

PENGARUH DISKUSI REFLEKSI KASUS TERHADAP KUALITAS PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK PERAWAT KLINIS

Elisabeth Herlina S¹, Emiliana Tarigan², Dwi Hapsari T³

¹²³STIK Sint Carolus Badan Penelitian & Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI, Indonesia
Email : herlinasuminar@gmail.com, emilianatarigan55@gmail.com, dhapsari2001@yahoo.com

ABSTRACT

Permasalahan yang dihadapi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan termasuk permasalahan etik atau dilema etik yang menyebabkan perawat harus membuat pilihan diantara alternatif yang tidak diinginkan. Proses pengambilan keputusan etik oleh perawat dapat ditingkatkan dengan mengklarifikasi nilai pribadi dan profesi, penggunaan kerangka kerja dan prinsip moral dan terbiasa dengan kode etik. Upaya tersebut dapat dilakukan dengan pembelajaran menggunakan metode Diskusi Refleksi Kasus/DRK. DRK adalah suatu metode pembelajaran dalam merefleksikan pengalaman perawat. Dalam penelitian ini, metode DRK digunakan untuk meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan etik perawat. Tujuan penelitian: mengetahui pengaruh DRK terhadap kualitas pengambilan keputusan etik sebelum dan sesudah pelaksanaan DRK oleh perawat klinis di RS X dan RS Y Yogyakarta. Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian pre – eksperimen one group pretest-posttest design. Jumlah sampel sebanyak 46 responden yang terlebih dahulu mendapatkan pelatihan DRK dan selanjutnya melakukan DRK. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen yang telah valid dan reliabel (Chronbach Alpha >0.284). Hasil: penelitian menunjukkan perbedaan rata – rata selisih nilai kualitas pengambilan keputusan etik sebelum dan sesudah DRK dengan tingkat signifikansi $0.00 < 0.05$. Analisis multivariat menunjukkan hasil bahwa secara statistik dan secara bersama – sama variabel kelengkapan DRK dan kelengkapan proses analisis pengambilan keputusan berpengaruh terhadap peningkatan nilai kualitas pengambilan keputusan etik dengan signifikansi $0.00 < 0.05$. Kemampuan variabel tersebut dalam menjelaskan selisih nilai kualitas pengambilan keputusan adalah sebesar 9,12%. Kesimpulan: DRK memiliki pengaruh terhadap selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan sebelum dan sesudah DRK

Keywords: DRK, Kualitas Keputusan, Keputusan Etik

PENDAHULUAN

Perkembangan regulasi negara di bidang kesehatan terkait pengelolaan jaminan kesehatan masyarakat menetapkan adanya spesifikasi pelayanan pada setiap fasilitas kesehatan. Hal tersebut berdampak kepada kompleksitas pada pelayanan kesehatan di tingkat rujukan. Rumah sakit rujukan sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat lanjut berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan paripurna kepada pasien sesuai standar yang berlaku. Menurut Vati (2013) standar adalah tingkat tingkat kinerja yang diinginkan terhadap kualitas struktur, proses atau hasil yang dapat dinilai.

Kozier (2015) menjelaskan bahwa ketika melaksanakan standar yang ditetapkan perawat dapat mengalami pertentangan antara loyalitas dan

kewajiban sehingga menimbulkan masalah etik. Dilema etik menurut Vati (2013, hal.58) adalah situasi dimana situasi ketika seseorang harus memilih di antara dua atau lebih alternatif yang tidak diinginkan. Hasil studi pendahuluan terhadap 25 perawat klinik terkait frekuensi terjadinya dilema etik yang dihadapi oleh perawat klinis memberikan gambaran: 35,7% menyatakan menghadapi masalah/dilema etik setiap hari, 28,6% setiap minggu, 21,4% sebulan sekali, 7,1% tidak pernah menghadapi dilema etik.

Penelitian Silén, M. (2011) *Encountering ethical problems and moral distress as a nurse: Experiences, contributing factors and handling* (Doctoral dissertation, School of Health Sciences, Jönköping University) memberikan gambaran faktor – faktor yang dapat

menyebabkan terjadinya dilema etik antara lain pengambilan keputusan tentang pengobatan untuk mempertahankan kehidupan, menjaga integritas pasien, komunikasi yang tidak memadai antar staf didalam pelayanan, dan kondisi kesehatan pasien yang buruk, yang menghambat partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan. Study pendahuluan dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui sumber dilema etik yang ditemukan oleh perawat memberikan gambaran 53.3% perawat menyatakan sumber dilema etik adalah pasien, 20% adalah rekan kerja dan 20 % keluarga pasien.

Sesuai teori caring (Watson, 1997) dalam Kozier (2016, hal. 99) perawat harus menilai tindakan berdasarkan perspektif kepedulian dan tanggung jawab. Sehingga dalam menghadapi dilema etik, perawat perlu tetap mempertahankan sikap peduli kepada pasien dan keluarga dengan berupaya mengambil keputusan yang didasarkan pada seluruh aspek terkait. Aspek yang harus dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan etik adalah nilai – nilai pribadi dan profesi, prinsip moral, kerangka kerja moral dan kode etik.

Pengambilan keputusan pada dilema etik, perawat tidak hanya sekedar melaksanakan prosedur, tugas, dan teknik di lapangan tetapi harus melibatkan pengetahuan, pemikiran, nilai, filosofi, komitmen sebagai perawat. Untuk itu perawat perlu menggunakan teknik yang sistematis dalam pengambilan keputusan. Teknik pengambilan keputusan yang dimulai dengan mengidentifikasi masalah, pencarian sumber yang relevan dengan permasalahan, menganalisa alternatif yang dimiliki, mengimplementasikan alternatif pilihan dan mengevaluasi pengambilan keputusan untuk digunakan sebagai pembelajaran. Seluruh tahapan dalam teknik pengambilan keputusan tersebut dipakai oleh perawat agar dapat melihat permasalahan secara obyektif dan mengambil keputusan yang baik.

Pengambilan keputusan merupakan keterampilan yang memerlukan kemampuan berpikir kritis terhadap situasi yang dihadapi. Menurut Marquis & Huston

(2018, hal.3), berpikir kritis juga melibatkan kegiatan merefleksikan makna pernyataan, memeriksa bukti dan alasan yang ditawarkan, dan membentuk penilaian tentang fakta. Dengan melakukan refleksi perawat mempelajari situasi yang telah lalu dan memperbaiki persepsi mereka terhadap situasi tersebut. sehingga perawat memiliki pengetahuan yang baru (Robbin & Judge, 2018).

Refleksi yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan dalam berpikir kritis dapat dilakukan secara pribadi maupun secara kelompok dengan metode Diskusi Refleksi Kasus (DRK). Kepmenkes nomor 836 tahun 2005 tentang Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan mendefinisikan DRK sebagai suatu metode dalam merefleksikan pengalaman klinis perawat dalam menerapkan standar dan uraian tugas. Metode pembelajaran ini, membantu perawat untuk merefleksikan pengalaman klinis mereka sehingga perawat menjadi lebih profesional (Dube, V., & Ducharme, F., 2014). Implementasi DRK di rumah sakit bermanfaat untuk meningkatkan profesional perawat, meningkatkan pengetahuan dan kepercayaan diri sehingga menjadi penting dilakukan (Amir, H., Irwan, A. M., & Saleh, A. 2019). Dengan demikian dapat dirumuskan “apakah DRK dapat meningkatkan kualitas pengambilan keputusan etik perawat klinis?” Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui perbedaan kualitas pengambilan keputusan sebelum dan sesudah pelaksanaan DRK yang dilaksanakan oleh perawat klinis.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian pra eksperimen dengan jenis rancangan one group pretest – posttest design. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat Klinis minimal level II di RS X dan RS Y kota Yogyakarta dengan 46 orang sampel.

Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2020 sampai dengan Agustus 2020. Instrumen penelitian menggunakan instrumen yang terdiri dari instrumen pengukuran penerapan DRK, instrumen kelengkapan teknik pengambilan keputusan, instrumen kelengkapan proses analisis pengambilan keputusan pada dilema etik yang

sudah valid dan reliabel (chronbach Alpha > 0.284). Instrumen untuk mengukur kualitas pengambilan keputusan menggunakan kuisioner pengukuran tingkat pengambilan keputusan dari Mind Tools.

Sebelum penelitian dilakukan informed consent dan dilanjutkan dengan pengukuran awal kualitas pengambilan keputusan menggunakan kuisioner dari Mind Tools. Selanjutnya responden mengikuti pelatihan DRK dan menerapkan DRK dengan berperan 2 kali sebagai penyaji dan 10 kali menjadi audien. Pengukuran akhir kualitas pengambilan keputusan dilakukan setelah seluruh responden

menyelesaikan 2 kali peran sebagai penyaji dan 10 kali peran audien yaitu pada minggu ke-8 setelah pelatihan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Karakteristik responden mayoritas adalah perawat klinis dengan usia 20 – 40 tahun, latar belakang pendidikan D3 keperawatan 97.8%, jenjang karir perawat klinis/PK II dan ketua tim 54.3% dan responden yang telah menyelesaikan target melaksanakan 2 kali peran penyaji dan 10 kali peran audien adalah 46 responden (Tabel 1.).

Tabel 1.

Distribusi Karakteristik Responden di RS X dan RS Y Yogyakarta

Variabel	Deskripsi	<i>f</i>	%
Umur	• 20 – 40 Tahun	28	60.9
	• 41 – 65 Tahun	18	39.1
Pendidikan	• D3 Keperawatan	45	97.8
	• S1 Ners	1	2.1
Jenjang Karir	• PK II dan Ketua Tim	25	54.3
	• PK III	21	45.7
Frekuensi Pelaksanaan DRK	• Tidak sesuai target	0	0
	• Sesuai target	46	100
Total		46	100,0

Hasil rata – rata pengukuran kelengkapan penerapan langkah DRK adalah 91.31%. Terdapat ketidaklengkapan penerapan langkah

DRK pada langkah feeling, evaluasi, analisis, kesimpulan dan *plan of action* (Tabel 2.).

Tabel 2.

Distribusi Nilai Kelengkapan Penerapan DRK Oleh Perawat di RS X dan RS Y Yogyakarta

	Kelengkapan Penerapan DRK			
	Lengkap		Tidak lengkap	
Deskripsi	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Deskripsi	46	100	0	0
<i>Feeling</i>	35	76.1	11	23.9
Evaluasi	43	93.5	2	4.3
<i>Analisis</i>	44	95.7	4	8.7
Kesimpulan	37	80.4	9	19.6
Rencana/ <i>action plan</i>	43	93.5	3	6.5
Gagasan seluruh audien	46	100	0	0
Total	296	91.31	29	9

Kelengkapan proses analisis pengambilan keputusan responden sebesar 91.3% sehingga terdapat 8.7% responden yang tidak melakukan proses analisis dengan lengkap. Proses analisis

yang tidak lengkap adalah analisis terkait prinsip moral, kerangka kerja moral dan kode etik (Tabel 3.).

Tabel 3.

Distribusi Nilai Kelengkapan Proses Analisis Pengambilan Keputusan Etik Oleh Perawat di RS X

dan RS Y Yogyakarta

	Proses Analisis Pengambilan Keputusan			
	Lengkap		Tidak Lengkap	
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Nilai – nilai	46	100	0	0
Prinsip Moral	41	89.1	5	10.9
Kerangka Moral	39	84.8	7	15.2
Kode Etik Keperawatan	42	91.3	4	8.7
Total	168	91.3	16	8.7

Capaian kelengkapan teknik pengambilan keputusan responden sebesar 92.90%. Capaian langkah dalam teknik pengambilan keputusan

yang paling rendah yaitu pada langkah pertimbangan risiko terhadap diri sendiri, pasien & masyarakat sebesar 78.3% (Tabel 4.).

Tabel 4.
Distribusi Nilai Kelengkapan Teknik Pengambilan Keputusan Etik Perawat RS X dan RS Y Yogyakarta

	Teknik Pengambilan Keputusan Etik			
	Lengkap		Tidak lengkap	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Persiapan	46	100	0	0
Mendefinisikan masalah	46	100	0	0
Menyusun daftar alternatif	42	91.3	4	8.7
Analisis kekuatan & Kelemahan	43	93.5	3	6.5
Pertimbangan jangka panjang & pendek	41	89.1	5	10.9
Pertimbangan ekonomi & psikologi	41	89.1	5	10.9
Pertimbangan biaya & keuntungan sosial	43	93.5	3	6.5
Pertimbangan risiko	43	93.5	3	6.5
Pertimbangan kepercayaan pasien	43	93.5	3	6.5
Pertimbangan risiko diri sendiri, pasien & masyarakat	36	78.3	10	21.7
Memilih solusi	43	93.5	3	6.5
Result	46	100	0	0
Total	92.90		7.1	

Hasil analisis Pearson Corellation didapatkan bahwa hanya kelengkapan penerapan DRK yang memiliki hubungan dengan perbedaan selisih rata – rata pengambilan

keputusan etik dengan signifikansi 0.00(<0.05) (Tabel 5.).

Tabel 5.
Hubungan Kelengkapan Kegiatan dengan Selisih Rata – Rata Nilai Kualitas Pengambilan Keputusan sebelum dan sesudah DRK di RS X dan RS Y Yogyakarta

Kelengkapan Kegiatan	N	Sig. (2-tailed)	Pearson correlation
Kelengkapan Penerapan DRK	46	0.000	0.497**
Kelengkapan Teknik pengambilan keputusan	46	0.348	0.142
Kelengkapan proses analisis	46	0.089	-0.253

Hasil analisis Paired t Test didapatkan perbedaan nilai rata - rata pengambilan keputusan sebelum DRK 58.30 dan sesudah DRK 60.41. Selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan sebelum dan sesudah DRK sebesar -2.109 yang berarti nilai sebelum DRK lebih rendah daripada nilai setelah DRK.

Perbedaan tersebut dengan tingkat kemaknaan 0.00 (<0.05) yang berarti terdapat pengaruh yang signifikan pada penggunaan DRK terhadap selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan (Tabel 6).

Tabel 6.
Hasil Analisis Perbedaan Nilai Rata - Rata Pengambilan Keputusan Sebelum dan Sesudah DRK

Mean	SD	95% Confidence Interval of The	t	df	Sig. (2-
------	----	--------------------------------	---	----	----------

				Difference				Tailed)
				Lower	Upper			
Sebelum DRK	58.30	-	3.042	-3.012	-1.205	-	45	0,00
Sesudah DRK	60.41	2,109				4.701		

Hasil analisis Independen t Test didapatkan perbedaan selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan pada kelompok usia 20 – 40 tahun (2.14) > dari kelompok usia 41- 65 tahun (2.00), kelompok responden dengan pendidikan D3 1.96 dan kelompok

jenjang karir PK II dan katim (1.96) lebih rendah dari kelompok PK III (2.24). Meskipun terdapat perbedaan namun perbedaan tersebut tidak bermakna dimana $p > 0.05$ (Tabel 7).

Tabel 7.
Hasil Analisis Nilai Kualitas Pengambilan Keputusan Sebelum dan Sesudah DRK Berdasarkan Karakteristik Responden.

Karakteristik		Mean	Diff Mean	df	t	Sig. (2 tailed)
Usia	20 – 40	2.14	0.143	44	0.155	0.878
	41 - 65	2.00				
Pendidikan	D3	1.96	6.044	44	-	**
	Ners	-				
Jenjang Karir	PK II	1.96	-0.278	44	-0.308	0.764
	PK III	2.24				
** Tidak bisa dinilai						

Kemampuan variabel nilai kelengkapan penerapan DRK dan nilai kelengkapan proses analisa pengambilan keputusan etik adalah

sebesar 9.12% dengan signifikansi < 0.05 (Tabel 8).

Tabel 8.
Hasil Uji Regresi Linier Berganda Kelengkapan Penerapan DRK dan Kelengkapan Proses Analisis Pengambilan Keputusan Terhadap Kualitas Pengambilan Keputusan

	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	Sig. Model	R Square
	B	Std. Error				
(Constant)	-14.238	6.032	2.360	0.023		
Nilai Kelengkapan Penerapan DRK	0.218	0.57	3.831	0.00	0.00	0.302
Nilai Kelengkapan Proses analisis	-0.48	0.26	1.847	0.072		

PEMBAHASAN

Seiring dengan perubahan regulasi negara dan kompleksitas pelayanan kesehatan, maka dalam menjalankan peran perawat sebagai pemberi asuhan dan advokat bagi pasien dan keluarga menjadi lebih sering berhadapan dengan permasalahan dan dilema etik. Dilema etik menurut Vati (2013) adalah suatu situasi yang membutuhkan pilihan antara dua alternatif yang sama-sama diinginkan atau tidak diinginkan.

Ketika berada dalam dilema etik, perawat

harus mengambil keputusan dari alternatif yang sama – sama tidak diinginkan. Pengambilan keputusan yang baik menurut Kozier (2016) adalah keputusan yang sesuai dengan kepentingan klien dan pada waktu yang bersamaan dapat menjaga integritas semua pihak yang terlibat sehingga perawat perlu memahami beberapa faktor yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan pada dilema etik. Faktor yang harus dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan etik meliputi, perkembangan kognitif, analisa terhadap nilai – nilai pribadi, prinsip

moral, kerangka/teori kerja moral dan penggunaan kode etik keperawatan.

Situasi dilema etik dalam pemberian pelayanan keperawatan diselesaikan perawat dengan mengambil keputusan dari pilihan sulit yang ada. Pengambilan keputusan tersebut memerlukan proses berpikir dan menggunakan penalaran yang merupakan bagian dari perkembangan (Kozier, 2016). Fase perkembangan moral menurut Kohlberg dalam Kozier (2016) fase neonatus & bayi (lahir sampai dengan lansia (lebih dari 65 tahun).

Nilai – nilai terdiri atas keyakinan dan sikap, yang saling terkait tetapi tidak identik. Keyakinan akan mempengaruhi interpretasi seseorang terhadap sesuatu yang dianggap benar dan sikap posisi mental atau perasaan terhadap seseorang, obyek atau ide yang sering dinilai sebagai baik atau buruk, positif atau negatif. Dengan melakukan klarifikasi nilai yang ditujukan untuk mengkaji nilai yang dianut mengenai kehidupan, kematian, kesehatan dan penyakit, dapat meningkatkan pertumbuhan pribadi dengan membantu pengembangan kesadaran, empati dan daya tilik perawat saat menghadapi masalah etik (Kozier, 2016).

Prinsip moral adalah pernyataan mengenai konsep filosofi, umum dan luas, seperti otonomi dan keadilan. Prinsip ini memberikan dasar untuk aturan moral, yang merupakan acuan spesifik untuk setiap tindakan. Berdasarkan Pedoman Perilaku PPNI (2017), profesi keperawatan bentuk intervensinya adalah care atau peduli. Dengan demikian segala prinsip-prinsip etik yang digunakan oleh profesi keperawatan adalah dalam rangka memenuhi kepedulian. Peduli pada profesi keperawatan ditunjang oleh 4 (empat) unsur utama, yaitu respect to others, compassion, advocacy dan intimacy. Pengetahuan perawat terkait prinsip moral dalam pengambilan keputusan bermanfaat dalam diskusi etik, karena meski mungkin tidak sependapat mengenai tindakan yang benar dalam suatu situasi, orang masih dapat sependapat mengenai prinsip yang melandasinya. Sehingga kesepakatan ini dapat digunakan sebagai dasar solusi yang dapat diterima oleh semua pihak.

Kerangka moral menurut Kozier (2016, hal.99) memberikan panduan untuk membuat keputusan moral, tetapi tidak menentukan hasil. Teori moral digunakan dalam menyusun penjelasan untuk keputusan dan tindakan etik mereka dan dalam membahas situasi bermasalah dengan orang lain. Teori moral memberi kerangka kerja bagi perawat untuk melihat dan memperjelas situasi asuhan klien yang

mengganggu sehingga membantu perawat untuk menetapkan keputusan etik yang baik.

Selain pertimbangan analisis terhadap faktor yang terkait dalam pengambilan keputusan etik, pengambilan keputusan etik yang sistematis dapat mempengaruhi hasil kualitas keputusan yang diambil. Penggunaan teknik pengambilan keputusan secara sistematis, ditujukan untuk memastikan bahwa tujuan permasalahan telah dirumuskan dengan tepat dan seluruh alternatif solusi telah dilakukan dengan mempertimbangan berbagai hal.

Dalam penelitian ini, upaya untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan etik perawat klinis dilakukan dengan menerapkan pembelajaran menggunakan metode diskusi refleksi kasus (DRK). Metode DRK adalah model belajar dalam kelompok kecil dengan kemampuan yang berbeda dimana setiap anggota saling bekerja sama dan membantu memahami suatu bahan ajar. Metode DRK dalam penelitian ini dipakai sebagai metode belajar bersama dalam kelompok kecil (5 – 6 orang responden) dalam pengambilan keputusan etik. Setiap responden diwajibkan melaksanakan peran 2 kali sebagai penyaji dan 10 kali sebagai audien. Hasil belajar bersama ini, ditujukan untuk mengubah, memperbaiki atau memberi penguatan terhadap persepsi responden terkait teknik pengambilan keputusan dan analisis pengambilan keputusan.

Hasil uji statistik hubungan karakteristik usia responden dengan perbedaan kualitas pengambilan keputusan memberikan gambaran terdapat perbedaan yang tidak signifikan (p value >0.05) pada selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan pada kelompok usia 20 – 40 tahun (2.14) $>$ dari kelompok usia 41- 65 tahun (2.00). Hasil ini dapat dipengaruhi oleh jumlah responden yang berada pada usia 41 – 65 lebih (39.1%) lebih sedikit dari jumlah responden pada kelompok 20 – 40 tahun (60.9%). Faktor lain yang mungkin berpengaruh adalah responden pada kelompok 41 – 65 tahun berada pada fase yang sama dengan kelompok usia 20 – 40 tahun (fase formal) sehingga pengambilan keputusan yang dilakukan tidak berbeda. Hal ini sejalan dengan teori Kohlberg yang menyatakan bahwa sebagian individu pada usia ini mampu menjalankan fase operasi formal dan sebagian individu pada menggunakan strategi fase operasi postformal untuk membantu mereka memahami kontradiksi (Kozier, 2016).

Hasil uji statistik yang ditujukan untuk mengetahui perbedaan kualitas pengambilan keputusan etik sebelum dan sesudah DRK memberikan gambaran adanya perbedaan selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan

sebelum dan sesudah DRK dengan signifikansi < 0.05 . Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh pembelajaran pengambilan keputusan menggunakan metode DRK. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik hubungan antara kelengkapan penerapan DRK dengan selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan yang memperlihatkan angka signifikansi < 0.05 . Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Amir, H., Irwan, A. M., & Saleh, A. (2019) yang menyimpulkan bahwa implementasi DRK di rumah sakit bermanfaat untuk meningkatkan profesional perawat, meningkatkan pengetahuan dan kepercayaan diri.

Selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan sebelum dan sesudah DRK adalah sebesar -2.109 yang berarti nilai sebelum DRK lebih rendah daripada sesudah DRK. Selama pelaksanaan DRK, responden mempelajari proses analisa pengambilan keputusan dan tehnik pengambilan keputusan etik. Meskipun terdapat sebagian kecil responden yang belum lengkap dalam proses analisa pengambilan keputusan dan tehnik pengambilan keputusan belum lengkap, tetapi sebagian besar responden memiliki kemampuan dalam menerapkan proses analisa (91.3%) dan tehnik pengambilan keputusan (2.90%). Hal ini membantu responden untuk menghasilkan keputusan yang lebih baik. Sesuai dengan teori Robbins (2016, hal. 117) yang menuliskan bahwa pengambilan keputusan termasuk memecahkan masalah, membutuhkan kemampuan memproses informasi. Dalam DRK, responden memperbaiki persepsi yang salah dalam melakukan proses analisis pengambilan keputusan dan menerapkan tehnik pengambilan keputusan etik sehingga pengetahuan terhadap pengambilan keputusan menjadi lebih baik.

Hasil akhir uji statistik regresi linier berganda menggambarkan bahwa kemampuan variabel kelengkapan penerapan DRK dan kelengkapan proses analisis pengambilan keputusan dalam menjelaskan selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan sebelum dan sesudah DRK adalah sebesar 9.12% dengan signifikansi < 0.05 , sehingga terdapat 90.88% variabel lain yang mempengaruhi yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

DRK, sebagai metode pembelajaran kooperatif, memfasilitasi responden untuk mempelajari pengambilan keputusan pada dilema etik dari sesama responden. Pengetahuan terkait proses analisis nilai, prinsip moral, kerangka kerja moral dan kode etik, memberikan pembelajaran kepada responden terkait risiko dan konsekuensi yang harus

diterima terkait keputusan etik yang diambil. Dengan mendiskusikan hasil refleksi, responden memiliki pembelajaran terkait alternatif pilihan yang berhasil dan tidak berhasil dilakukan dalam pengambilan keputusan etik oleh responden lain sehingga memperkaya pengetahuan terkait alternatif pemecahan masalah.

Dari pembelajaran tersebut, responden memiliki kemampuan yang lebih baik untuk mengambil keputusan yang dapat dilihat dari selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan responden sebelum dan sesudah DRK. Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya yang menyatakan adanya perbedaan peningkatan kepatuhan perawat terhadap penerapan SPO pencegahan risiko pasien jatuh antara sebelum dan sesudah dilakukan DRK (Ardani, A., & Hasib, M. (2018).

CONCLUSION

Terdapat perbedaan yang signifikan pada selisih rata – rata nilai kualitas pengambilan keputusan sebelum dan sesudah DRK. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh kelengkapan penerapan DRK dengan pelaksanaan 2 kali sebagai penyaji dan 10 kali sebagai audien dan berhubungan dengan kelengkapan proses analisis pengambilan keputusan etik.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood.2014. Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka. Edisi Indonesia ke - 8. Volume 2. Elsevier
- Bandman.1995. Nursing Ethics Through The Life Span. Edisi 3. New Jersey. Prentice Hall International, INC
- Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2017. Pedoman Perilaku Sebagai Penjabaran Kode Etik Keperawatan.
- Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2016. Kode Etik Keperawatan Lambang Panji PPNI Dan Ikrar Keperawatan.
- Elfindri et all. 2011. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta; Baduose Media.
- Huber, Diane.L.2010. Leadership and Nursing Care Management. Fourth Edition. Elsevier
- Hennesy, D, 2001, Handout Reflective Case Discussion, disampaikan pada tutorial SPMKK di Yogyakarta tahun 2001 (tidak dipublikasikan). Departemen

- Kesehatan RI Pusdiklatkes Bekerjasama Dengan Dit. Keperawatan & Keteknisian Medik
Keputusan Menteri Kesehatan nomor 836 tahun 2005 tentang Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. Modul Tenaga Pelatih Program kesehatan. Pusat Pendidikan dan Pelatihan Aparatur Kesehatan. Badan PPSDM Kesehatan.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 Tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia
- Peraturan Menteri Kesehatan nomor 40 tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesi Perawat Klinis
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional
- Kozier et all. 2016. Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Konsep, Proses & Praktik. Jakarta: EGC
- Marquis & Huston.2018. Leadership Roles and Management Function in Nursing. Theory and Application. Eighth Edition. Wolter Kluwer Health
- Pagano & Gauvreau.2000. Principles Of Biostatistics. Second Edition. New York; Duxbury
- Priharjo.Robert.2008.Konsep & Perspektif. Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Robbins, Stephen.P. 2018. Perilaku Organisasi. Edisi 16. Jakarta, Salemba Empat
- Rusman.2018. Model – Model Pembelajaran. Mengembangkan Profesionalisme Guru. Edisi Kedua. Depok: Rajawali Pers
- Santosa.Singgih.2014. Statistik Parametrik.Konsep dan Aplikasi dengan SPSS. Edisi Revisi. Jakarta; Elex Media Komputindo.
- Supardi. Rustika. 2013. Metodologi Riset keperawatan. Jakarta Timur: Trans Info Media
- Suparno.Paul.2012.Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget.Yogyakarta: Kanisius
- Suseno.1989. Etika Dasar. Masalah – Masalah Pokok Filsafat Moral. Yogyakarta: Penerbit Kanisius
- Susilo. Suyanto.2015. Metodologi Penelitian Cross Sectional. Kedokteran dan Kesehatan. Klaten: Bosscript
- Susilo, Wihelminus Hary. Aima Havid. Suprapti, Fitriana. 2014. Biostatistika Lanjut dan Aplikasi Riset. Jakarta; Trans Info Media.
- Slavin, Robert.E.2010. Cooperative Learning. Teori, Riset dan Praktik. Cetakan VI. Bandung: Nusa Media
- Smith. Marlaine.C & Parker. Marilyn.E. 2015. Nursing Theories and Nursing Practice. Fourth Edition. Philadelphia; A. Davis Company
- Vati. J. 2013. Principle & Practice of Nursing Management & Administration for BSc & MSc Nursing. New Dwgli; Jaypee
- Andrea Do'rries. 2010. Implementing clinical ethics in German hospitals:content, didactics and evaluation of a nationwide postgraduate training programme. Med Ethics 2010;36:721e726. doi:10.1136/jme.2010.036137
- Ardian, P., & Hariyati, R. T. S. (2017). Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan Melalui Implementasi Drk (Drk): Pilot Study, 11(4), 234–241.
- Amir, H., Irwan, A. M., & Saleh, A. (2019). Gambaran Pelaksanaan DRK (DRK) Dalam Mendukung Peningkatan Pengetahuan Dan Profesionalitas Perawat.Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 24–29.
- Ardani, A., & Hasib, M. (2018). DRK meningkatkan kepatuhan perawat terhadap penerapan standar prosedur operasional pencegahan risiko jatuh. Journal of Health Studies, 2(2), 16-22.
- Arianto. 2018. Ethical Dilemmas of End-of-Life Care in Intensive Care Unit: A Literature Review
- Silén, M. (2011) Encountering ethical problems and moral distress as a nurse. Experiences, contributing factors and handling
- Sudiarta, I. K., Tarigan, E., & Supardi, S.

(2019). Effect of Nursing Training on Improving Knowledge, Skills, and Attitudes of Clinical Nurses. Indonesian Journal of Health Research, 2(1), 31-38.

MindTool:http://www.mndtools.com/pages/article/newTED_79.htm