

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Timbang Terima

2.1.1 Definisi Timbang Terima

Timbang terima memiliki beberapa istilah, diantaranya *handover*, *handoffs*, *shift report*, *signout*, *signover* dan *cross coverage*. Menurut Nursalam (2014), Timbang terima atau sering disebut dengan operan merupakan cara atau teknik untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Friesen (2008) mengemukakan bahwa timbang terima adalah transfer tentang informasi (termasuk tanggung jawab dan tanggung gugat) selama perpindahan perawatan yang berkelanjutan yang mencakup peluang tentang pertanyaan, klarifikasi, dan konfirmasi tentang pasien. Sedangkan menurut *Australian Medical Association/ AMA (2006)*, timbang terima adalah pengalihan tanggung jawab profesional dan akuntabilitas untuk beberapa atau kelompok profesional secara permanen atau sementara.

2.1.2 Tujuan Timbang Terima

Menurut Nursalam (2014), tujuan timbang terima antara lain :

1. Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien
2. Menyampaikan terkait asuhan keperawatan yang belum/sudah dilakukan kepada pasien
3. Menyampaikan kepada perawat dinas berikutnya terkait tindakan penting yang harus ditindaklanjuti
4. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya

2.1.3 Manfaat Timbang Terima

Menurut Nursalam (2014), timbang terima memiliki manfaat diantaranya :

1. Bagi perawat
 - a. Meningkatkan kemampuan komunikasi perawat satu dengan lainnya
 - b. Menjalinkan kerjasama dan tanggungjawab antarperawat
 - c. Perawat mampu mengikuti perkembangan pasien secara paripurna
 - d. Perawat mampu melaksanakan asuhan keperawatan pasien secara berkesinambungan

2. Bagi pasien

Pasien diperbolehkan untuk menyampaikan keluhan yang dialaminya secara langsung

2.1.4 Prosedur Timbang Terima

Nursalam (2011) menyatakan ada beberapa prosedur dalam pelaksanaan timbang terima, meliputi :

1. *Post conference*

- a. Kepala tim/ penanggung jawab tim membuka *post conference*
- b. PA (Perawat Associate)/anggota tim menjelaskan keadaan pasien dan intervensi apa saja yang sudah dan belum dilakukan
- c. Kepala tim/ penanggung jawab tim menanyakan kendala yang dihadapi PA (Perawat Associate)/anggota tim dalam melakukan intervensi
- d. Kepala tim/ penanggung jawab tim menutup *post conference*

2. Pelaksanaan timbang terima

- a. Kepala ruangan membuka pelaksanaan timbang terima

b. Kepala tim/ penanggung jawab tim menyampaikan timbang terima pada Katim/PP sifit berikutnya sesuai dengan SBAR. Hal-hal yang perlu disampaikan pada saat timbang terima adalah:

1) *Situation*

Meliputi meliputi nama pasien, usia, diagnosa medis, nama dokter yang menangani, hari rawat dan masalah keperawatan.

2) *Background*

Meliputi perkembangan pasien saat ini, seperti kemajuan tingkat kesadaran, mobilisasi.

3) *Assessment*

Meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital, kesadaran, hasil laboratorium, serta informasi klinik yang mendukung.

4) *Recommendation*

Meliputi intervensi yang perlu dilakukan, seperti terapi dan pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan.

c. Kepala ruangan mempersilahkan perawat associate/ anggota tim untuk menambahkan data yang telah dijelaskan oleh kepala tim/ penanggung jawab tim dan mempersilahkan perawat associate/anggota tim *shift* berikutnya untuk melakukan *feedback*

d. Sebelum menuju ke ruangan pasien untuk melakukan validasi, kepala ruangan, kepala tim, penanggung jawab tim, perawat associate, dan anggota tim mencuci tangan terlebih dahulu

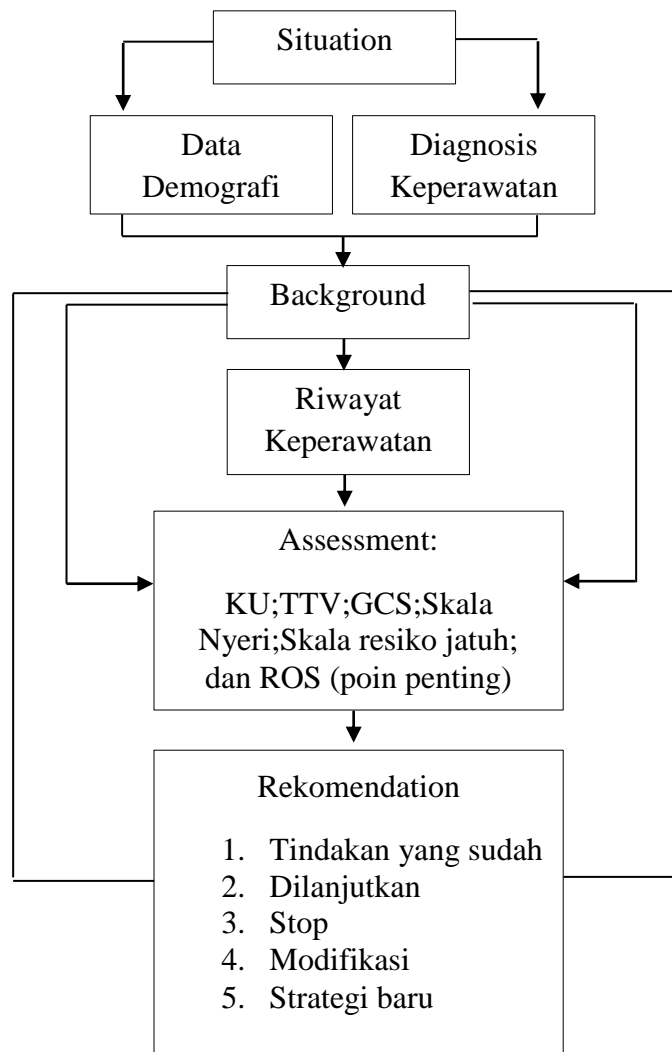
e. Kemudian kepala ruangan, kepala tim/ penanggung jawab tim, perawat associate dan anggota tim menuju ruangan pasien

- f. Kepala ruangan memberikan salam kepada pasien
- g. Kepala tim/ penanggung jawab tim menanyakan kondisi pasien
- h. Perawat associate/ anggota tim *shift* selanjutnya mengkaji secara penuh masalah keperawatan,kebutuhan dan tindakan yang sudah dan belum dilakukan, serta hal penting lainnya yang harus diperhatikan selama perawatan
- i. Hal-hal yang bersifat khusus sehingga perlu penanganan penting sebaiknya dicatat dan diberitahukan kepada perawat *sift* berikutnya
- j. Kepala ruangan, kepala tim/ penanggung jawab tim, perawat associate dan anggota tim kembali ke *nurse station* dan mencuci tangan
- k. Kepala ruangan mempersilahkan kepala tim/ penanggung jawab tim mendiskusikan hasil dari validasi
- l. Kepala ruangan menutup pelaksanaan timbang terima

3. *Pre conference*

- a. Kepala tim/ penanggung jawab tim membuka *pre conference*
- b. Kepala tim/ penanggung jawab tim menjelaskan kondisi pasien, intervensi yang sudah dilakukan dan intervensi yang akan dilanjutkan
- c. Kepala tim/ penanggung jawab tim mendelegasikan rencana keperawatan kepada perawat associate / anggota tim
- d. Kepala tim/ penanggung jawab tim memberikan motivasi kepada perawat associate/ anggota Tim
- e. Kepala tim/ penanggung jawab tim menutup *pre conference*

2.1.5 Alur Timbang Terima



Gambar 2.1 Alur timbang terima

2.1.6 Hal-hal yang harus diperhatikan

Menurut Nursalam (2014), ada beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya:

1. Dilaksanakan tepat pada waktu pergantian shift
2. Dipimpin oleh kepala ruang atau penanggung jawab pasien
3. Diikuti oleh semua perawat yang sedang dan akan dinas

4. Informasi yang disampaikan pada saat timbang terima harus singkat, akurat, sistematis, dan menggambarkan kondisi pasien saat ini, serta menjaga kerahasiaan pasien
5. Timbang terima diharuskan berorientasi pada permasalahan pasien
6. Pada saat validasi di kamar pasien, perawat menggunakan volume yang cukup sehingga pasien dikamar lain tidak mendengar hal yang dianggap rahasia bagi pasien.
7. Suatu hal yang membuat pasien terkejut (*shock*) sebaiknya dibicarakan di *nurse station*

2.1.7 Hambatan dalam Pelaksanaan Timbang Terima

Menurut Scovell, (2010) ada beberapa faktor yang menghambat pelaksanaan timbang terima, yaitu :

1. Perawat tidak hadir pada saat pelaksanaan timbang terima
2. Perawat acuh / kurang peduli terhadap pelaksanaan timbang terima, hal ini terlihat pada saat pelaksanaan timbang terima perawat keluar masuk ruangan
3. Perawat tidak mengikuti pelaksanaan timbang terima, akibatnya mereka tidak mengetahui perkembangan kesehatan pasien dan tidak mampu memenuhi kebutuhan pasien.

2.1.8 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Timbang Terima

Menurut Tan Amil Khusain (2013) mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan timbang terima diantaranya:

1. Pendidikan

Faktor pendidikan merupakan syarat paling pokok untuk fungsi-fungsi tertentu sehingga dapat tercapainya kesuksesan dalam bekerja. Pada pekerjaan

menuntut jenjang pendidikan yang lebih tinggi sehingga pendidikan seseorang harus sesuai dengan jabatan yang dipegang.

2. Dukungan pimpinan

Faktor dukungan pimpinan mempengaruhi karena jika bawahan termotivasi dengan baik oleh pimpannya maka perawat akan dapat menyelesaikan tugas-tugasnya dengan baik.

3. Kerjasama tim

Dukungan teman sejawat juga mempengaruhi pelaksanaan timbang terima, kerjasama/ dukungan tim yang baik akan memunculkan motivasi untuk tim dan mampu menyelesaikan tugas-tugas

4. Pengalaman kerja

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung

5. Komunikasi

Kejelasan komunikasi ditentukan oleh kelengkapan informasi yang disampaikan, akurasi terhadap pesan, dan penggunaan istilah / kata yang mudah dipahami oleh penerima pesan

2.1.9 Evaluasi

1. Struktur

Didalam pelaksanaan timbang terima, sarana dan prasarana yang tersedia diantaranya: Timbang terima yang dilakukan pada pergantian sift yaitu sift malam ke pagi, dan pagi ke sore dipimpin oleh kepala ruang/ *Nurse In Charge* (NIC). Sedangkan Perawat primer bertugas memimpin pelaksanaan timbang terima pada saat sift sore ke malam

2. Proses

Kepala ruangan memimpin proses timbang terima dan dilaksanakan oleh seluruh perawat yang sedang sift maupun yang akan melakukan pergantian sift. Timbang terima dilakukan di *nurse station* kemudian ke ruang perawatan pasien dan kembali lagi ke *nurse station*. Isi timbang terima mencakup jumlah pasien, diagnosis keperawatan, dan intervensi yang belum/ sudah dilakukan

3. Hasil

Timbang terima dilaksanakan setiap kali pergantian sift. Masing-masing perawat diharuskan memahami perkembangan pasien, serta menggunakan komunikasi yang baik antar perawat

2.2 Model Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)

2.2.1 Definisi MAKP

Sistem MAKP merupakan suatu kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur yaitu: standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, dan system MAKP. Definisi tersebut berdasarkan prinsip-prinsip nilai yang diyakini akan menentukan kualitas produksi/ jasa layanan keperawatan (Nursalam, 2014).

2.2.2 Faktor-faktor yang berhubungan dalam Perubahan MAKP

1. Kualitas Pelayanan Keperawatan

Upaya untuk meningkatkan pelayanan Keperawatan selalu berhadapan dengan kualitas. Kualitas dianggap sangat diperlukan karena:

- a. Meningkatkan asuhan keperawatan kepada pasien

- b. Menghasilkan keuntungan (pendapatan) bagi institusi
- c. Mempertahankan eksistensi institusi
- d. Meningkatkan kepuasan kerja
- e. Meningkatkan kepuasan konsumen
- f. Menjalankan kegiatan sesuai standar

2. Standar Praktik Keperawatan

Ada beberapa standar praktik keperawatan di Indonesia yang disusun oleh Depkes RI (1995) antara lain:

- a. Menghargai hak-hak pasien
- b. Penerimaan sewaktu pasien masuk rumah sakit
- c. Observasi keadaan pasien
- d. Pemenuhan kebutuhan nutrisi
- e. Asuhan pada tindakan nonoperatif dan administratif
- f. Asuhan pada tindakan operasi dan prosedur invasif
- g. Pendidikan kepada pasien dan keluarga
- h. Pemberian asuhan secara berkesinambungan

3. Model Praktik

- a. Praktik keperawatan rumah sakit

Perawat profesional (Ners) mempunyai wewenang serta tanggung jawab untuk melakukan praktik keperawatan dirumah sakit dengan sikap dan kemampuannya.

- b. Praktik keperawatan rumah

Pada praktik keperawatan rumah menggunakan pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan sebagai kelanjutan dari pelayanan rumah sakit.

Dalam hal ini melibatkan perawat professional rumah sakit atau perawat professional yang melakukan praktik keperawatan berkelompok

c. Praktik keperawatan berkelompok

Sebagian perawat professional membuka praktik keperawatan selama 24 jam kepada masyarakat yang perlu asuhan keperawatan dengan pelaksanaan praktik keperawatan rumah sakit dan rumah. Hal ini dimaksudkan untuk mengatasi masalah keperawatan mengenai lama rawat pasien di rumah sakit yang perlu dipersingkat karena semakin meningkatnya biaya perawatan.

d. Praktik keperawatan individual

Perawat professional senior dan berpengalaman secara individu membuka praktik keperawatan dan jam praktik untuk memberi asuhan keperawatan, khususnya konsultasi keperawatan bagi masyarakat yang membutuhkan.

2.2.3 Jenis Model Metode Asuhan Keperawatan

Ada lima metode pemberian asuhan keperawatan professional yang dikembangkan dalam menghadapi tren pelayanan keperawatan, diantaranya:

1. Fungsional (bukan model MAKP)

Metode jenis ini merupakan pilihan utama pada perang dunia kedua. Dengan masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat, maka perawat hanya melakukan satu dua intervensi saja kepada semua pasien.

Kelebihan:

- a. Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik

- b. Sangat baik bagi rumah sakit yang kekurangan tenaga
- c. Perawat senior sibuk dengan tugas manajerial , sedangkan perawat pasien diserahkan kepada perawat junior belum berpengalaman

Kekurangan:

- a. Pelayanan keperawatan tidak utuh terpisah, sehingga tidak mampu menerapkan proses keperawatan
- b. Tidak memberikan kepuasan bagi pasien maupun perawat
- c. Persepsi perawat cenderung pada tindakan yang berkaitan hanya keterampilan

2. MAKP model Tim

Metode ini tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat dibagi menjadi 2-3 tim yang terdiri dari tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu.

Kelebihan:

- a. Mendukung proses keperawatan
- b. Memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh
- c. Memungkinkan komunikasi antartim, sehingga konflik mudah diatasi dan memberikan kepuasan kepada anggota tim

Kekurangan:

- a. Komunikasi antar anggota tim terbentuk dalam konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu, dan sulit dilaksanakan pada waktu-waktu sibuk.

Tanggung jawab ketua tim:

- a. Membuat perencanaan
- b. Membuat penugasan, supervisi, dan evaluasi
- c. Mengetahui kondisi pasien dan menilai tingkat kebutuhan pasien
- d. Mengembangkan kemampuan anggota
- e. Menyelenggarakan konferensi

Tanggung jawab anggota tim

- a. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dibawah tanggung jawabnya
- b. Kerja sama dengan anggota tim dan antar tim
- c. Memberikan laporan

Tanggung jawab kepala ruang

- a. Perencanaan
 - 1) Menunjuk ketua tim yang bertugas diruangan masing-masing
 - 2) Mengikuti serah terima pada shift sebelumnya
 - 3) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien
 - 4) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktivitas dan kebutuhan pasien bersama ketua tim
 - 5) Merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan
 - 6) Mengikuti visite dokter untuk mengetahui kondisi pasien
 - 7) Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan
 - 8) Membantu mengembangkan niat pendidikan dan latihan diri
 - 9) Membantu membimbing peserta didik keperawatan
 - 10) Menjaga terwujudnya visi dan misi keperawatan dan rumah sakit

b. Pengoorganisasian

- 1) Merumuskan metode penugasan yang digunakan
- 2) Merumuskan tujuan metode penugasan
- 3) Membuat rincian tugas ketua tim dan anggota tim secara jelas
- 4) Membuat rentang kendali, kepala ruangan membawahi 2 katim, dan katim membawahi 2-3 perawat
- 5) Mengatur dan mengendalikan tenaga perawat
- 6) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan
- 7) Mengatur dan mengendalikan situasi tempat praktik
- 8) Mendelegasikan tugas, jika karu tidak ada ditempat maka didelegasikan ke ketua tim
- 9) Memberikan wewenang kepadatata usaha untuk mengurus adminstrasi pasien
- 10) Mengatur penugasan jadwal pos dan pakarnya
- 11) Mengidentifikasi masalah dan menemukan solusinya

c. Pengarahan

- 1) Memberikan pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim
- 2) Memberikan pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik
- 3) Memberikan motivasi dan meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan sikap
- 4) Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien
- 5) Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam tugasnya

6) Meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain

d. Pengawasan

1) Melalui komunikasi

2) Melalui supervisi

a) Pengawasan langsung dilakukan dengan cara inspeksi, seperti mengamati laporan langsung secara lisan dan memperbaiki kekurangan yang ada

b) Pengawasan tidak langsung, yaitu mengecek daftar hadir ketua tim, memeriksa dokumentasi dari laporan

c) Evaluasi

d) Mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disusun bersama ketua tim

e) Audit keperawatan

3. MAKP primer

Kelebihan:

a. Bersifat kontinuitas dan komprehensif

b. Perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil dan memungkinkan terjadinya pengembangan diri

c. Keuntungan meliputi pasien, perawat, dokter, dan rumah sakit. Pasien merasa dimanusiakan karena kebutuhan individu terpenuhi, asuhan yang diberikan bermutu tinggi, pelayanan yang efektif, informasi, advokasi. Dokter ikut merasakan kepuasan terkait kondisi pasien yang selalu diperbarui secara komprehensif.

Kekurangan:

- a. Hanya bisa dilakukan oleh tenaga perawat yang berpengalaman, pengetahuan besar dengan kriteria asertif, self direction, keputusan yang tepat, menguasai perawatan klinis, serta mampu berkolaborasi dengan disiplin ilmu.

Tugas perawat primer

- a. Mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif
- b. Membuat tujuan dan rencana keperawatan
- c. Melaksanakan rencana keperawatan selama dinas
- d. Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh perawat lain
- e. Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai
- f. Menerima dan menyesuaikan rencana
- g. Menyiapkan penyuluhan untuk pulang
- h. Melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak, dan lembaga sosial dimasyarakat
- i. Membuat jadwal perjanjian klinis
- j. Mengadakan kunjungan rumah

Peran kepala ruang

- a. Orientasi dan merencanakan karyawan baru
- b. Sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer
- c. Evaluasi kerja
- d. Menyusun jadwal dinas dan memberi petunjuk pada perawat asisten
- e. Merencanakan pengembangan staf

f. Membuat 1-2 pasien untuk model agar mengenal hambatan yang ada

4. MAKP Kasus

Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift. Metode penugasan kasus biasa diterapkan satu pasien satu perawat, umumnya dilakukan perawat pribadi dalam memberikan asuhan keperawatan khusus seperti kasus isolasi dan perawatan intensif

Kelebihannya:

- a. Perawat lebih memahami kasus per kasus
- b. System evaluasi dari manajerial menjadi lebih muda

Kekurangannya:

- a. Belum dapat diidentifikasi perawat penanggung jawab
- b. Memerlukan tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama

5. MAKP Tim-Primer

Pada jenis model MAKP Tim-Primer menggunakan kombinasi dari kedua sistem. Dasar sistem model MAKP ini karena beberapa alasan, diantaranya:

- a. Tidak menggunakan keperawatan primer secara murni, dikarenakan perawat primer harus mempunyai jenjang pendidikan S1 Keperawatan atau setara
- b. Tidak menggunakan keperawatan tim secara murni, dikarenakan tanggungjawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim
- c. Melalui kombinasi dari kedua model diharapkan komunitas asuhan keperawatan terdapat pada primer, perawat primer memberikan bimbingan

mengenai asuhan keperawatan karena sebagian besar perawat yang bekerja di rumah sakit adalah lulusan D3 (Nursalam, 2014)

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Pengertian Perilaku

Perilaku sehat adalah suatu respon seseorang/organisme terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Kesehatan menurut UU Kesehatan No. 39 tahun 2009 Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Notoatmojo, 2007).

Beberapa teori yang telah dicoba untuk mengungkapkan determinasi perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, salah satunya adalah teori dari Lawrence Green (1980). Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causesi*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causesi*).

2.3.1 Faktor-faktor perilaku

Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni:

1. Faktor pendorong (*predisposing factors*)

Faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya.

2. Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan. Faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya: Puskesmas, Posyandu, Rumah Sakit, tempat pembuangan air, tempat pembuangan sampah, tempat olah raga, makanan bergizi, uang dan sebagainya.

3. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang meskipun orang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya.

2.3.3 Teori Perilaku

Dari teori Green tersebut dapat disimpulkan bahwa, perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan lain sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu keterbatasan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga didukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Sebagai contoh, seseorang tidak mau mengimunisasikan anaknya ke posyandu dapat disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (*predisposing factor*). Tetapi barangkali juga karena rumahnya jauh dengan posyandu atau puskesmas tempat melakukan imunisasi bagi anaknya (*enabling factor*). Sebab lain mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain di sekitarnya tidak pernah mengimunisasikan anaknya (*reinforcing factor*). Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku manusia secara operasional dapat dikelompokkan

menjadi 3 macam domain, yaitu perilaku dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan nyata atau perbuatan. Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang luas. Benyamin Bloom (1908) dikutip dari wahit (2007) membagi perilaku dalam 3 domain atau ranah atau kawasan yang terdiri dari *domain cognitive*, *domain affectif*, dan *domain psychomotor*. Dalam perkembangan selanjutnya para ahli pendidikan, untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari:

1. *Knowledge* (Pengetahuan)

Pengertian Pengetahuan adalah merupakan suatu hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut :

- a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai nilai yang baru diperkenalkan.

b. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

c. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan pada fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan. Pertama perubahan ukuran, kedua perubahan proporsi, ketiga hilangnya ciri ciri lama, keempat timbulnya ciri ciri baru. ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis atau mental, taraf berpikir seseorang semakin dewasa.

d. Minat

Keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

e. Pengalaman

Suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik sehingga seseorang akan berusaha melupakannya, namun jika pengalaman terhadap obyek tersebut menyenangkan maka akan secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam, dan akhirnya dapat pula membentuk sikap positif dalam kehidupan.

f. Lingkungan sekitar

Lingkungan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Aabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya

untuk menjaga kebersihan lingkungan, maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan, karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap atau sikap seseorang.

g. Informasi

Kemungkinan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat untuk mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

Pengetahuan seseorang dapat diperoleh dari informasi lisan maupun tertulis dan pengalaman seseorang. Pengetahuan juga diperoleh dari fakta atau kenyataan dengan melihat dan mendengar radio, TV dan sebagainya. Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman berdasarkan dari pikiran kritis.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu :

- a. Tahu (*know*) : mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima "tahu" ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
- b. Memahami (*comprehension*) : kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

- c. Aplikasi (*application*) : kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).
- d. Analisis (*analysis*) : kemampuan untuk menjabarkan materi suatu obyek kedalam komponen-komponen. Tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Sintesis (*synthesis*) : kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian didalam suatu betuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang telah ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*) : kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas.

2. *Attitude* (Sikap)

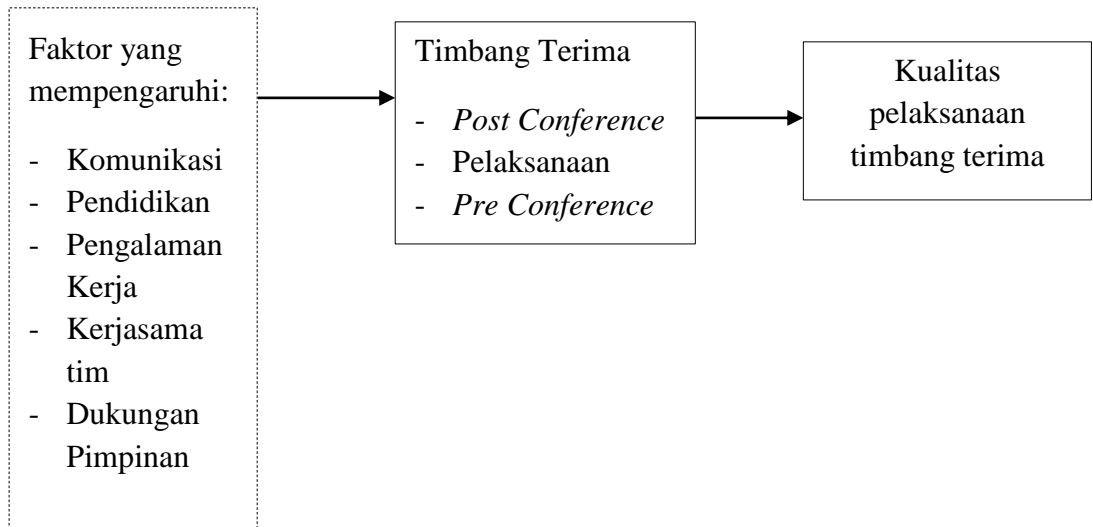
Sikap adalah juga respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya).

Menurut Allport (1954) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok yaitu:

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek. Artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.

- b. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, antara lain sebagai berikut:
- 1) Menerima (*receiving*)
Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan objek.
 - 2) Menanggapi (*reponding*)
Menanggapi disini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
 - 3) Menghargai (*valuing*)
Menghargai diartikan subjek, atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan memngajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.
 - 4) Bertanggung jawab (*responsible*)
Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya dia harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang mencemooh atau adanya resiko lain.

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori Studi Kasus Pelaksanaan Timbang Terima di Ruang Paviliun Ismail Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang