya terjadi selama proses pelayanan (Gishu et al., 2019; World Health Organization, 2000).

### c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Menurut Palese et al. (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien terdiri dari :

- 1) Demografi pasien
- 2) Harapan pasien

- 3) Pengalaman pasien
- 4) Lama rawat inap
- 5) Aspek budaya budaya, sosial dan kehidupan
- 6) Perilaku caring (Akansel et al., 2021; Larrabee et al., 2004; Wagner & Bear, 2008).

Caring merupakan bagian dan aspek penting dalam memberikan layanan keperawatan dan setiap perawat memiliki tanggung jawab untuk mengembangkan dan meningkatkan layanan keperawatan melalui perilaku caring (Vujanić et al., 2020). Perawat merupakan profesi yang paling sering memberikan layanan perawatan kesehatan berkelanjutan dalam sistem perawatan kesehatan, layanan mereka memiliki peran kunci dalam kepuasan pasien dan menghasilkan perawatan yang berkualitas (Zabolypour et al., 2017; ShakeriniaI, 2009; Zohal et al., 2005). Oleh sebab itu perawat harus dapat menjalin hubungan yang baik dengan pasien. Hubungan perawat-pasien merupakan faktor kunci dalam praktik caring untuk menghasilkan perawatan yang berkualitas dan pengalaman pasien. Melalui hubungan kepedulian ini perawat bersedia menghabiskan waktu bersama pasien untuk mengembangkan dan menjalin hubungan baik dengan pasien sehingga perawat dapat mengevaluasi, merencanakan dan memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien (Feo et al., 2017; Gordon 2006, Weinberg 2006).

Pasien sangat mengharapkan kepedulian perawat dan perawat harus dapat membuat pasien merasa bahwa perawat peduli kepada mereka sehingga pasien puas dengan layanan yang diperoleh (Vujanić et al., 2020; Nelson & Watson, 2012). Faktanya perilaku caring merupakan proses yang beraneka ragam, merawat dan terampil dalam menjalin hubungan perawat-pasien yang diwujudkan dalam bentuk kasih sayang, empati, perlindungan dan lain-lain sesuai dengan kebutuhan pasien

(Watson, 2012; Leininger, 2002). Oleh sebab itu perawat sebagai orang yang paling lama melakukan kontak dengan pasien harus dapat memahami persepsi pasien tentang perilaku caring yang mereka butuhkan sehingga pasien merasa perawat peduli kepada mereka (Calong calong & Soriano, 2018).

Mengidentifikasi perilaku caring dapat membantu perawat merancang intervensi yang berpusat pada pasien dan berdasarkan bukti dan yang berkontribusi pada pengalaman pasien secara keseluruhan. Saat perawat dapat menunjukkan perilaku caringnya kepada pasien akan terjalin hubungan saling percaya yang harmonis antara perawat-pasien sehingga kebutuhan pasien terpenuhi dan pasien merasa puas dengan pelayanan yang diperoleh (Watson, 2008). Pendapat Watson ini didukung dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa persepsi pasien yang positif terhadap perilaku caring perawat berdampak pada meningkatnya kepuasan, coping yang efektif dan kepatuhan yang meningkat (Heydari, Torkaman, & Torabizadeh, 2019; Sourial, 1997), emosional dan spiritual yang lebih baik, proses pemulihan yang lebih cepat, rasa aman, nyaman dan dukungan (Thomas et al., 2019; Dey, 2016). Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa persepsi pasien yang positif terhadap perawatan membuat pasien lebih cepat pulih, rendahnya kejadian morbiditas dan mortalitas (Thomas et al., 2019; Bardach et al., 2012; Boulding et al., 2011).

Kepuasan pasien merupakan hal yang sangat penting karena terkait dengan keselamatan pasien, mempengaruhi keputusan pasien untuk menggunakan layanan kesehatan dikemudian hari dan meningkatnya kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang dianjurkan (Modic et al., 2014; Wagner & Bear, 2008). Selain sebagai indikator penting kualitas asuhan keperawatan, kepuasan pasien memiliki efek timbal balik yang berarti dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan

asuhan keperawatan yang pada gilirannya akan meningkatkan kepuasan (Köberich et al., 2016; Milutinovic et al., 2012).

Persepsi pasien yang positif terhadap perilaku caring tidak hanya berdampak pada pasien tetapi juga pada organisasi kesehatan. Penerapan model interaksi perawat-pasien yang spesifik berdasarkan perilaku caring kedalam sistem perawatan kesehatan dapat meningkatkan lingkungan kerja, memberikan tingkat kepuasan yang lebih tinggi baik pada perawat dan pasien (Vujanić et al., 2020; Fortuno et al., 2019; Feo et al., 2017). menjamin tingkat keselamatan pasien yang lebih tinggi, dan memastikan kualitas tinggi perawatan kesehatan dan kondisi ekonomi yang lebih baik (Vujanić et al., 2020; Papastavrou et al., 2011; Feo et al., 2019). Kepuasan pasien merupakan indikator penting dari keperawatan dan kualitas perawatan secara keseluruhan, pengukuran persepsi pasien tentang kualitas perawatan yang lebih terfokus dan langsung diperlukan dan beberapa alat yang divalidasi telah dikembangkan secara khusus untuk menilai persepsi pasien tentang kualitas perawatan (Gishu et al., 2019; Dozier et al., 2001).

#### **D. Instrumen Caring**

##### **1. Instrumen CARE-Q**

Kuisisioner Penilaian Perawatan Care-Q dikembangkan oleh Larson (1984) CARE-Q adalah instrumen yang paling sering digunakan untuk menilai perawatan di dunia dan merupakan instrumen yang paling sesuai untuk perbandingan internasional. CARE-Q dikembangkan oleh Larson untuk digunakan dengan metodologi Q untuk mengidentifikasi perilaku merawat yang dianggap penting (Zamanzadeh et al., 2010; Mizuno et al., 2005). Lee, Larson dan Holzemer pada tahun (2006) memodifikasi CARE Q dari pendekatan Qmethodology menjadi 7 poin kuesioner skala likert dengan 50 item pernyataan. CARE-Q dimodifikasi dengan menilai frekuensi yang dirasakan oleh pasien, bagaimana perawat menerapkan perilaku peduli sambil memberikan perawatan kepada pasien.

Dalam pengembangan instrument ini Larson menggunakan survey Delphi tentang praktik perawat dalam menerapkan perilaku caring, yang menghasilkan 50 item perilaku caring perawat. Kuesioner 50 perilaku peduli yang dikategorikan ke dalam 6 subskala yaitu, dapat diakses (6 item), menjelaskan dan memfasilitasi (6 item), kenyamanan (9 item),antisipasi (5 item), hubungan saling percaya (16 item), monitor dan tindak lanjut (8 item) (Watson, 2013).

## 2. Instrumen *Caring Behaviors Inventory* (CBI)

*Caring Behavior Inventory* dikembangkan oleh Wolf pada tahun 1981 untuk mengukur persepsi pasien tentang perilaku peduli perawat. Instrumen ini awalnya dikembangkan dengan 75 item dan kemudian direvisi melalui proses psikometrik, menghasilkan 43 item dan akhirnya menjadi 42 (Watson, 2013; Beck, 1999; Kyle, 1995; Wolf et al., 1994). *Caring Behavior Inventory-42* dengan lima subskala yaitu rasa hormat kepada orang lain, jaminan kehadiran manusia, keterhubungan positif, pengetahuan dan keterampilan profesional, dan perhatian terhadap pengalaman orang lain. Setiap item dalam instrumen CBI dinilai dengan menggunakan skala likert 4 poin yaitu 1 = sangat tidak setuju; 2 = tidak setuju; 3 = setuju; 4 = sangat setuju. *Caring Behaviors Inventory* adalah instrumen pengukuran empiris kedua dari caring yang dilaporkan dalam literatur keperawatan (setelah publikasi CARE-Q Larson). Dasar konseptual-teoritis berasal dari literatur caring secara umum, dan teori caring transpersonal Watson (1988) (Watson, 2013).

## 3. *Caring Behavior Inventory-24*

*Instrumen Caring Behavior Inventor-24* merupakan bentuk singkat dari *Caring Behavior-42* yang dikembangkan oleh Wolf et al. (1994) untuk menilai persepsi perawat-pasien tentang perilaku peduli (Ergezen, Bozkurt, Dincer, & Emine, 2020). CBI-24 telah dianggap sebagai instrumen generasi ketiga untuk mengukur kepedulian (Watson, 2013). Wu et al. (2006) melalui proses psikometri instrumen CBI-42 disederhanakan menjadi CBI-24 item terdiri dari 5 subskala yaitu, rasa hormat menghormati yang lain, jaminan kehadiran manusia, keterhubungan positif, pengetahuan dan keterampilan profesional, dan

perhatian terhadap pengalaman orang lain dan setiap item dalam instrumen ini dinilai dengan menggunakan skala likert 6 poin, 1 = tidak pernah; 2 = hampir tidak pernah; 3 = kadang-kadang; 4 = biasanya; 5 = hampir selalu; 6 = selalu (Watson, 2013)

Alpha Cronbach untuk lima subskala dalam CBI-24 berkisar dari 0,81 (perhatian terhadap pengalaman orang lain) hingga 0,92 (kepastian kehadiran manusia). Koefisien reliabilitas konsistensi internal keseluruhan untuk CBI dilaporkan sebagai = 0,98 untuk orang dewasa yang sebelumnya dirawat di rumah sakit ( N = 335) dan = 0,95 untuk pasien jantung intervensi yang dirawat di rumah sakit ( N = 73) (Wolf, Colahan, Costello, Warwick, Ambrose, & Giardino, 1998; Wolf, Miller, & Devine, 2003). Koefisien alpha Cronbach juga dilaporkan untuk perawatan perawat yang dirasakan pasien ( $\alpha = .98$ ) (J. Watson, 2013).

#### 4. *Behavior Inventory-Elder* (CBI-E)

Instrumen CBI-E dikembangkan oleh Wolf et al. pada tahun 2004, 2006 untuk mengukur persepsi caring perawat yang dilaporkan oleh individu yang lebih tua dan perawat yang merawat mereka. CBI-E terdiri dari 28 item yang menggunakan skala likert tiga poin. Peserta diminta untuk menilai kata-kata dan ungkapan kepedulian pada skala tiga poin: 1 = jarang; 2 = kadang-kadang; dan 3 = sering. Skor total dapat berkisar antara 28 hingga 84. Versi pasien dan perawat berbeda menurut arah dan peran dengan item yang sesuai item demi item (Wolf et al., 2006). CBI-E mengukur perilaku kepedulian secara keseluruhan dan lima subskala yang mewakili aspek teknis dan emosional dari kepedulian: a) memperhatikan kebutuhan individu, b) menunjukkan rasa hormat, c) berlatih dengan pengetahuan dan keterampilan, d) menghormati otonomi, dan e) mendukung agama/ kebutuhan rohani. Untuk mengakomodasi peserta lansia, CBI-E dicetak dalam ukuran tipe 14 font dengan ruang terbuka yang cukup (Wolf et al., 2004, 2006). CBI-E menunjukkan reliabilitas dan validitas yang dapat diterima dalam penelitian sebelumnya (Wolf et al., 2004, 2006) dengan gabungan alfa Cronbach 0,936, para penatua 0,941, dan pengasuh 0,823. CBI telah digambarkan sebagai berharga dalam

menentukan persepsi perawatan pada pasien dan perawat (Andrews, Daniels, & Hall, 1996, seperti dikutip dalam Watson, 2002).

#### 5. Instrumen *Caring Behaviour Assessment Tools*

*Caring Behaviors Assessment* (CBA) adalah salah satu alat awal yang dikembangkan untuk menilai kepedulian. Ini adalah yang pertama dilaporkan dalam literatur keperawatan untuk memiliki dasar teoritis-konseptual eksplisit dari item tertentu yang berasal. CBA didasarkan pada teori Watson (1985, 1988) dan 10 faktor karatif yang diidentifikasi dalam karya aslinya. Instrumen ini dikembangkan oleh Cronin dan Harrison (1988) untuk mengidentifikasi perilaku keperawatan yang dirasakan oleh pasien. CBA adalah kuesioner 63 item yang menggunakan skala likert 5 untuk mencerminkan sejauh mana setiap perilaku keperawatan mencerminkan kepedulian. Instrumen CBA juga terdiri dari tujuh subskala yaitu Humanisme / iman – harapan / kepekaan 1-16, Membantu kepercayaan 17-27, Ekspresi perasaan positif / negatif 28-31, Mengajar / belajar 32-39, Mendukung, lingkungan protektif-korektif 40-49, Manusia membutuhkan bantuan 50-60, Kekuatan Eksistensial /fenomenologis / spiritual 61-63 (Watson, 2013). Tingkat keandalan serupa dilaporkan oleh Huggins, Gandy, dan Kohut (1993) dengan sampel 288 pasien rawat jalan yang diakses di ruang gawat darurat. Sebuah studi selanjutnya oleh Schultz, Bridgham, Smith, dan Higgins (1998) melaporkan uji reliabilitas tambahan dengan kisaran 0,71 hingga 0,88 untuk subskala, dan alfa 0,93 untuk skala total.

#### 6. *Caring Dimension Inventory* (CDI)

*Caring Dimensions Inventory* (CDI) adalah alat kuantitatif untuk mengukur kepedulian yang dikembangkan di University of Edinburgh, Skotlandia. Dasar konseptual teoritis untuk alat ini dipandu oleh pendekatan empiris daripada pendekatan teoritis untuk caring yang mengakui beberapa literatur teori caring secara umum. Pendekatan teoretis yang digunakan adalah pendekatan yang mendukung operasionalisasi caring melalui taksonomi dan pengukuran tertentu. Beberapa penelitian yang menggunakan instrumen ini telah dilaporkan dalam literatur,

meskipun penulis menunjukkan bahwa mereka belum mengumpulkan informasi secara sistematis tentang sejauh mana penggunaannya.

Beberapa konstruksi taksonomi perawatan utama Leininger (1981), bersama dengan leksikon dan taksonomi intervensi keperawatan Grobe dan Hughes (1993), diidentifikasi sebagai gagasan yang membantu. Selain tinjauan literatur akademis, kritik dasar artikel populer di jurnal keperawatan Inggris dan surat kabar dilakukan untuk mendeteksi bagaimana konsep caring disajikan kepada pembaca publikasi tersebut. Setiap artikel yang menggunakan kata kunci care atau caring antara tahun 1983 dan 1993 dalam *British Journal of Nursing and the Nursing Times*, *the Nursing Standard*, dan *Professional Nursing* dikumpulkan untuk makna dari konsep tersebut. Dari 63 artikel yang ditinjau dan diambil melalui sistem komputerisasi, muncul 14 tema. Yang paling umum adalah hubungan perawat-pasien (36 artikel), intervensi keperawatan (17 artikel), sikap keperawatan (16 artikel), keterampilan keperawatan (15 artikel), dan komunikasi (16 artikel) (Watson & Lea, 1997). Dalam pengembangan CDI, kategori umum perawatan dikembangkan dari tinjauan literatur. Empat tema yang paling populer digunakan untuk mengklasifikasikan pertanyaan CDI, karena mereka diyakini menggambarkan kategori umum perawatan. Sebanyak 25 item ini dimasukkan dalam CDI. *Caring Dimensions Inventory* (CDI) adalah 25-item, 5-point skala Likert yang dirancang untuk mengambil sampel persepsi keperawatan dari sejumlah besar perawat dan mahasiswa perawat dan tidak didasarkan pada satu teori keperawatan (Watson & Lea, 1997).

#### 7. *Caring Nursing Patient Interaction Scale*

*Caring Nurse-Patient Interactions Scale* (CNPI-70) dikembangkan oleh Cossette, Cara, Ricard, dan Pepin (2005) dari teori human caring yang dikemukakan oleh Watson (1979, 1988). Skala ini dimaksudkan untuk memfasilitasi penelitian tentang hubungan antara caring, seperti yang dijelaskan oleh 10 faktor carative keperawatan, dan hasil pasien. Item CNPI mencerminkan masing-masing dari 10 faktor carative dan diatur dalam 10 subskala. Skala ini juga dirancang untuk

mengatasi masalah praktis yang menurut penulis kurang ditangani dengan baik dalam instrumen-instrumen sebelumnya. Oleh karena itu, kata-kata item memungkinkan skala untuk menangkap kepedulian di berbagai kelompok informan (pasien, anggota keluarga, perawat, siswa) dan untuk tujuan penelitian dan pendidikan yang berbeda. Misalnya, jawaban dapat dinilai dalam hal kepuasan dengan sikap peduli, frekuensi kemunculannya, kepentingannya, sejauh mana responden merasa sikap peduli itu realistis dalam pengaturan klinis, dan perasaan kompetensi perawat dan siswa dalam mengadopsinya. . Daftar awal 121 item yang dikembangkan dari literatur empiris dan teoritis dikurangi menjadi 72 item setelah pemeriksaan validitas isi oleh 13 perawat ahli. Skala ini pertama kali dikembangkan dalam bahasa Prancis dan kemudian terjemahan kembali digunakan untuk menerjemahkan skala ke dalam bahasa Inggris. Label ringkasan untuk 10 subskala adalah humanisme (6 item), harapan (7 item), sensitivitas (6 item), hubungan membantu (7 item), ekspresi emosi (6 item), pemecahan masalah (6 item), mengajar (11 item), lingkungan (7 item), kebutuhan (10 item), dan spiritualitas (6 item).

#### 8. *Caring Assessment Tools (CAT)*

*Caring Assessment Tools* awalnya dikembangkan oleh Duffy pada tahun 1990 sebagai survei 100 item untuk menilai persepsi pasien tentang perilaku merawat perawat. CAT telah direvisi secara berulang (Duffy et al., 2014; Duffy, Hoskins, & Seifert, 2007) dan saat ini (CAT-V) survei 27 item unidimensi. CAT didukung oleh Quality Caring Model yang menggabungkan beberapa teori dari berbagai disiplin ilmu untuk membantu mengeksplorasi hubungan perawat dengan pasien dan kontribusi sikap dan tindakan keperawatan terhadap hasil pasien (Kim, 2016). CAT diselesaikan oleh pasien dengan menggunakan pendekatan kertas-dan-pensil (Duffy & Brewer, 2011) atau melalui survei elektronik (Duffy, Kooker, Wolverton, & Weaver, 2012). Versi berulang dari CAT memiliki jumlah item yang berbeda (100, 36 dan 27) dan struktur faktor yang berbeda (antara 8 dan 1), dan setiap versi telah melaporkan

reliabilitas dan validitas yang sesuai (Duffy et al., 2014, 2007; O ' Nan, Jenkins, Morgan, Adams, & Davis, 2014).

#### 9. *Preference of Nursing Scale* (PONS)

*Preference of Nursing Scale* dikembangkan oleh Kostovich pada tahun 2002 yang dilatarbelakangi oleh tinjauan literatur dan observasi di lapangan dan selanjutnya menghasilkan defenisi konsptual yang validasi oleh 10 orang perawat yang memberikan perawatan kepada pasien. Instrumen PONS terdiri dari 25 item yang dinilai dengan skala likert 5 poin (1 poin); jarang (2 poin), kadang-kadang (3 poin), sering (4 poin), dan selalu (5poin). Semua 25 item pada skala secara khusus terkait dengan komponen definisi konseptual, membuat skala termasuk definisi. Selain 25 item untuk penilaian, skala juga termasuk satu pertanyaan untuk awalnya menentukan keberadaan kehadiran keperawatan, dua pertanyaan terbuka terkait dengan pengalaman pasien dengan kehadiran keperawatan, dan dua pertanyaan untuk menilai kepuasan pasien (Kostovich, 2012).

Reliabilitas konsistensi internal dievaluasi menggunakan koefisien reliabilitas alpha Cronbach. Asumsi bahwa setiap item sama dengan setiap item lainnya didukung oleh alpha 0,95. Statistik skala mengungkapkan skor rata-rata 105.833 (skor minimum yang mungkin 25; skor maksimum yang mungkin 125) dengan varians 257,85 (SD = 16,05). Rata-rata item sebesar 4,233 dengan varians item rata-rata 0,898 dan korelasi antar item sebesar 0,473. Hasil ini menunjukkan PON memiliki tingkat konsistensi internal yang tinggi (Kostovich, 2012).

#### 10. *Caring Behavior Scale* (CBS)

Merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Ou & Lin (2006) di Taiwan dengan pertimbangan utama bahwa instrumen caring yang tersedia dikembangkan berdasarkan budaya barat yang mungkin tidak sesuai dengan budaya Taiwan. Selain itu menurut Leninger & McFarland (2005) dalam (Li et al., 2020) bahwa Perbedaan budaya harus dipertimbangkan ketika menggunakan instrumen perilaku peduli dan bahwa esensi dari perilaku caring ditentukan oleh perbedaan budaya. Instrumen *Caring Behavior Scale* ini terdiri dari 28 item pernyataan dari

3 subskala yaitu, membantu pasien melalui lintasan penyakit, advokasi untuk pasien, dan mengetahui pasien. Setiap item dinilai dengan menggunakan skala likert 4 poin yaitu, 0 = tidak pernah, 1 = kadang-kadang, 2 = sering, dan 3 = selalu, dengan skor yang lebih tinggi mencerminkan perilaku kepedulian yang lebih sering (kisaran skor = 0-84). *Caring Behavior Scale* memiliki validitas yang dapat diterima dan reliabilitas konsistensi internal ketika digunakan dengan mahasiswa keperawatan dan sarjana muda serta program gelar associate. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lin pada tahun 2001 menunjukkan indeks validitas isi 0,82 untuk CBS, dengan alpha Cronbach dari 0,83, 0,86 dan 0,87 dan tes ulang koefisien 0,82, 0,82 dan 0,80 untuk 3 subskala (Li et al., 2016). Selanjutnya Pai et al. (2013) melaporkan alpha Cronbach sebesar 0,94 dan reliabilitas tes-tes ulang sebesar 0,86

#### 11. *Caring Behavior Inventory* by Hegedus

Pada awalnya instrumen ini terdiri dari 45 item yang dianggap mewakili berbagai perilaku caring Item ini diperoleh dari wawancara informal dengan perawat, pengamatan klinis dan dari membaca literatur. Perawat yang berpartisipasi dalam aspek penelitian ini adalah dokter berpengalaman yang terlibat dalam perawatan langsung serta fakultas di sekolah keperawatan. Pada fase penelitian selanjutnya, 45 item dan tujuh domain, seperti yang didefinisikan oleh Benner, diberikan kepada panel yang terdiri dari 10 ahli konten. Anggota panel peninjau ini berasal dari latar akademik dan klinis yang mewakili keahlian di bidang perawatan substantif dan teknik pengembangan instrumen (Davis 1992).

Para juri diminta untuk menetapkan setiap item ke domain yang paling mungkin dan menunjukkan seberapa kuat perasaan mereka tentang penempatan pernyataan tersebut. Pilihannya adalah 1 tidak terlalu yakin, 2 sangat setuju, 3 tidak ada pertanyaan tentangnya (Gable 1986). Peringkat juri dihitung dan item dipertahankan berdasarkan dua kriteria: minimal 80% persetujuan penugasan item ke domain dan tingkat kenyamanan minimal 2 (keyakinan kuat oleh juri yang setuju dengan

kategori item. Skala akhir memiliki 20 item yang mencerminkan domain Benner tentang peran membantu dan fungsi pengajaran-pelatihan.

#### 12. *Caring Assessment Care Giver (CACG)*

Instrumen *Caring Assessment for Care Givers (CACG)* digunakan untuk mengukur persepsi perawat tentang caring. CACG, instrumen yang valid dan andal didasarkan pada lima proses atau dimensi teori kepedulian menengah Swanson dan mencakup lima proses mengetahui, berada bersama, melakukan untuk, memungkinkan, dan mempertahankan keyakinan. Instrumen CACG dikembangkan secara khusus untuk digunakan dengan perawat di rangkaian yang menggunakan model *relationship-based care (RBC)*. Instrumen terdiri CACG terdiri dari lima subskala dengan lima item skala untuk masing-masing dari lima proses caring. Setiap item skala bersifat dikotomis, dengan perilaku yang menggambarkan orientasi kepedulian yang rendah di sebelah kiri dan perilaku yang menggambarkan orientasi kepedulian yang tinggi di sebelah kanan. Skor total untuk setiap subskala berkisar dari 5 hingga 25, dengan skor total untuk instrumen berkisar antara 25 hingga 125. Semakin tinggi skor, semakin besar atau kuat orientasi kepedulian pengasuh secara keseluruhan. CACG telah diuji dan terbukti valid dan reliabel. Indeks validitas isi instrumen ditemukan dapat diterima sebesar 0,84. Keandalan konsistensi internal telah selesai dan koefisien alpha keseluruhan adalah 0,939 untuk instrumen.

#### 13. *Caring Measuring Behavior (CMB)*

Proses pengembangan instrumen *Caring Measuring Behavior* dimulai dengan para peneliti melakukan wawancara mendalam dengan 14 pasien dewasa yang dirawat di bangsal medis-bedah. Para peneliti kemudian mengembangkan panduan perilaku peduli untuk mahasiswa keperawatan, diperoleh 48 perilaku peduli khusus yang digunakan sebagai bahan peajaran untuk melatih mahasiswa keperawatan dalam merawat pasien selama praktik klinis (Lee-Hsieh et al., 2001). Selanjutnya CBM diajukan ke panel delapan ahli keperawatan, termasuk instruktur klinis, administrator keperawatan, dan sarjana keperawatan

untuk mengevaluasi kejelasan dan relevansinya pada skala empat poin. Panel menentukan apakah setiap item sesuai, akurat, dan representatif. Pada langkah empat, bahasa kuesioner ditinjau untuk kejelasan oleh tiga pasien yang baru saja keluar dari rumah sakit atas undangan para peneliti. Kuesioner kemudian direvisi sesuai dengan itu sehingga dari 48 item daftar perilaku peduli tertinggal 47 item. Pada tes pertama 7 instrumen dihapus karena tidak sesuai sehingga tertinggal 40 item. Kira-kira, 15 menit diperlukan untuk menyelesaikan satu kuesioner.

Konsistensi internal instrumen diukur dengan koefisien  $\alpha$  Cronbach. karakteristik item individu diperoleh dengan koefisien korelasi antar-item rata-rata yang dikoreksi, korelasi interitem, dan Dua belas item dengan koefisien korelasi antar item lebih besar dari 0,70 dihapus sebagai berlebihan berdasarkan rekomendasi Ferketich (1991). Selanjutnya validitas konstruk instrumen 28 item yang direvisi diperiksa dengan analisis faktor eksplorasi menggunakan komponen utama dengan rotasi Oblimin. CBM berisi 28 item dan dievaluasi pada skala tipe Likert 4 poin dari tidak pernah (1) hingga selalu (4). Delapan ahli diundang untuk memeriksa validitas isi dan wajah. Analisis faktor eksplorasi (EFA) digunakan untuk menguji validitas konstruk CBM. Berdasarkan kriteria PUS, alat mengungkapkan dua faktor, faktor 1 “ketulusan, empati dan rasa hormat” (15 item) dan faktor 2 adalah “perilaku peduli profesional” (13 item). Total varians yang dijelaskan dari CBM adalah 64,958%. Korelasi dari total item berkisar 0,5830-0,8544. Cronbach adalah 0,9748.

#### 14. *Caring Factor Survey-Tagalog (CFS-T)*

*Caring Factor Survey* dikembangkan berdasarkan teori caritas Watson untuk menilai persepsi pasien tentang perilaku caring perawat dari kesadaran cinta kasih (Dinapoli, Turkel, Nelson, & Watson, 2010).. *Caring factor survey* awalnya instrumen ini terdiri dari 20 item yang dikembangkan untuk mengukur persepsi perilaku caring oleh karyawan yang berinteraksi dengan pasien dalam perawatan kesehatan. Instrumen *Caring Factor Scale* kemudian dimodifikasi menjadi 10 item pernyataan

yang masing-masing item merupakan cerminan salah satu dari 10 proses caritas yang diartikulasikan oleh Watson pada tahun 2008 dalam teori terbarunya tentang persepsi pasien terhadap perilaku caring. Setiap item dalam instrumen ini dinilai dengan menggunakan skala likert 7 poin mulai dengan poin 1 (sangat tidak setuju) hingga poin 7 (sangat setuju) (DiNapoli et al., 2010). Adapun kesepuluh faktor karatif Watson tersebut adalah cinta kasih, pengambilan keputusan, tanamkan iman dan harapan, mengajar dan belajar keyakinan dan praktik spiritual, perawatan holistic, hubungan saling tolong menolong dan saling percaya, lingkungan penyembuhan, promosi ekspresi perasaan, keajaiban/kekuatan.

Hasil dari kelompok kerja ilmiah adalah munculnya 10 item CFS. Analisis faktor mengungkapkan setidaknya satu dari dua item berpasangan untuk setiap faktor karatif yang dimuat ke dalam solusi 10 item tunggal terakhir. Pembebanan faktor akhir untuk salah satu dari 10 item yang dipasangkan untuk proses caritas berkisar antara 0,833 hingga 0,891 (Nelson et al., komunikasi pribadi, 8 Agustus 2008). Keandalan dari 10 item terakhir CFS, menggunakan alpha Cronbach untuk studi 450 perawat di tiga fasilitas, adalah 0,89. Faktor yang menyumbang 66% dari varians adalah faktor satu, praktik cinta kasih (DiNapoli et al., 2010).

## **E. Literature Scoping Review**

### *1. Scoping Review*

*Scoping review* merupakan alat yang tepat untuk menentukan ruang lingkup atau cakupan literatur tentang topik tertentu dan memberikan indikasi yang jelas tentang banyaknya literatur dan studi yang tersedia serta gambaran umum dari topik (Munn et al., 2018; Amstrong et al., 2011). *Scoping review* mempunyai proses yang hampir sama dengan *systematic review*, karena keduanya menggunakan metode yang ketat dan transparan untuk mengidentifikasi dan menganalisis secara komprehensif semua literatur yang relevan yang berkaitan dengan pertanyaan penelitian (Pham et al., 2014; DiCenso et al., 2010).

Kedua *scoping review* umumnya mencakup lebih banyak desain studi dan metodologi daripada sistematik review yang membahas

efektivitas intervensi, yang sering berfokus pada uji coba terkontrol secara acak (Arksey dan O'Malley, 2005). Ketiga, *scoping review* bertujuan untuk memberikan gambaran deskriptif dari materi yang ditinjau tanpa menilai secara kritis studi individu atau mensintesis bukti dari studi yang berbeda (Arksey dan O'Malley, 2005; Brien et al., 2010). Sebaliknya, sistematik review bertujuan untuk memberikan sintesis bukti dari studi yang dinilai untuk risiko bias (Pham et al., 2014; Higgins dan Green, 2011).

Terdapat empat alasan yang mendasari dilakukannya *scoping review* menurut Arksey & O'Malley (2005) yaitu :

- a. Menelaah luas, jangkauan dan sifat kegiatan penelitian: ini Jenis tinjauan cepat mungkin tidak mendeskripsikan temuan penelitian secara rinci tetapi merupakan cara yang berguna untuk memetakan bidang studi di mana sulit untuk memvisualisasikan berbagai bahan yang mungkin tersedia.
- b. Untuk menentukan nilai dari melakukan tinjauan sistematis lengkap: dalam kasus ini, pemetaan literatur pendahuluan dapat dilakukan untuk mengidentifikasi apakah tinjauan sistematis lengkap layak atau tidak (apakah ada literatur?) Atau relevan (sudahkah tinjauan sistematis telah dilakukan?) dan biaya potensial untuk melakukan tinjauan sistematis penuh.
- c. Meringkas dan menyebarluaskan temuan-temuan penelitian: studi pemeriksaan awal semacam ini dapat mendeskripsikan secara lebih rinci temuan dan cakupan penelitian di bidang studi tertentu, sehingga memberikan mekanisme untuk meringkas dan menyebarluaskan temuan penelitian kepada pembuat kebijakan, praktisi, dan konsumen yang mungkin jika tidak kekurangan waktu atau sumber daya untuk melakukan pekerjaan tersebut sendiri.
- d. Dalam mengidentifikasi kesenjangan penelitian dalam literatur yang ada: jenis studi pemeriksaan awal ini mengambil proses diseminasi selangkah lebih maju dengan menarik kesimpulan dari literatur yang ada mengenai keadaan keseluruhan kegiatan penelitian. Dirancang

khusus untuk mengidentifikasi celah dalam basis bukti di mana tidak ada penelitian yang dilakukan, penelitian ini juga dapat merangkum dan menyebarkan temuan penelitian serta mengidentifikasi pentingnya relevansi tinjauan sistematis lengkap dalam bidang penyelidikan tertentu.

## 2. Metodologi *Scoping review*

Menurut Arksey & O'Malley (2005) dalam (Pham et al., 2014) tujuan umum dilakukannya scoping review adalah untuk mengidentifikasi dan memetakan bukti penelitian yang tersedia. Adapun metodologi kerangka kerja untuk menyusun scoping review yaitu :

### a. Arksey & O'Malley (2005)

Menggunakan enam tahap metodolgi dalam menyusun scoping review yaitu;

#### 1) Mengidentifikasi pertanyaan penelitian

Mengidentifikasi pertanyaan penelitian memberikan peta jalan untuk tahapan selanjutnya. Aspek yang relevan dari pertanyaan harus didefinisikan dengan jelas karena memiliki konsekuensi untuk strategi pencarian. Pertanyaan penelitian bersifat luas karena berusaha memberikan cakupan yang luas.

#### 2) Mengidentifikasi studi yang relevan

Tahap ini melibatkan pengidentifikasian studi yang relevan dan mengembangkan rencana keputusan tentang lokasi pencarian, istilah mana yang digunakan, sumber mana yang akan dicari, rentang waktu, dan bahasa. Kelengkapan dan keluasan penting dalam pencarian. Sumber termasuk database elektronik, daftar referensi, pencarian jurnal kunci, serta organisasi dan konferensi. Luasnya penting; namun, kepraktisan pencarian juga demikian. Waktu, anggaran, dan sumber daya personel merupakan faktor pembatas potensial dan keputusan perlu dibuat di awal tentang bagaimana hal ini akan memengaruhi pencarian.

#### 3) Seleksi studi

Pemilihan studi melibatkan kriteria inklusi dan eksklusi post hoc. Kriteria ini didasarkan pada kekhususan pertanyaan penelitian dan keakraban baru dengan materi pelajaran melalui membaca studi.

4) Membuat grafik data

Formulir bagan data dikembangkan dan digunakan untuk mengekstrak data dari setiap studi. Sebuah 'review naratif' atau 'deskriptif analitis' metode digunakan untuk mengekstrak informasi kontekstual atau berorientasi proses dari setiap studi.

5) Menyusun, meringkas, dan melaporkan hasil

Kerangka analitik atau konstruksi tematik digunakan untuk memberikan gambaran luas literatur tetapi bukan sintesis. Analisis numerik tentang luas dan sifat studi menggunakan tabel dan grafik disajikan. Analisis tematik kemudian disajikan. Kejelasan dan konsistensi diperlukan saat melaporkan hasil.

6) Konsultasi (opsional)

Memberikan kesempatan bagi konsumen dan keterlibatan pemangku kepentingan untuk menyarankan referensi tambahan dan memberikan wawasan di luar yang ada dalam literatur.

b. Menurut Levac, Colquhoun, & O'Brien (2010).

1) Mengidentifikasi pertanyaan penelitian

a) Mengartikulasikan pertanyaan penelitian dengan jelas yang akan memandu ruang lingkup penyelidikan. Pertimbangkan konsep, populasi sasaran, dan hasil kesehatan yang diminati untuk memperjelas fokus studi pemeriksaan awal dan menetapkan strategi pencarian yang efektif.

b) Saling mempertimbangkan tujuan studi pemeriksaan awal dengan pertanyaan penelitian. Bayangkan hasil yang diinginkan (misalnya kerangka kerja, daftar rekomendasi) untuk membantu menentukan tujuan studi

c) Pertimbangkan alasan melakukan studi pemeriksaan awal untuk membantu memperjelas tujuan.

- 2) Identifikasi studi yang relevan
  - a) Pertanyaan dan tujuan penelitian harus memandu pengambilan keputusan di sekitar ruang lingkup penelitian
  - b) Bentuk tim yang sesuai dengan konten dan keahlian metodologis yang akan memastikan keberhasilan penyelesaian studi.
  - c) Ketika membatasi ruang lingkup tidak dapat dihindari, justifikasi keputusan dan akui potensi keterbatasan studi.
- 3) Pemilihan studi
  - a) Tahap ini harus dianggap sebagai proses berulang yang melibatkan pencarian literatur, menyempurnakan strategi pencarian, dan meninjau artikel untuk dimasukkan dalam studi.
  - b) Sejak awal proses tim harus bertemu mendiskusikan keputusan seputar inklusi dan eksklusi studi. Setidaknya dua peninjau harus meninjau abstrak secara independen penyertaan.
  - c) Peninjau harus bertemu di awal, titik tengah, dan tahap akhir dari proses tinjauan abstrak untuk membahas tantangan dan ketidakpastian yang terkait dengan pemilihan studi dan untuk kembali dan menyempurnakan strategi pencarian jika diperlukan
  - d) Dua peneliti harus secara independen meninjau artikel lengkap untuk penyertaan.
  - e) Ketika ketidaksepakatan tentang inklusi studi terjadi, peninjau ketiga dapat menentukan inklusi akhir.
- 4) Membuat grafik data
  - a) Tim peneliti harus secara kolektif mengembangkan formulir pembuatan data dan menentukan variabel mana yang akan diambil untuk menjawab pertanyaan penelitian.
  - b) Charting harus dianggap sebagai proses iteratif di mana peneliti terus-menerus mengekstrak data dan memperbarui formulir pembuatan data.

- c) Dua penulis harus secara independen mengekstrak data dari lima hingga sepuluh studi pertama yang disertakan menggunakan formulir bagan data dan bertemu untuk menentukan apakah pendekatan mereka terhadap ekstraksi data konsisten dengan pertanyaan dan tujuan penelitian.
  - d) Data berorientasi proses mungkin memerlukan perencanaan tambahan untuk analisis. Pendekatan analisis isi kualitatif disarankan.
- 5) Menyusun, meringkas, dan melaporkan hasil
- Peneliti harus memecah tahap ini menjadi tiga langkah berbeda:
- a) Analisis (termasuk analisis ringkasan numerik deskriptif dan analisis tematik kualitatif)
  - b) Melaporkan hasil dan menghasilkan hasil yang mengacu pada tujuan atau pertanyaan penelitian secara keseluruhan;
  - c) Pertimbangkan arti dari temuan yang berkaitan dengan tujuan studi secara keseluruhan; mendiskusikan implikasi untuk penelitian, praktik, dan kebijakan di masa depan.
- 6) Konsultasi
- a) Konsultasi harus menjadi komponen penting dari pelingkupan metodologi studi.
  - b) Tetapkan tujuan konsultasi dengan jelas.
  - c) Temuan awal bisa dijadikan landasan untuk menginformasikan konsultasi
  - d) Jelaskan dengan jelas jenis pemangku kepentingan yang akan dikonsultasikan dan bagaimana data akan dikumpulkan, dianalisis, dilaporkan, dan diintegrasikan dalam hasil studi keseluruhan.
  - e) Menggabungkan peluang untuk transfer pengetahuan dan pertukaran dengan pemangku kepentingan di lapangan.

c. *The Joanna Briggs Institutes*

Tahapan penyusunan *scoping review* menurut *The Joanna Briggs Institutes* yang disusun oleh Peters et al. (2020) adalah sebagai berikut:

1) Menentukan tujuan dan pertanyaan penelitian

Judul harus bersifat informatif dan menyampaikan indikasi yang jelas tentang topik *scoping review*. Dalam menyusun judul *scoping review* harus mencerminkan inti dari elemen PCC. PCC adalah singkatan dari *Population, Concept, dan Context*. Menggunakan mnemonic PCC dalam menyusun judul dapat memberikan informasi penting kepada peneliti lain yang membutuhkannya tentang fokus dan ruang lingkup *scoping review* sehingga dapat digunakan sesuai dengan kebutuhan mereka.

2) Mengembangkan pertanyaan dan tujuan penelitian

Harus ada kesesuaian antara judul, tujuan *scoping review*, pertanyaan, dan kriteria inklusi. Tujuan *scoping review* harus dinyatakan dengan jelas dan sesuai dengan judulnya juga harus menunjukkan apa yang ingin dicapai sesuai dengan rencana dilakukannya *scoping review*. Tujuan dapat luas sehingga dapat menjadi petunjuk untuk ruang lingkup penelitian. Selain itu tujuan tersebut juga harus secara jelas mendukung pertanyaan yang diajukan oleh *scoping review* dan mengarah pada pengembangan kriteria inklusi yang spesifik berdasarkan PCC dan dapat diidentifikasi dengan jelas.

Kriteria inklusi menjadi dasar pertimbangan bagi peneliti untuk memilih literatur yang akan digunakan dalam *scoping review* dan harus dijelaskan secara detail. Kriteria inklusi harus mencakup elemen PCC untuk memudahkan peneliti mencari literatur yang dibutuhkan. Kriteria inklusi ini memberikan panduan bagi pembaca untuk memahami dengan jelas apa yang diusulkan oleh pengulas dan yang menjadi dasar bagi pengulas untuk menggunakan sumber-sumber di dalam ulasan tersebut. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa harus ada kesesuaian yang jelas

antara judul, tujuan, pertanyaan dan kriteria inklusi dari *scoping review*. Kriteria inklusi untuk *scoping review* akan tergantung pada pertanyaan yang diajukan.

a) Populasi

Karakteristik dalam *scoping review* harus dijelaskan secara terperinci termasuk usia dan yang lainnya sesuai dengan tujuan dan pertanyaan penelitian.

b) Konsep

Konsep yang akan dibahas dalam *scoping review* harus dijelaskan dengan jelas untuk memandu ruang lingkup dan seberapa luas pencarian. Rincian yang termasuk dalam konsep juga dapat termasuk intervensi, fenomena, dan/atau hasil intervensi. Jika ingin merincikan hasil harus berhubungan dengan tujuan dan pertanyaan penelitian.

c) Konteks

Variasi konteks pada *scoping review* tergantung pada tujuan dan pertanyaan. Konteks harus didefinisikan secara jelas dan dapat mencakup dan tidak terbatas pada faktor budaya, seperti lokasi geografis dan/atau kepentingan sosial, atau gender tertentu. Dalam beberapa kasus, konteks juga dapat mencakup perincian tentang pengaturan spesifik (seperti perawatan akut, pelayanan primer atau komunitas. *Reviewer* dapat memilih untuk membatasi konteks *scoping review* hanya terbatas pada negara atau sistem kesehatan tertentu atau pengaturan layanan kesehatan, tergantung pada topik dan tujuan. Misalnya, artikel terbatas pada negara dengan pendapatan sedang-tinggi atau hanya dalam lingkup pelayanan primer.

d) Jenis sumber bukti

Pada penelitian dengan metode *scoping review* sumber informasi dapat mencakup literatur apapun yang ada seperti penelitian utama, *systematic review*, meta analisis, surat, pedoman, situs web, blog dan sebagainya. Walaupun demikian,

reviewer juga dapat menerapkan batasan pada jenis sumber yang ingin dimasukkan. Hal tersebut berdasarkan dengan jenis sumber yang sesuai dan berguna dengan topik yang dibahas.

### 3) Strategi pencarian

Strategi pencarian dalam *scoping review* idealnya bertujuan untuk menjadi selengkap mungkin dalam batasan waktu dan sumber daya untuk mengidentifikasi sumber utama bukti yang dipublikasikan dan tidak dipublikasikan (abu-abu atau sulit ditemukan). Setiap batasan dalam hal luas dan kelengkapan strategi pencarian harus dirinci dan dibenarkan. Seperti yang direkomendasikan dalam semua jenis ulasan JBI, strategi pencarian terdiri dari tiga tahap antara lain :

- a) Langkah pertama yaitu pencarian awal menggunakan sekurangnya dua jenis database yang sesuai dan relevan topic penelitian (seperti PubMed, CINAHL dan sebagainya). Pencarian awal tersebut menyertakan kata kunci sesuai dengan kata-kata yang terdapat dalam judul.
- b) Tahap kedua dilakukan pencarian menggunakan semua kata kunci dan istilah yang telah diidentifikasi kemudian dimasukkan kedalam database.
- c) Tahap ketiga dilakukan dengan penelusuran daftar referensi dari artikel yang diidentifikasi.

Melakukan pembatasan bahasa dan rentang waktu pencarian harus dijelaskan dengan justifikasi yang tepat dan jelas. Walaupun JBI merekomendasikan untuk tidak membatasi bahasa artikel yang akan dimasukkan dalam tinjauan namun justifikasi yang jelas dapat mendukung pembatasan yang dilakukan oleh reviewer.

### 4) Mengidentifikasi sumber studi yang relevan

Penyusunan *scoping review* menggambarkan proses pemilihan sumber untuk semua tahapan seleksi seperti pemeriksaan judul dan abstrak, full teks sesuai dengan kriteria inklusi yang telah

ditetapkan. Mengidentifikasi suatu artikel sebaiknya dilakukan oleh dua orang dalam penyaringan baik judul/abstrak serta full teks secara terbuka. Jika terdapat perbedaan pendapat maka akan melibatkan orang ketiga dalam mengambil keputusan. Proses pencarian dilakukan dengan diagram alur proses peninjauan (berdasarkan standar PRISMA) dan sebaiknya disertai dengan deksriptif naratif. Perangkat lunak yang digunakan untuk mengolah hasil pencarian juga harus dijelaskan (misalnya, Covidence, Endnote, JBI Summari). Lampiran terpisah yang berisi tentang studi yang dikeluarkan serta alasan mengapa studi dikeluarkan harus disertakan.

#### 5) Ekstraksi data

Menurut Sucharew & Macaluso (2019), proses ekstraksi data dalam tinjauan pelingkupan disebut pembuatan bagan data dan melibatkan penggunaan formulir bagan data untuk mengekstraksi informasi yang relevan dari literatur yang ditinjau. Beberapa informasi yang disajikan oleh *reviewer* adalah penulis, tahun publikasi, tempat studi dilakukan, populasi dan sampel, tujuan, metode penelitian, intervensi, hasil dan temuan kunci (Peters et al., (2020).

#### 6) Analisis Bukti

Sangat penting diingat bahwa *scoping review* tidak melakukan sintesis hasil dari sumber bukti yang dimasukkan dalam tinjauan, karena hal ini lebih tepat dilakukan dengan pendekatan *systematic review*. *Reviewer* dapat mengekstraksi hasil lalu memetakannya secara deskriptif. Pada banyak *scoping review*, data yang diperlukan hanya frekuensi konsep, populasi, karakteristik atau bidang data lain yang diperlukan. Namun, *reviewer* juga dapat melakukan analisis yang lebih mendalam seperti analisis konten kualitatif. Penting untuk dicatat bahwa analisis konten kualitatif dalam *scoping review* umumnya bersifat deskriptif dan *reviewer* tidak disarankan untuk melakukan analisis tematik karena hal ini

lebih sesuai dengan pendekatan *systematic review* terhadap studi kualitatif. Cara analisis data dalam *scoping review* sangat tergantung pada tujuan tinjauan dan penilaian *reviewer* sendiri. Pertimbangan terpenting mengenai analisis adalah bahwa *reviewer* transparan dan eksplisit dalam pendekatan yang telah mereka ambil.

#### 7) Menyajikan hasil

Penyajikan hasil dapat dilakukan dengan beberapa cara seperti bagan, gambar atau table (Lockwood et al., 2019). Sama halnya yang dipaparkan oleh Peters et al (2020) bahwa pemilihan bentuk presentasi hasil dapat dilakukan pada saat penyusunan protokol *scoping review*. Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, diagram bagan atau gambar, dan disesuaikan dengan tujuan/pertanyaan *scoping review*.

##### a. Bentuk tabel

Metode ini sering digunakan pada sektor teknis namun juga dapat digunakan pada disiplin ilmu lainnya. Ukuran masing-masing gelembung mewakili jumlah studi yang dipublikasi setiap tahunnya.

##### b. Bentuk diagram

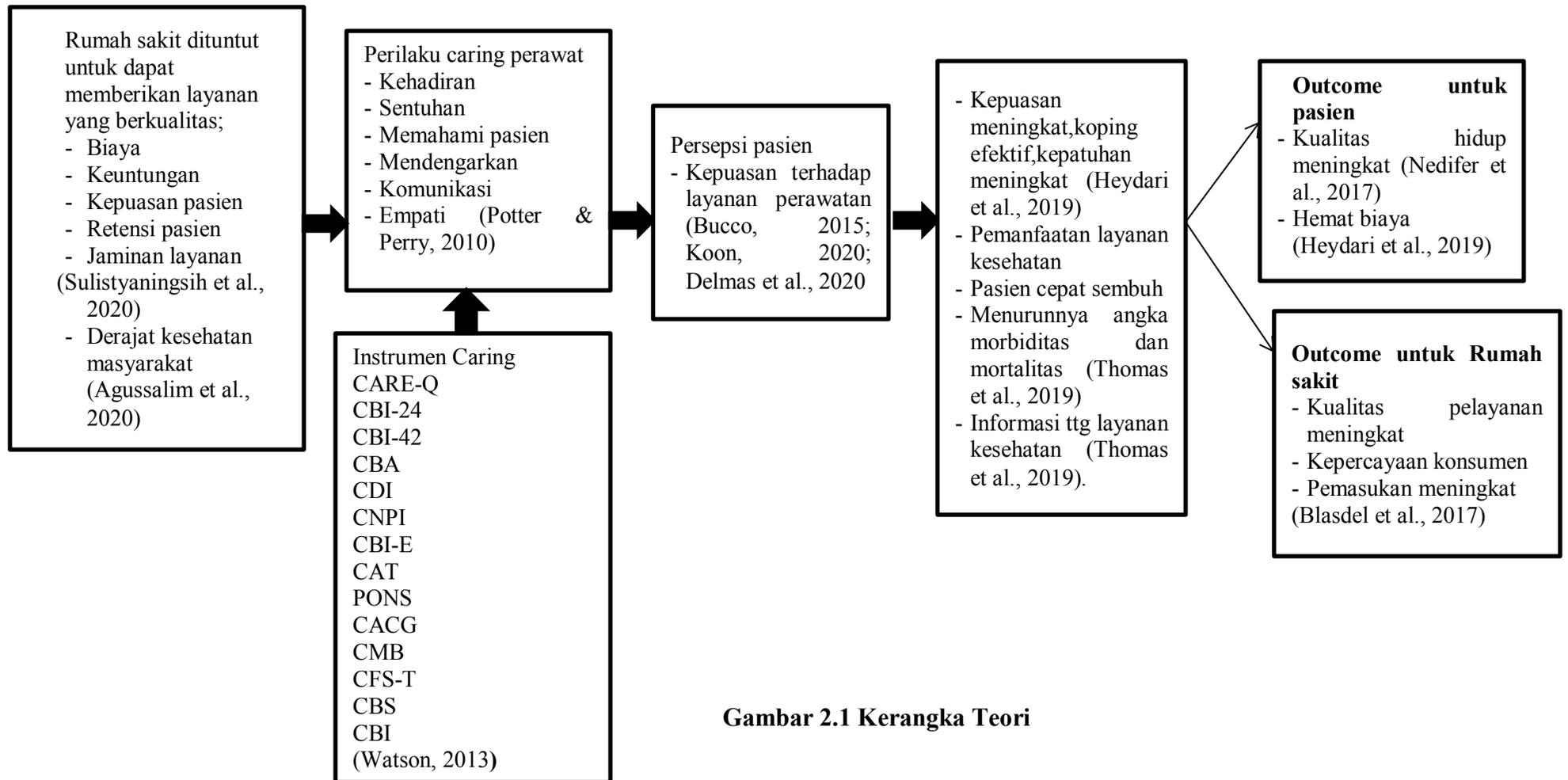
Bentuk bagan dapat menyajikan data dengan tujuan untuk lebih memahami kesenjangan pengetahuan, hubungan antara karakteristik, faktor-faktor yang mempengaruhi dan pengaruh sebuah intervensi.

### 3. Kualitas *Scoping review*

Menjamin kualitas sebuah *scoping review* dibutuhkan panduan yang berisi poin-poin untuk mengkritisi sebuah *scoping* Cooper et al (2019) menyusun sebuah panduan yang berisi 6 kriteria kunci dalam menilai kualitas sebuah *scoping review*. Kriteria-kriteria tersebut selanjutnya terdiri dari beberapa item ceklis (lampiran 1). Secara keseluruhan, nilai 12-20 mengindikasikan kepatuhan penulis dalam menyusun *scoping review* sesuai panduan. Kriteria dimana tinjauan dapat

ditingkatkan kualitasnya adalah pada aspek jumlah reviewer (Item 9), format grafik data (Item 11), kualitas tulisan (Item 14) dan masalah terkait bias (Item 11).

## F. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori