



SKRIPSI

GAMBARAN TINGKAT KEMAMPUAN PERAWAT BERFIKIR KRITIS DI RUANG IGD RSUD KARDINAH

**DISUSUN OLEH
MOH GANI PRADIYANTO PUTRA
C1021066**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA
SLAWI
2025**

SKRIPSI

GAMBARAN TINGKAT KEMAMPUAN BERFIKIR PERAWAT KRITIS DI
RUANG IGD RSUD KARDINAH

DISUSUN OLEH
MOH GANI PRADIYANTO PUTRA
C1021066

Disusun untuk Memenuhi syarat memperoleh gelar
Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners
di Universitas Bhamada Slawi 2025

Persetujuan Skripsi

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul:

GAMBARAN TINGKAT KEMAMPUAN PERAWAT BERFIKIR KRITIS DI RUANG IGD RSUD KARDINAH

Dipersiapkan dan disusun oleh:
MOH GANI PRADIYANTO PUTRA
C1021066

Telah diperiksa dan di setujui oleh pembimbing skripsi untuk dipertahankan di
hadapan penguji skripsi pada tanggal 22 Oktober 2025

Pembimbing Utama,

A blue ink signature consisting of several horizontal strokes followed by a stylized 'W' and a long horizontal line extending to the right.

Dr. Wisnu Widyanoro, M.Kep
NIPY. 1972.02.08.97.006

Pembimbing Pendamping,

A black ink signature that starts with a large, stylized 'A' followed by several loops and a horizontal line at the end.

Anisa Oktiawati, M.Kep
NIPY. 1986.10.04.11.062

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH
---	--	--

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Moh Gani Pradiyanto Putra

NIM : C1021066

Prodi : S1 Ilmu Keperawatan dan Ners

Dengan ini menyatakan bahwa dalam penulisan skripsi ini, saya:

- 1. Tidak menggunakan ide orang lain tanpa mampu mengembangkan dan mempertanggung jawabkan.**
- 2. Tidak melakukan plagiasi terhadap naskah karya orang lain.**
- 3. Tidak menggunakan karya orang lain tanpa menyebutkan sumber asli atau tanpa izin pemilik karya.**
- 4. Tidak melakukan manipulasi dan pemalsuan data.**
- 5. Mengerjakan sendiri karya ini dan mampu bertanggung jawab atas karya ini.**

Jika kemudian hari ada tuntutan dari pihak lain atas karya saya, dan telah melalui pembuktian yang dapat dipertanggung jawabkan, ternyata memang ditemukan bukti bahwa saya melanggar pernyataan ini, maka saya siap dikenai sanksi berdsarkan aturan yang berlaku di Universitas Bhamada Slawi. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Slawi, 31 Maret 2026

Peneliti



Moh Gani Pradiyanto Putra

Pengesahan Skripsi

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul :
GAMBARAN TINGKAT KEMAMPUAN PERAWAT BERFIKIR KRITIS
DI RUANG IGD RSUD KARDINAH

Dipersiapkan dan disusun oleh :
MOH GANI PRADIYANTO P
C1021066

Telah di pertahankan di depan penguji pada bulan oktober tanggal 22 Oktober
2025 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk di terima:

Penguji I,



Susi Muryani, S.Kep., Ns., MNS
NIPY: 1984.05.05.10.052

Penguji II,



Dr Wisnu Widyantoro, M.Kep
NIPY: 1972.02.08.97.066

Penguji III,



Anisa Oktiawati, M.Kep
NIPY: 1986.10.04.11.062

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Subhanahu Wata'ala atas segala limpahan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya. Hanya kepada-Nya lah tempat memohon pertolongan dalam setiap langkah kehidupan. Atas izin dan kasih sayang-Nya, penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “GAMBARAN TINGKAT KEMAMPUAN PERAWAT BERFIKIR KRITIS DI RUANG IGD RSUD KARDINAH”, Shalawat serta salam senantiasa tercurah kepada junjungan Nabi Muhammad Shallallahu ‘Alaihi Wasallam, suri teladan terbaik bagi umat manusia, yang ajaran dan perjuangannya selalu menjadi inspirasi dalam menjalani kehidupan, termasuk dalam dedikasi keilmuan dan profesionalitas,

Skripsi ini disusun sebagai bagian dari pemenuhan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners, Universitas Bhamada Slawi. Penulis menyadari bahwa proses penyusunan proposal ini bukanlah perjalanan yang mudah dan tidak lepas dari berbagai tantangan serta hambatan. Namun, dengan dukungan, bimbingan, dan nasihat dari berbagai pihak, penulis mampu menyelesaikannya dengan baik. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak Dr. Wisnu Widyantoro, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing I, dan Ibu Anisa Oktiawati, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing II, atas kesediaan, ketulusan, serta komitmen dalam memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama proses penyusunan skripsi ini berlangsung. Peneliti menyadari bahwa selama proses penulisan skripsi ini bukan hanya karena upaya diri sendiri melainkan berkat bantuan, dukungan dan kerjasama dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Dr. Maufur selaku Rektor Universitas Bhamada Slawi
2. Rosmalia, ST., M.Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhamada Slawi
3. Ita Nur Itsna, MAN selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhamada Slawi
4. Seluruh Dosen dan Staff Prodi Ilmu Keperawatan dan Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhamada Slawi yang telah memberikan ilmunya dan membantu peneliti dalam menyelesaikan studi.
5. Kedua orang tua saya, Bapak Agus Hadiyanto dan Ibu Wiwi Sulistyowati yang selalu mendoakan, mendukung, serta memberikan kasih sayang tanpa batas. Terima kasih atas segala pengorbanan dan perjuangan yang telah diberikan untuk saya.
6. Teman seperjuangan yang memberikan motivasi agar si penulis tidak jadi do yaitu Kamil, Wulan, Nurul dan Teman-teman seluruh kelas 4B dan 4A, 4C mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan, yang telah memberikan semangat, hiburan, masukan, senang dan duka selama sepanjang perkuliahan.

“Last but not least, I wanna thank me I wanna thank me for believing in me I

*wanna thank me for doing all this hard work I wanna thank me for having no days
off I wanna thank me for”*

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan mereka dengan balasan yang lebih baik. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih memiliki kekurangan baik dalam aspek teknis maupun materi. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi perbaikan ke depannya.

Slawi, 23 Oktober 2025 Peneliti

Moh Gani Pradiyanto Putra
C1021066

DAFTAR ISI

	Halaman
COVER DALAM	i
PERSETUJUAN SKRIPSI	ii
PENGESAHAN SKRIPSI	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penelitian.....	6
1.3 Manfaat Penelitian.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Berfikir Kritis	8
2.1.1 Definisi Berfikir Kritis Perawat.....	8
2.1.2 Faktor-Faktor Berpikir Kritis	8
2.1.3 Indikator Berpikir Kritis Perawat.....	9
2.1.4 Dampak Berpikir Kritis terhadap Pengambilan Keputusan Klinis..	11
2.1.5 Alat Ukur.....	12
2.2 Kerangka Teori	13
2.3 Kerangka Konsep Penelitian	13
BAB 3 METODE PENELITIAN	14
3.1 Jenis dan Metode Penelitian.....	14
3.2 Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	14
3.2.1 Alat Penelitian	14
3.2.2 Cara Pengumpulan Data	15
3.3 Uji Validitas dan Reabilitas	19
3.3.1 Uji Validitas.....	19

3.3.2 Uji Reabilitas	19
3.4 Populasi dan Sampel.....	20
3.4.1 Populasi.....	20
3.4.2 Sampel	21
3.4.3 Teknik Penarikan Sampling	21
3.4.4 Kriteria Inklusi	21
3.4.5 Kriteria Eksklusi	22
3.5 Tempat dan waktu penelitian.....	22
3.6 Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran	22
3.7 Teknik Pengolaan Data dan Analisis Data	24
3.7.1 Editing.....	24
3.7.2 Coding.....	24
3.7.3 Data Entry	25
3.7.4 Processing	25
3.7.5 Cleaning Data	25
3.8 Analisis Data	26
3.8.1 Analisis Univariat.....	26
3.9 Etika Penelitian	26
3.9.1 Menghormati Harkat dan Martabat Manusia.....	26
3.9.2 Menghormati Privasi Dan Kerahasiaan Responden Penelitian ..	27
3.9.3 Keterbukaan	27
3.9.4 Persetujuan Setelah Penjelasan	27
3.9.5 Kerahasiaan dan Anonimitas.....	28
3.9.6 <i>Beneficence</i>	28
3.9.7 <i>Non-Maleficence</i>	28
3.9.8 <i>Justice</i>	28
3.9.9 Persetujuan Komite Etik Penelitian Kesehatan	29
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	30
4.1 Hasil Penelitian	30
4.1.1 Usia pada Perawat Ruang IGD di RSUD Kardinah Tegal	30
4.1.2 Pendidikan Terakhir pada Perawat Ruang IGD di RSUD	

Kardinah Tegal	30
4.1.3 Lama Kerja pada Perawat Ruang IGD di RSUD Kardinah Tegal ..	30
4.1.4 Tingkat Kemampuan Perawat Berfikir Kritis pada Perawat ruang IGD di RSUD Kardinah Tegal	30
4.2 Pembahasan	31
4.2.1 Usia pada perawat	31
4.2.2 Pendidikan terakhir responden	32
4.2.3 Lama kerja responden	34
4.2.4 Tingkat Kemampuan Perawat Berfikir Kritis	36
4.3 Keterbatasan Penelitian	38
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	39
5.1 Kesimpulan	39
5.2 Saran	39
DAFTAR PUSTAKA	41
LAMPIRAN	
Lampiran 1 Lembar Informasi Penelitian	
Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden	
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Penelitian	
Lampiran 4 Lembar Pernyataan Keaslian Karya Ilmiah	
Lampiran 5 Lembar Kuisisioner Berfikir Kritis Perawat	
Lampiran 6 Lembar Surat Izin Penelitian	
Lampiran 7 Lembar Surat Balasan Izin Uji Validitas Dan Realibilitas	
Lampiran 8 Lembar Surat Keterangan Layak Etik	
Lampiran 9 Lembar Surat Hasil Uji Validitas Dan Realibilitas	
Lampiran 10 Lembar Lembar Tabulasi Data Hasil Penelitian	
Lampiran 11 Lembar Hasil SPSS	
Lampiran 12 Lembar Bimbingan Utama	
Lampiran 13 Lembar Bimbingan Pendamping	
Lampiran 14 Lembar Dokumentasi Uji Validitas	
Lampiran 15 Lembar Dokumentasi Penelitian	
<i>CURRICULUM VITAE</i>	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 3.1 Kisi-Kisi Berfikir Kritis Perawat	17
Tabel 3.2 Definisi Operasional variabel Penelitian dan Skala Pengukuran.....	23
Tabel 4.1 Distribusi frekuensi Usia Responden	29
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pendidikan Terakhir Responden.....	29
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Lama Kerja Responden	30
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemampuan Perawat Berfikir Kritis.....	30

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	15
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	15

DAFTAR SINGKATAN

ATS	: <i>Australasian Triage Scale</i>
ACEM	: <i>Australasia Collage for Emergency Medicine</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TS	: Tidak Setuju
STS	: Sangat Setuju
S	: Setuju
SS	: Sangat Setuju
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
RS	: Rumah Sakit

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) sangat penting untuk memberikan perawatan yang efektif dan tepat waktu kepada pasien yang mengalami kondisi gawat darurat atau kritis Nibbelink & Brewer, (2018) Peran perawat dalam triase sangat penting, terutama mengingat meningkatnya jumlah pasien yang membutuhkan perawatan darurat. Perawat sering kali bertanggung jawab atas pengambilan keputusan triase dalam situasi darurat, yang membutuhkan kemampuan berpikir kritis yang tinggi untuk menilai kondisi pasien secara cepat dan tepat Alserkal et al., (2020) Pengetahuan profesional, pengalaman klinis, kemampuan berpikir kritis, dan dinamika lingkungan kerja yang seringkali penuh tekanan adalah beberapa faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan klinis yang efektif dalam situasi di mana setiap detik sangat penting Jin et al., (2022).

Faktor yang dapat mempengaruhi keputusan diantaranya tekanan waktu, ketidakpastian diagnosis, dan kebutuhan untuk bekerja dalam tim multidisipliner, setiap keputusan yang dibuat di IGD menjadi lebih sulit. Akibatnya, sangat penting bagi perawat, terutama mereka yang bekerja di ruang rawat inap (IGD), untuk memiliki keterampilan yang dapat membantu mereka berpikir dengan cepat dan tepat serta bekerja dengan efisien dalam situasi sulit Ko et al., (2020). Pentingnya kemampuan ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Satrio Brata et al., (2023.) Bahwa hubungan yang signifikan antara kemampuan perawat untuk menerapkan triase dan kinerja mereka di IGD. Hasil dari penelitian Herawati et al., (2022) menunjukkan bahwa perawat dengan kemampuan yang baik 47,4% dan 42,3% perawat melakukan triase yang tidak baik.

Perawat instalasi gawat darurat (IGD) mengalami tantangan psikologis yang disebabkan oleh meningkatnya jumlah pasien yang harus dilayani, tekanan yang meningkat tantangan psikologis ini termasuk stres akibat situasi darurat dan emosi

yang tinggi dari pasien dan keluarga mereka, yang juga dapat memengaruhi kemampuan perawat untuk berpikir logis dan membuat keputusan yang tepat Soola et al., (2022) Keterampilan berpikir kritis yang tajam diperlukan selama proses ini, karena perawat triase harus dapat menilai kondisi pasien secara cepat dan tepat Kamil et al., (2021) banyak perawat mengalami stres yang tinggi dan kelelahan, yang dapat mempengaruhi kemampuan mereka dalam membuat keputusan triase yang tepat Ahmady & Shahbazi, (2020).

Berpikir kritis ini menjadi sangat krusial ketika pasien mengalami gejala yang tidak sesuai dengan protokol standar atau ketika protokol tersebut tidak dapat diimplementasikan dengan sempurna karena keterbatasan sumber daya atau situasi mendesak EVGİN & SÜMEN, (2023) Penelitian dilakukan oleh Ibrahim, (2021) menunjukkan bahwa perawat IGD sering menghadapi tantangan dalam menerapkan kemampuan berpikir kritis mereka. Kondisi ini membuat perawat sering kali bekerja dengan sumber daya yang terbatas dan harus membuat keputusan dalam waktu yang sangat singkat. Tekanan ini semakin meningkat dengan meningkatnya jumlah pasien yang harus dilayani, serta tantangan psikologis yang dihadapi oleh perawat, seperti stres akibat situasi darurat dan emosi yang tinggi dari pasien serta keluarga, yang juga dapat memengaruhi kemampuan mereka untuk berpikir dengan jelas dan membuat keputusan yang tepat Liu et al., (2021).

Perawat seringkali berfikir kritis untuk membuat keputusan yang cepat dan tepat dengan sedikit waktu dan informasi, ketergantungan pada pengetahuan dan pengalaman klinis yang luas menjadi sangat penting dalam situasi ini. Perawat sering kali harus membuat keputusan dengan informasi yang terbatas. Yang dapat menyebabkan kesalahan dalam penilaian. Ini terutama berlaku ketika ada waktu yang terbatas Adinda et al., (2020). Misalnya, dalam situasi trauma atau kecelakaan massal, perawat harus dapat dengan cepat menentukan siapa yang membutuhkan perawatan segera dan siapa yang dapat menunggu. Kemampuan berpikir kritis perawat juga dipengaruhi oleh variabel individu, seperti tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan kompetensi klinis Maria et al., (2023). Kemampuan berpikir

kritis dan pengambilan keputusan klinis di rumah sakit atau oleh spesialis tertentu, seperti unit perawatan Iman & Harefa, (2019.) Namun, hanya sedikit penelitian yang secara khusus menyelidiki hubungan tersebut di lingkungan IGD karena karakteristiknya yang berbeda, seperti banyaknya waktu yang dihabiskan, kebutuhan akan kerja sama multidisipliner, dan kesulitan fisik dan psikologis bagi perawat Mulidan & Syafrtiani, (2023).

Berpikir kritis masih kurang digunakan di lapangan meskipun sudah diakui menjadi bagian penting dari pengambilan keputusan klinis. Sebagian besar penelitian berfokus pada hubungan antara kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan klinis di fasilitas perawatan intensif atau spesialis, seperti unit perawatan intensif Talebian et al., (2021). Namun, sedikit penelitian yang secara khusus mempelajari hubungan di lingkungan IGD karena waktu yang terbatas, kerja sama multidisipliner, dan masalah fisik. Bagi perawat AlShibi & Hamdan-Mansour, (2020.) Akibatnya, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mempelajari bagaimana perawat IGD menggunakan kemampuan berpikir kritis mereka dalam lingkungan yang sangat dinamis Putra et al., (2022)..

Dalam sistem triase *Australasian Triage Scale* (ATS) sekarang sangat berbeda dengan fungsi awal sebelum pembentukan tingkat triase, ATS ini juga akan memberikan batas waktu pasien saat mendapatkan pertolongan pertama. Kemudian sistem triase ini banyak mengalami perkembangan dari 5 level kategori didalam triase yang menunjukkan pasien *resuscitation, emergent, urgent, normagent dan reffered*. Didalam konteks ini, triase tidak hanya berfungsi untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan perawatan segera, tetapi juga untuk mengelola aliran pasien di instalasi gawat darurat (IGD) agar tidak terjadi penumpukan maupun keterlambatan dalam penanganan Atmojo et al., (2019). Di Australia dan selandia baru triase merupakan proses yang sangat penting dalam pelayanan gawat darurat, di mana keputusan harus diambil dengan cepat dan tepat untuk menentukan prioritas penanganan pasien.

Fenomena yang ada di RSUD kardinah menggunakan pengkajian triase yang secara umum (di peruntukan untuk pasien dewasa) sehingga hal ini menjadi kelebihan rumah sakit menggunakan sistem *Australasian Triage Scale* sejak tahun 2018. *Australasia Collage For Emergency Medicine* (ACEM) menetapkan bahwa ATS yang digunakan di rumah sakit ini dapat menilai secara valid kegawatan pasien yang datang ke IGD Himawan et al., (2021). Selanjutnya keandalan sistem ATS triase yang dimiliki RSUD kardinah sangat bergantung pada pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan, terutama perawat, dalam menerapkan kriteria triase yang telah ditetapkan. Disaat saya menjalani perawatan di salah satu rumah sakit tersebut, saya melakukan observasi terhadap sistem pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Berdasarkan pengamatan tersebut, rumah sakit ini menerapkan sistem operasional yang mengacu pada model pelayanan kesehatan dari Kanada. Namun, dalam praktiknya, sistem ini belum berjalan secara optimal. Terutama dalam aspek efisiensi pelayanan. Salah satu kendala utama yang ditemukan adalah waktu tunggu pasien yang relatif lama sebelum mendapatkan penanganan medis. Ketika pasien tiba di IGD, mereka harus terlebih dahulu menjalani proses pendaftaran sebelum diperiksa oleh tenaga kesehatan.

Penelitian yang menunjukkan bahwa pelatihan berfikir kritis juga dapat meningkatkan keterampilan pengambilan keputusan klinis perawat didalam konteks triase. Penelitian yang dilakukan oleh Ahmady & Shahbazi, 2020. mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan di konteks triase pada kalangan mahasiswa keperawatan, yang berada disituasi triase IGD rumah sakit, bahwa perawat harus dapat melakukan secara cepat dan tepat saat mengevaluasi kondisi pasien dan menentukan tingkat keparahan pasien.

Menurut Jordan et al., (2023) mengungkapkan faktor budaya juga memainkan peran penting didalam pengambilan keputusan triase. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman tentang konteks budaya pasien dapat mempengaruhi keputusan yang diambil oleh perawat, sehingga penting untuk melatih perawat tidak hanya dalam aspek klinis tetapi juga dalam aspek budaya. Di sisi lain, penelitian yang dilakukan

oleh Soola et al., (2022) menyoroti pentingnya pengalaman dan keterampilan perawat dalam pengambilan keputusan triase. Mereka mencatat bahwa perawat yang berpengalaman lebih mampu mengkategorikan pasien berdasarkan tingkat keparahan pasien, yang merupakan keterampilan penting didalam manajemen aliran pasien di IGD.

Fenomena di rumah sakit menunjukan bahwa faktor individu maupun kelompok dapat mempengaruhi keterampilan berfikir kritis. Faktor ini menunjukan bahwa Pendidikan berkelanjutan pada perawat untuk meningkatkan keterampilan maupun pengalaman kerja Zainal et al., (2023). pengetahuan, pelatihan, pengalaman dan penggunaan teknologi sangat bermanfaat untuk pengambilan keputusan triase di IGD Johnson et al., (2021).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 10 Februari 2025 melalui observasi non-partisipatif di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Kardinah, ditemukan adanya kendala dalam penerapan sistem *Australasian Triage Scale* (ATS). Beberapa perawat menyatakan bahwa sering terjadi kasus “emergency palsu”, yakni kondisi ketika pasien tampak dalam keadaan gawat darurat saat tiba di IGD, namun setelah dilakukan penilaian lanjutan, ternyata tidak memerlukan intervensi segera. Hal ini menimbulkan ambiguitas dalam menetapkan kategori triase yang tepat, serta berpotensi menyebabkan keterlambatan penanganan pada pasien yang sebenarnya membutuhkan prioritas tinggi. Selain itu, sistem ATS belum diterapkan secara optimal di RSUD Kardinah, di mana penggunaannya terbatas hanya pada kasus dengan kategori minimal kuning (*urgent*), sedangkan pada kondisi *non-urgent*, implementasinya masih belum sistematis. Kemampuan berpikir kritis perawat menjadi fokus utama dalam penelitian ini. Kemampuan berpikir kritis memiliki peranan penting dalam meningkatkan akurasi pengambilan keputusan triase yang tepat dan cepat. Pengukuran berpikir kritis perawat dilakukan berdasarkan tujuh indikator yang disusun berdasarkan teori Bandman et al. (1995), yaitu: analisis, evaluasi, interpretasi, penalaran logis, pengambilan keputusan, keterampilan komunikasi, dan refleksi kritis.

Fenomena ini menunjukkan adanya tantangan kognitif dan pengambilan keputusan klinis yang kompleks, yang membutuhkan kemampuan *berpikir kritis* (critical thinking) yang tinggi dari perawat. Berpikir kritis merupakan kemampuan untuk menganalisis informasi, mengevaluasi bukti, dan membuat keputusan yang logis dan rasional dalam situasi yang penuh tekanan dan ketidakpastian, seperti halnya dalam situasi triase gawat darurat. Perawat yang memiliki kemampuan berpikir kritis yang baik akan mampu mengidentifikasi data klinis yang relevan, menginterpretasikan tanda-tanda vital secara tepat, serta membuat keputusan cepat dan akurat sesuai prioritas kegawatan pasien. Dalam konteks triase, berpikir kritis menjadi fondasi utama dalam memilah pasien secara tepat, mencegah kesalahan kategori, serta menjamin keselamatan pasien dan efisiensi pelayanan. Kemampuan berpikir kritis sering kali belum menjadi perhatian utama dalam proses pengambilan keputusan triase. Beberapa perawat cenderung mengandalkan intuisi atau pengalaman semata tanpa analisis mendalam terhadap kondisi pasien. Hal ini berpotensi meningkatkan risiko kesalahan dalam penentuan prioritas, terutama pada kondisi *borderline* antara kategori hijau dan kuning, atau antara kuning dan merah.

Melihat pentingnya peran berpikir kritis perawat serta adanya kendala dalam penerapan sistem ATS, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul: **“Gambaran Tingkat Kemampuan Perawat Berpikir Kritis di Ruang IGD RSUD Kardinah”**. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran empiris mengenai tingkat kemampuan berpikir kritis perawat sebagai upaya mendukung peningkatan kualitas pelayanan kegawatdaruratan.

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Menggambarkan tingkat kemampuan perawat berpikir kritis di IGD RSUD Kardinah.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan usia, pendidikan dan

lama bekerja

1.2.2.2 Mengidentifikasi tingkat kemampuan perawat dalam berfikir kritis

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat Aplikatif

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan yang konstruktif bagi pihak rumah sakit, khususnya di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Kardinah, untuk mengetahui profil kemampuan berpikir kritis perawat. Informasi ini dapat dijadikan dasar pertimbangan dalam pengembangan program pelatihan, pembinaan klinis, serta pendidikan berkelanjutan yang disesuaikan dengan kebutuhan aktual. Dengan demikian, peningkatan kompetensi berpikir kritis perawat dapat mendorong pengambilan keputusan klinis yang lebih akurat dan berdampak pada peningkatan mutu layanan serta keselamatan pasien.

1.3.2 Manfaat Keilmuan

Penelitian ini memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam aspek pengukuran kemampuan berpikir kritis dalam praktik pelayanan gawat darurat. Melalui pendekatan terstruktur berdasarkan indikator-indikator berpikir kritis, hasil penelitian ini memperkuat pemahaman konseptual dan praktis mengenai pentingnya keterampilan berpikir tingkat tinggi bagi perawat dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan. Hasil ini juga dapat dijadikan referensi dalam pengembangan teori maupun model praktik keperawatan berbasis bukti (evidence-based practice).

1.3.3 Manfaat Metodologis

kemampuan berpikir kritis yang berbasis pada indikator dari Bandman et al. Penelitian ini juga memberikan contoh penerapan desain deskriptif kuantitatif dengan teknik analisis univariat dalam setting keperawatan, yang dapat dimanfaatkan oleh peneliti selanjutnya untuk mengkaji topik-topik sejenis maupun mengembangkan penelitian lanjutan dengan metode yang lebih kompleks.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Berfikir Kritis

2.1.1 Definisi Berfikir Kritis Perawat

Perawat adalah tenaga kesehatan profesional yang bertanggung jawab dalam asuhan keperawatan, pemeliharaan kesehatan, serta penanganan keadaan darurat. Berpikir kritis dalam keperawatan melibatkan analisis rasional terhadap berbagai aspek kognitif, termasuk pengambilan keputusan klinis. Menurut Bandman et al. (1995), terdapat empat jenis penalaran dalam berpikir kritis, yaitu deduktif, induktif, informal, dan praktis. Keterampilan ini mencakup evaluasi bukti, penafsiran data, serta pembuatan keputusan yang logis dan bertanggung jawab. Oleh karena itu, berpikir kritis menjadi elemen penting dalam pengambilan keputusan triase yang memerlukan respons cepat dan tepat.

Menurut Bandman et al. (1995), berpikir kritis adalah pengujian rasional terhadap berbagai aspek kognitif berdasarkan metode ilmiah dan pengambilan keputusan logis. Dalam keperawatan, berpikir kritis menjadi dasar akuntabilitas profesional dan kualitas pelayanan. Perawat yang berpikir kritis memiliki karakteristik seperti reflektif, percaya diri, kreatif, fleksibel, serta memiliki pola pikir terbuka dan integritas intelektual. Mereka juga menerapkan keterampilan kognitif, seperti analisis, penentuan prioritas, pengumpulan data, dan rasionalisasi tindakan. Dengan berpikir kritis, perawat dapat membuat keputusan klinis yang tepat dan berbasis ilmu pengetahuan. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kemampuan Berfikir Kritis Perawat.

2.1.2 Faktor-Faktor Berpikir Kritis

Sebagai elemen atau kondisi yang mempengaruhi hasil atau Keputusan tertentu dalam konteks berpikir kritis. Dalam pengambilan keputusan, faktor-faktor ini mencakup berbagai aspek, seperti konsekuensi, penilaian nilai, keyakinan, dan kebijakan.

Kemampuan dalam Penalaran Deduktif dan Induktif Perawat yang mampu berpikir secara deduktif dan induktif lebih cenderung membuat keputusan yang valid dan berbasis bukti. Bandman et al., (1995).

2.1.2.1 Pengaruh Asumsi dan Bias

Keputusan klinis sering kali dipengaruhi oleh asumsi yang tidak disadari atau bias yang dapat mengarah pada kesalahan interpretasi data.

2.1.2.2 Stres dan Beban Kerja

Stress yang tinggi dapat menghambat kemampuan berpikir kritis, menyebabkan keputusan yang kurang tepat. Beban kerja yang berlebihan dapat mengurangi waktu dan energi yang tersedia untuk berpikir kritis dan menganalisis situasi.

2.1.2.3 Sikap Ketersediaan Informasi yang Relevan

Semakin banyak informasi yang dikumpulkan dan dianalisis, semakin baik kualitas keputusan yang dibuat.

2.1.2.4 Evaluasi Kesimpulan

Kemampuan mengevaluasi kesimpulan yang diambil menjadi faktor kunci dalam memastikan keputusan yang dibuat benar-benar dapat diandalkan.

2.1.2.5 Pengaruh Nilai dan Keyakinan Pribadi

Nilai dan keyakinan yang dianut oleh perawat dapat mempengaruhi cara mereka memproses informasi dan mengambil keputusan dalam praktik keperawatan.

2.1.3 Indikator Berpikir Kritis Perawat

Analisis dalam berpikir kritis perawat merupakan kemampuan menilai kondisi pasien dengan cepat dan akurat berdasarkan data klinis. Perawat harus mengenali tanda dan gejala yang relevan, menghubungkan temuan klinis, serta mengintegrasikan informasi untuk mendapatkan gambaran menyeluruh. Kemampuan ini memungkinkan deteksi dini perubahan kondisi pasien sehingga intervensi yang tepat dapat segera dilakukan.

2.1.3.1 Evaluasi

Evaluasi dalam pengambilan keputusan triase adalah kemampuan perawat menilai informasi klinis secara kritis sebelum menetapkan prioritas pasien. Proses ini melibatkan analisis tanda vital, gejala, dan respons pasien, serta membandingkannya dengan pedoman triase. Evaluasi yang baik memastikan keputusan tepat, meminimalkan kesalahan, dan memungkinkan penyesuaian jika kondisi pasien berubah, sehingga perawatan dapat diberikan secara optimal.

2.1.3.2 Interpretasi

Interpretasi dalam berpikir kritis perawat adalah kemampuan memahami kondisi pasien melalui analisis gejala klinis dan riwayat kesehatan. Perawat harus mengenali pola tanda dan gejala serta menafsirkan data secara akurat untuk menghindari kesalahan dalam pengambilan keputusan. Kemampuan ini mendukung penyusunan rencana perawatan yang tepat, meningkatkan efektivitas intervensi, serta memastikan keselamatan dan kualitas layanan bagi pasien.

2.1.3.3 Penalaran logis

Penalaran logis dalam berpikir kritis perawat adalah kemampuan menarik kesimpulan yang tepat berdasarkan data klinis dan kondisi pasien. Dengan menganalisis tanda vital, riwayat kesehatan, dan respons terapi, perawat dapat menentukan langkah perawatan yang sesuai. Kemampuan ini mencegah asumsi keliru, meningkatkan akurasi diagnosis, serta memastikan intervensi yang efektif demi keselamatan dan kualitas asuhan pasien.

2.1.3.4 Pembuatan keputusan

Pembuatan keputusan dalam berpikir kritis perawat adalah kemampuan menentukan prioritas perawatan berdasarkan tingkat keparahan pasien. Dengan menganalisis tanda vital, gejala klinis, dan faktor risiko, perawat dapat menilai urgensi tindakan serta menetapkan intervensi yang tepat. Keputusan yang didasarkan pada standar klinis membantu mengoptimalkan sumber daya, meningkatkan efisiensi pelayanan, dan memastikan keselamatan pasien.

2.1.3.5 Keterampilan komunikasi

Keterampilan komunikasi dalam berpikir kritis perawat adalah kemampuan menyampaikan informasi klinis dengan jelas kepada tim medis untuk memastikan koordinasi perawatan yang optimal. Komunikasi yang efektif membantu tim merespons dengan cepat, mengurangi kesalahan, serta meningkatkan efisiensi pengambilan keputusan. Selain itu, perawat perlu mendengarkan aktif, memberikan umpan balik, dan beradaptasi dalam situasi darurat guna menjaga keselamatan serta kualitas layanan pasien.

2.1.3.6 Refleksi kritis

Refleksi kritis dalam berpikir kritis perawat adalah kemampuan mengevaluasi keputusan yang telah diambil untuk perbaikan di masa mendatang. Proses ini mencakup peninjauan efektivitas intervensi, ketepatan penilaian pasien, dan kesesuaian tindakan dengan standar keperawatan. Dengan refleksi, perawat dapat belajar dari pengalaman, meningkatkan keterampilan pengambilan keputusan, serta mengadaptasi strategi yang lebih baik guna meningkatkan kualitas asuhan dan keselamatan pasien.

2.1.4 Dampak Berpikir Kritis terhadap Pengambilan Keputusan Klinis

Dalam buku *Critical Thinking in Nursing (2nd Edition)* oleh Bandman et al., (1995). Dijelaskan sebagai proses yang meningkatkan kualitas keputusan yang dibuat oleh perawat. Berpikir kritis membantu perawat dalam poin-poin dibawah ini.

2.1.4.1 Menghindari Kesalahan dalam Pengambilan Keputusan

Perawat yang berpikir kritis mampu mengidentifikasi asumsi yang salah, menganalisis alternatif secara objektif, dan menghindari bias kognitif.

2.1.4.2 Meningkatkan Efektivitas dalam Pemecahan Masalah

Dengan berpikir kritis, perawat dapat mengevaluasi informasi dengan lebih baik, menghasilkan solusi yang lebih tepat, dan mengimplementasikan tindakan yang lebih efektif.

2.1.4.3 Menyesuaikan Keputusan dengan Nilai dan Bukti

Pengambilan keputusan dalam keperawatan tidak hanya berdasarkan aturan, tetapi juga mempertimbangkan nilai pasien dan bukti ilmiah yang ada.

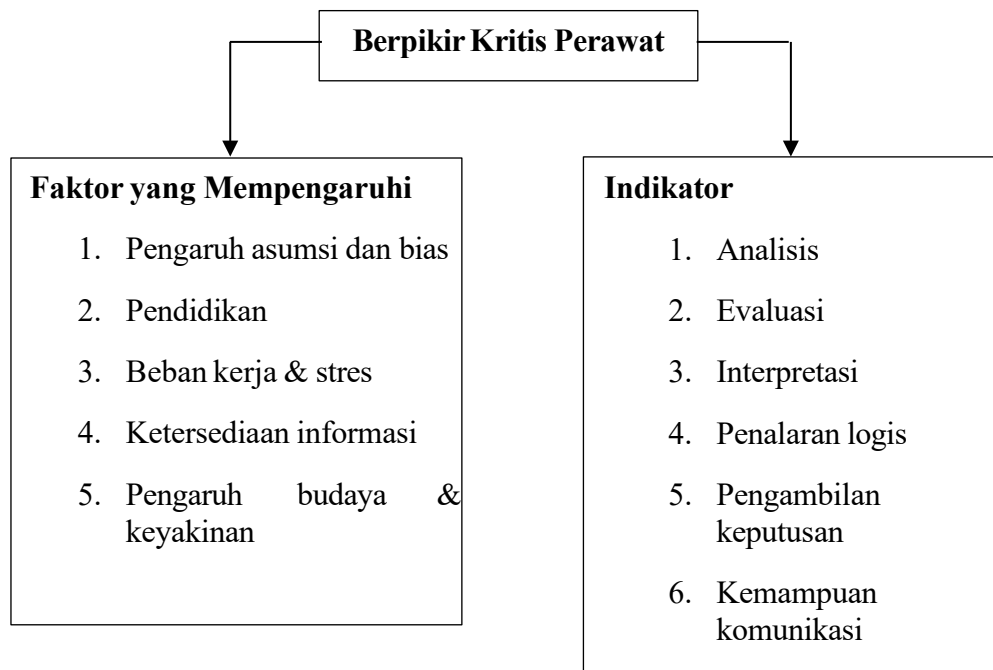
2.1.4.4 Memastikan Keputusan yang Logis dan Valid

Berpikir kritis memungkinkan perawat untuk menilai setiap langkah dalam proses pengambilan keputusan berdasarkan validitas dan relevansi informasi yang tersedia.

2.1.5 Alat Ukur

Alat ukur Variabel berfikir kritis perawat adalah Kuisoner. Kuisoner berfikir kritis perawat dikembangkan oleh peneliti berdasarkan indikator berfikir kritis perawat dalam buku Bandman et al., (1995): Analisis, Evaluasi, Interpretasi, Penalaran logis, Pembuatan Keputusan, Ketrampilan komunikasi, Refleksi kritis.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori
(Bandman et al.,1995).

2.3 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain cross-sectional untuk menganalisis hubungan antara berpikir kritis perawat dan pengambilan keputusan triase di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Pendekatan kuantitatif dipilih karena mampu memberikan data yang objektif dan terukur mengenai fenomena yang diteliti, sehingga memungkinkan analisis hubungan antar variabel secara statistik Feriandy, (2024), jenis cross-sectional dipilih karena memungkinkan pengumpulan data dari responden pada satu titik waktu tertentu, memberikan gambaran aktual mengenai hubungan antara kemampuan berpikir kritis perawat dan efisiensi pengambilan keputusan triase. Jenis ini banyak digunakan dalam penelitian keperawatan karena efisien dalam mengukur hubungan antara variabel dalam suatu populasi tanpa memerlukan pemantauan jangka panjang Sugiyono, (2013).

3.2 Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

3.2.1 Alat Penelitian

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data, dalam penelitian ini berupa kuesioner, yakni teknik pengumpulan data melalui penyampaian serangkaian pertanyaan atau pernyataan tertulis yang dijawab sendiri oleh responden. Penggunaan kuesioner dalam studi ini bertujuan untuk menghimpun data mengenai tingkat kemampuan perawat berpikir kritis di ruang IGD RSUD Kardinah Tegal, yang meliputi :46 pernyataan yang dikategorikan ke dalam tujuh indikator, yaitu: analisis (5 pernyataan), evaluasi (7 pernyataan), interpretasi (7 pernyataan), penalaran logis (5 pernyataan), pengambilan keputusan (7 pernyataan), keterampilan komunikasi (7 pernyataan), dan refleksi kritis (6 pernyataan). Setiap pernyataan dinilai menggunakan skala likert dengan empat tingkat respons, yaitu: sangat tidak setuju (skor 1), tidak setuju (skor 2), setuju (skor 3), dan sangat setuju (skor 4). Skor total responden berkisar antara 25 hingga 100. Penilaian berpikir kritis perawat dikategorikan berdasarkan Bloom's Cut-off Point, yang membagi hasil

menjadi tiga tingkat: baik, cukup, dan kurang baik. Skor responden dikonversikan ke dalam persentase dengan kategori sebagai berikut: Baik: 80–100%, Cukup: 60–79%, dan Kurang baik: <60%. Selanjutnya, hasil skor responden dianalisis menggunakan rumus yang diungkapkan oleh Ketut Swarjana, (2022.) untuk menentukan tingkat berpikir kritis perawat secara objektif.

Tabel 3.1 Kisi-Kisi Berfikir Kritis Perawat

No	Indikator Berfikir Kritis Perawat	Favorable	Unfavorable	Jumlah
1	Analisis	1,2	3,4,6	5
2	Evaluasi	8,9,10	11,12,13,14	7
3	Interpretasi	15,16,17	18,19,20,21	7
4	Penalaran Logis	22,23,24	25,26,27,28	7
5	Pembuatan Keputusan	29,30,31	31,32,33,34	7
6	Ketrampilan Komunikasi	36,37,38	39,40,41,42	7
7	Refleksi Kritis	43,44,45	46,47,48	6
Jumlah				46

3.2.2 Cara Pengumpulan Data

3.2.2.1 Tahap Persiapan

Tahap persiapan dimulai dari pengajuan judul pada tanggal 9 Desember 2024 pada tahap persiapan, peneliti terlebih dahulu merumuskan serta mendefinisikan permasalahan, Kemudian peneliti melakukan studi pendahuluan di RSUD Kardinah Tegal. Setelah melakukan studi pendahuluan, peneliti melanjutkan penyusunan proposal. Kemudian peneliti melakukan sidang proposal pada bulan Mei 2025. Setelah melakukan sidang proposal diberi masukan mengenai bagian-bagian pada proposal yang kurang jelas, peneliti melakukan revisi proposal tersebut. Setelah proposal penelitian disetujui oleh dosen utama, dosen pendamping, dan dosen penguji, peneliti melanjutkan proses dengan mengurus *ethical clearance (EC)* dengan No.348/Univ.Bhamada/KEP.EC/VIII/2025 serta mengajukan surat permohonan untuk mendapatkan izin penelitian kepada Ka. Prodi S1 Ilmu Keperawatan dan Ners. Surat ini berfungsi sebagai pengantar dalam pelaksanaan

uji validitas dan reliabilitas yang akan dilakukan di RSUD Soesilo Slawi dengan jumlah responden 25 perawat, yang akan dilakukan selama 4 hari. Setelah surat perizinan untuk Rumah Sakit Jika peneliti sudah mendapatkan persetujuan dari RSUD Soesilo Slawi dan melengkapi persyaratan yang diajukan oleh pihak rumah sakit dan menunjukkan lembar kuesioner setelah menghadapi persyaratan yang diberikan, kemudian peneliti melakukan uji validitas dan realibilitas sesuai dengan hari dan tanggal yang sudah disepakati untuk melakukan uji validitas dan realibilitas yaitu tiga hari. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas dengan dibantu oleh dua enumerator, yaitu mahasiswa semester 8 yang sudah bersedia menjadi enumerator pada penelitian ini.

3.2.2.2 Tahap Pelaksanaan

Proses pelaksanaan penelitian ini diawali dengan melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen yang digunakan dengan Uji Validitas dan Reliabilitas dilaksanakan pada tanggal 13 agustus 2025 di RSUD Soesilo Slawi, melibatkan 25 perawat sebagai responden. Proses ini dirancang agar dapat diselesaikan dalam waktu empat hari Setelah tahap ini selesai, peneliti akan melanjutkan bimbingan dengan dosen pembimbing. Setelah mendapat persetujuan, penelitian dijadwalkan di RSUD Kardinah Tegal pada tanggal 15-17 September 2025. Dalam pelaksanaannya, peneliti akan didampingi oleh seorang enumerator yang telah diberikan pemahaman seragam mengenai prosedur penelitian, tugas dari enumerator melakukan dokumentasi foto saat peneliti memberikan penjelasan kepada responden.

Sebelum penyebaran kuesioner, peneliti berkoordinasi dengan kepala ruang IGD untuk menyampaikan informasi terkait penelitian yang melibatkan 25 perawat sebagai responden. Peneliti dan enumerator memulai proses penelitian diawali dengan memperkenalkan diri kepada responden, kemudian menjelaskan tujuan, manfaat, serta prosedur penelitian yang akan dilakukan. Selain itu, mereka juga meminta persetujuan (*informed consent*) dari responden sebelum penelitian dilaksanakan, Pengumpulan data penelitian ini dilaksanakan secara bertahap. Pada

tanggal 15 September 2025, peneliti berhasil memperoleh data dari 15 responden yang terdiri atas perawat, yaitu perawat shift pagi, shift siang, dan shift malam. Pengambilan data dilakukan dengan memperhatikan keterjangkauan responden pada saat mereka sedang tidak melaksanakan tugas utama di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD), sehingga tidak mengganggu pelayanan kepada pasien.

Selanjutnya, pada tanggal 16 September 2025, peneliti kembali melaksanakan proses pengumpulan data dan memperoleh 5 responden tambahan yang seluruhnya berasal dari perawat shift siang. Pemilihan waktu pengisian instrumen dilakukan setelah perawat menyelesaikan aktivitas utama keperawatan sehingga responden dapat lebih fokus dalam memberikan jawaban.

Tahap akhir pengumpulan data dilakukan pada tanggal 17 September, di mana peneliti berhasil mendapatkan 5 responden berikutnya yang berasal dari perawat shift pagi. Dengan demikian, dalam kurun waktu tiga hari tersebut, jumlah total responden yang berhasil diperoleh mencapai 25 perawat sesuai dengan jumlah sampel.

Proses pengumpulan data ini berjalan dengan baik karena adanya dukungan dari pihak manajemen rumah sakit dan kerja sama dari para perawat IGD. Peneliti juga memastikan bahwa setiap responden mengisi kuesioner secara mandiri setelah diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, prosedur, serta jaminan kerahasiaan data yang dikumpulkan.

Untuk memastikan proses pemilihan responden dilakukan secara adil, perawat dipilih berdasarkan kriteria yang pas dengan penelitian ini. Responden yang terpilih diberikan kuesioner dalam bentuk cetak (*hard copy*) untuk diisi secara bergiliran. Hal ini dilakukan agar tidak mengganggu proses tindakan keperawatan dan asuhan keperawatan bagi pasien. Dalam proses pengumpulan data, setiap perawat yang menjadi responden diberikan waktu sekitar 20 menit untuk mengisi kuesioner penelitian. Rentang waktu ini dianggap ideal agar responden dapat membaca setiap butir pernyataan dengan cermat dan memberikan jawaban yang sesuai dengan pengalaman maupun kondisi yang mereka rasakan, tanpa terburu-buru. Peneliti juga berupaya memastikan bahwa pengisian kuesioner tidak mengganggu aktivitas

utama perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Oleh karena itu, peneliti memilih momen yang tepat, yaitu ketika responden sedang berada di luar tugas langsung atau pada saat pergantian sif, sehingga tetap terjaga keseimbangan antara kepentingan penelitian dan kelancaran pelayanan pasien.

Penyebaran kuesioner dilakukan secara bertahap. Tahapan ini dipandang penting untuk menjaga efektivitas sekaligus kelancaran proses pengumpulan data, mengingat responden bekerja dalam sistem sif yang berbeda, yaitu sif pagi, sif siang, dan sif malam. Dengan metode ini, peneliti dapat mengatur jadwal penyebaran instrumen kepada setiap kelompok perawat secara bergiliran, sehingga semua responden memperoleh kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Secara keseluruhan, pengumpulan data direncanakan berlangsung selama tiga hari. Tiga hari tersebut secara khusus difokuskan untuk perawat yang bertugas di unit IGD RSUD Kardinah, mengingat karakteristik unit ini yang memiliki dinamika kerja tinggi serta perputaran pasien yang cepat. Pada hari pertama, peneliti menyebarkan kuesioner kepada perawat dari tiga sif sekaligus (pagi, siang, dan malam). Pada hari kedua, fokus penyebaran dialokasikan kepada perawat sif siang, sementara pada hari ketiga diarahkan kepada perawat sif pagi. Strategi ini diterapkan untuk mengantisipasi adanya keterbatasan waktu perawat dalam mengisi kuesioner, sekaligus memastikan bahwa target jumlah sampel dapat tercapai sesuai rencana.

Dengan adanya pembagian waktu yang terstruktur serta mekanisme penyebaran kuesioner yang sistematis, proses pengumpulan data dapat berlangsung lebih terorganisir, terkendali, dan sesuai dengan prinsip etika penelitian, yaitu tidak mengganggu pelayanan kesehatan, menjaga kerahasiaan identitas responden, serta menjamin kebebasan mereka dalam memberikan jawaban.

3.3 Uji Validitas dan Reabilitas

3.3.1 Uji Validitas

Menurut Sugiyono, (2013.) uji validitas merupakan tingkat ketepatan antara data yang diperoleh dalam penelitian dengan informasi yang dapat disampaikan oleh peneliti. Uji validitas bertujuan untuk menguji keabsahan instrumen penelitian yang digunakan. Dalam penelitian ini, uji validitas direncanakan akan dilakukan di RSUD Soesilo dengan melibatkan 25 perawat sebagai responden. Peneliti memilih lokasi tersebut karena rumah sakit ini memiliki tipe yang serupa dengan lokasi penelitian yang telah direncanakan. Pengujian validitas dalam penelitian ini menggunakan metode Peneliti memilih lokasi tersebut karena rumah sakit ini memiliki tipe yang serupa dengan lokasi penelitian yang telah direncanakan. Pengujian validitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menerapkan metode *Pearson Product Moment* dengan jumlah responden sebanyak 30 orang pada taraf signifikansi 5%. Berdasarkan tabel taraf signifikansi, nilai r tabel yang digunakan adalah 0,396. Item dianggap valid apabila nilai r hitung $< r$ tabel (0,396). Namun, jika nilai r hitung $> r$ tabel (0,396), maka item tersebut dinyatakan tidak valid.

Berdasarkan hasil uji instrument yang telah dilakukan kepada 25 responden di Rumah Sakit Dr. Soeselo Slawi dengan uji validitas *person product moment* diperoleh hasil bahwa sebanyak 46 butir dinyatakan valid karena nilai signifikansi lebih tinggi dari nilai r tabel (0, 801). Sementara itu, terdapat 3 butir yang tidak valid karena memiliki nilai signifikansi lebih kecil dari (-0,120), sehingga butir tersebut dieliminasi dan tidak digunakan dalam penelitian.

3.3.2 Uji Reabilitas

Uji reliabilitas merupakan metode untuk menilai apakah suatu alat ukur memiliki konsistensi dalam pengukuran, meskipun alat tersebut digunakan secara berulang kali. Peneliti melakukan pengujian reliabilitas dengan menggunakan metode *Alpha Cronbach*. Langkah pengujian reliabilitas dilakukan dengan memilih item instrumen yang telah lolos uji validitas, sehingga item yang tidak valid tidak dimasukkan dalam analisis reliabilitas. Peneliti melakukan uji reliabilitas tingkat kemampuan perawat berfikir kritis di Rumah Sakit Dr. Soeselo Slawi pada tanggal 13 Agustus

2025, dengan jumlah responden sebanyak 25 perawat di ruang IGD. Kuesioner yang disusun oleh peneliti sendiri telah melalui proses uji reliabilitas di Rumah Sakit Dr. Soeselo Slawi.

Menurut Sugiyono (2013), uji reliabilitas bertujuan untuk menilai tingkat konsistensi suatu instrumen penelitian dalam menghasilkan data yang stabil ketika digunakan berulang kali dalam situasi yang serupa. Instrumen dikatakan reliabel jika hasil pengukurannya stabil dan dapat dipercaya. Salah satu metode yang sering digunakan dalam mengukur reliabilitas adalah uji Cronbach's Alpha, yang menguji sejauh mana item dalam kuesioner memiliki tingkat keterkaitan satu sama lain. Apabila nilai Cronbach's Alpha melebihi angka 0,6 atau 0,7, maka instrumen tersebut dapat dinyatakan memiliki tingkat reliabilitas yang baik atau dapat dipercaya dan layak digunakan dalam penelitian. Sebaliknya, jika nilai yang diperoleh berada di bawah batas yang ditentukan, maka instrumen perlu diperbaiki.

Berdasarkan hasil uji instrument yang telah dilakukan kepada 25 responden di Rumah Sakit Islam Dr. Soeselo Slawi hasil perhitungan uji variabel berpikir kritis perawat diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* = 0,938 dinyatakan reliabel karena nilai r hitung semua item $> 0,60$ yang artinya semua item pernyataan variabel berpikir kritis perawat dinyatakan reliabel.

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi dalam penelitian mencakup keseluruhan elemen yang akan dijadikan dasar generalisasi. Elemen populasi mencerminkan seluruh subjek yang akan diukur dan menjadi unit analisis dalam penelitian. Dengan demikian, populasi dapat diartikan sebagai suatu area generalisasi yang terdiri dari objek atau subjek dengan jumlah serta karakteristik tertentu yang telah ditentukan oleh peneliti untuk dikaji dan disimpulkan Sugiyono, (2015). Oleh karena itu, dalam penelitian ini, populasi yang digunakan adalah 25 perawat yang bekerja di ruang IGD.

3.4.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang mewakili keseluruhan subjek yang diteliti. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel di mana seluruh anggota populasi dijadikan sampel penelitian Sugiyono, (2013). Menurut Sugiyono (2015), total sampling digunakan ketika semua anggota populasi dijadikan sampel, terutama jika jumlah populasi relatif kecil, kurang dari 30 orang, atau ketika penelitian bertujuan untuk menghasilkan generalisasi dengan tingkat kesalahan yang minimal. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan metode total sampling, yaitu teknik di mana jumlah sampel sama dengan jumlah populasi. Dengan demikian, sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di ruang IGD RSUD Kardinah Tegal, sebanyak 25 orang.

3.4.3 Teknik Penarikan Sampling

Penelitian ini menggunakan teknik non-probability sampling, yaitu metode yang tidak memberikan peluang yang sama bagi setiap anggota populasi untuk terpilih sebagai sampel Notoadmojo, (2010). Teknik pengambilan sampel yang diterapkan dalam penelitian ini adalah total sampling, di mana seluruh anggota populasi dijadikan sebagai sampel.

Menurut Notoadmojo (2010), total sampling atau sensus merupakan teknik pengambilan sampel yang melibatkan seluruh populasi sebagai responden. Metode ini digunakan ketika jumlah populasi relatif kecil, yaitu tidak lebih dari 30 orang, sehingga semua anggota populasi dapat diikutsertakan dalam penelitian. Oleh karena itu, dalam penelitian ini, sampel yang digunakan adalah 25 perawat yang bekerja di ruang IGD RSUD Kardinah.

3.4.4 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini merujuk pada karakteristik tertentu yang harus dimiliki oleh responden agar dapat diikutsertakan dalam penelitian. Adapun kriteria inklusi yang digunakan antara lain, perawat yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat (IGD) di RSUD Kardinah dengan tanggung jawab dalam pengambilan keputusan

triase, memiliki pengalaman kerja minimal 1 tahun di IGD untuk memastikan bahwa responden telah memiliki keterampilan dalam menangani triase, memiliki pendidikan minimal D3 Keperawatan sebagai standar kompetensi dalam melakukan triase dan berpikir kritis dalam pengambilan keputusan klinis, bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent yang menyatakan kesediaan mereka untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, tidak sedang dalam cuti atau izin panjang selama periode pengambilan data penelitian agar dapat memberikan jawaban berdasarkan pengalaman kerja terkini.

3.4.5 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini ditetapkan untuk mengeliminasi responden yang tidak memenuhi syarat atau dapat memengaruhi keakuratan data. Responden yang dikecualikan adalah perawat IGD RSUD Kardinah yang sedang cuti atau izin panjang, memiliki pengalaman kerja kurang dari satu tahun, tidak bersedia menjadi responden, atau mengalami gangguan kesehatan fisik maupun mental yang dapat memengaruhi konsentrasi dan pengambilan keputusan triase.

3.5 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kardinah Tegal, yang berlokasi di Jalan AIP Jl. KS. Tubun No.2, Kejambon, Tegal Timur. Pada tanggal 13 Agustus – 17 September 2025

3.6 Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

Operasional ini digunakan untuk menjelaskan pengertian variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau menjelaskan variabel lainnya.

Tabel 3.2 Definisi Operasional variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Usia	Lamanya waktu hidup responden sejak lahir sampai saat penelitian dilakukan,	Kuisisioner	28–34 tahun 35–40 tahun >40 tahun	Ordinal

		yang mencerminkan tingkat kematangan biologis dan kognitif perawat dalam menunjang proses berpikir kritis dan pengambilan keputusan klinis di IGD.			
2	Pendidikan Terakhir	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang telah diselesaikan responden dalam bidang keperawatan, yang memengaruhi tingkat pengetahuan teoretis, kemampuan analisis, dan penalaran klinis dalam praktik keperawatan gawat darurat.	Kuisisioner	D-III Keperawatan Ners S2 Keperawatan	Ordinal
3	Lama Bekerja	Total masa kerja responden sebagai perawat di Instalasi Gawat Darurat yang mencerminkan pengalaman klinis dalam menghadapi kasus kegawatdaruratan dan ketepatan pengambilan keputusan.	Kuisisioner	≤10 tahun 11–20 tahun 21–30 tahun >30 tahun	Ordinal
4	Kemampuan Berpikir Kritis Perawat	Kemampuan kognitif perawat dalam melakukan analisis, evaluasi, interpretasi data klinis, penalaran logis, pengambilan keputusan, komunikasi efektif, serta refleksi kritis dalam memberikan	Kuisisioner	Baik: 147–184 Cukup: 110–146 Kurang: 46–109	Ordinal

		pelayanan keperawatan di ruang IGD.			
--	--	-------------------------------------	--	--	--

3.7 Teknik Pengolaan Data dan Analisis Data

Pengolahan Data Setelah data dikumpulkan, langkah selanjutnya adalah pengolahan data, di mana data mentah yang telah diperoleh diproses dan dianalisis untuk menghasilkan informasi yang bermakna. Saat ini, pengolahan data umumnya dilakukan dengan bantuan perangkat lunak, namun dalam kondisi tertentu, proses ini masih dapat dilakukan secara manual jika aplikasi pengolah data tidak tersedia atau tidak dapat digunakan Henny Syapitri et al, (2021).

3.7.1 *Editing*

Penyuntingan atau pengeditan data merupakan proses pemeriksaan terhadap data yang diperoleh dari pengisian kuesioner guna memastikan kelengkapan dan keakuratan respons. Jika dalam tahap ini ditemukan jawaban yang tidak lengkap, maka perlu dilakukan pengumpulan data ulang untuk melengkapinya, Peneliti akan melakukan verifikasi data yang telah terkumpul dari responden menggunakan lembar ceklis (✓), dengan memeriksa kelengkapan pengisian serta memastikan bahwa jawaban yang diberikan sesuai dengan pertanyaan dalam kuesioner. Proses ini dilakukan dengan meninjau ulang dan mengoreksi data dari kuesioner yang telah dikumpulkan agar tidak terjadi kesalahan dalam analisis lebih lanjut.

3.7.2 *Coding*

Proses *coding (coding)* dilakukan untuk mengubah data kualitatif yang diperoleh dari kuesioner menjadi bentuk angka, sehingga dapat dianalisis secara kuantitatif. Koding berfungsi sebagai representasi data dalam bentuk nilai atau skor, yang memungkinkan proses pengolahan dan interpretasi hasil penelitian dilakukan secara lebih sistematis, Proses koding diterapkan pada dua kuesioner penelitian. Kuesioner digunakan untuk mengukur berpikir kritis perawat, yang terdiri dari 49 pernyataan dengan 7 indikator, yaitu analisis, evaluasi, interpretasi, penalaran logis, pembuatan keputusan, keterampilan komunikasi, dan refleksi kritis. Sementara itu,

setiap pernyataan dalam kuesioner dinilai menggunakan skala Likert 4 tingkat, yang terdiri dari sangat tidak setuju (skor 1), tidak setuju (skor 2), setuju (skor 3), dan sangat setuju (skor 4). Pemberian skor ini memungkinkan data yang dikumpulkan dapat dikonversi ke dalam bentuk numerik,

sehingga dapat diolah lebih lanjut untuk dianalisis secara statistik. Dengan menerapkan teknik koding ini, penelitian dapat memperoleh hasil yang lebih terstruktur dan objektif dalam mengukur hubungan antara berpikir kritis perawat dan pengambilan keputusan triase di Instalasi Gawat Darurat (IGD).

3.7.3 *Data Entry*

Data *entry* merupakan proses sistematis dalam memasukkan informasi atau kode yang telah ditentukan ke dalam kolom atau formulir yang sesuai. Setiap kode yang dimasukkan merepresentasikan jawaban atau respons terhadap pertanyaan dalam survei, kuesioner, atau formulir pengumpulan data. Proses ini memiliki peran penting dalam memastikan bahwa data yang dikumpulkan tercatat dengan akurat, sehingga dapat digunakan untuk analisis lebih lanjut secara valid dan sistematis.

3.7.4 *Processing*

Pemrosesan Data (*Processing*) merupakan tahap yang dilakukan setelah seluruh kuesioner terisi dengan lengkap dan benar. Pada tahap ini, jawaban responden yang telah dikodekan dimasukkan ke dalam aplikasi pengolahan data untuk dianalisis lebih lanjut. Dalam penelitian ini, pemrosesan data dilakukan menggunakan SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), yang berfungsi untuk menganalisis data secara sistematis dan memperoleh hasil yang akurat.

3.7.5 *Cleaning Data*

Pembersihan Data (*Cleaning Data*) adalah proses evaluasi ulang terhadap data yang telah dimasukkan untuk memastikan keakuratan serta mendeteksi adanya kesalahan yang mungkin terjadi selama proses entri data. Langkah ini bertujuan untuk menjaga kualitas data agar tetap valid dan dapat digunakan dalam analisis secara optimal.

3.8 Analisis Data

3.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan teknik analisis data yang berfokus pada satu variabel secara mandiri, tanpa mempertimbangkan keterkaitannya dengan variabel lain. Tujuan utama metode ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik atau kondisi variabel yang diteliti. Teknik ini juga dikenal sebagai analisis deskriptif atau statistik deskriptif, karena berperan dalam merangkum serta menyajikan data dalam bentuk yang lebih sederhana dan mudah dipahami Notoadmojo, (2010). analisis univariat dilakukan terhadap variabel bebas (berpikir kritis perawat) yang diukur menggunakan kuesioner. Hasil analisis disajikan dalam bentuk persentase untuk setiap variabel guna memberikan gambaran distribusi dan pola data yang diperoleh.

3.9 Etika Penelitian

Menurut Henny Syapitri et al, (2021), setiap penelitian yang melibatkan individu sebagai partisipan harus mematuhi empat prinsip etika penelitian, salah satunya adalah menghormati atau menghargai subjek penelitian (*Respect for Person*). Prinsip ini menekankan pentingnya penghormatan terhadap hak dan martabat setiap individu yang terlibat dalam penelitian. Peneliti harus mempertimbangkan secara mendalam potensi risiko serta kemungkinan penyalahgunaan yang dapat terjadi selama proses penelitian. Selain itu, bagi subjek yang tergolong rentan terhadap risiko, perlu diberikan perlindungan yang memadai guna memastikan keselamatan dan kesejahteraan mereka selama berpartisipasi dalam penelitian.

3.9.1 Menghormati Harkat dan Martabat Manusia

Penelitian harus dilaksanakan dengan penghormatan penuh terhadap martabat manusia. Setiap responden memiliki otonomi dan kebebasan untuk menentukan keterlibatannya dalam penelitian (*respect for human dignity*). Peneliti tidak diperkenankan memberikan tekanan atau paksaan kepada calon responden untuk berpartisipasi. Sebelum penelitian dimulai, peneliti wajib memberikan penjelasan komprehensif mengenai tujuan, prosedur, serta manfaat dari penelitian tersebut.

Setelah mendapatkan informasi yang memadai, responden dapat memberikan keputusan sukarela untuk berpartisipasi atau menolak keterlibatan dalam penelitian.

3.9.2 Menghormati Privasi Dan Kerahasiaan Responden Penelitian

Dalam upaya melindungi privasi responden (*respect for privacy and confidentiality*), peneliti harus menerapkan sistem pengkodean untuk identitas responden, bukan menggunakan nama asli pada instrumen penelitian. Lembar pengumpulan data cukup diberi kode pengenal tertentu sebagai pengganti identitas pribadi. Peneliti bertanggung jawab menjamin kerahasiaan seluruh informasi yang diperoleh dari responden. Data yang terkumpul tidak boleh dipublikasikan atau diserahkan kepada pihak ketiga tanpa persetujuan eksplisit dari responden, baik untuk keperluan informasi maupun kepentingan lainnya. Demikian pula, material dokumentasi seperti foto, rekaman, atau dokumen pendukung lainnya harus dijaga kerahasiaannya.

3.9.3 Keterbukaan

Pelaksanaan penelitian harus berlandaskan prinsip keterbukaan, kejujuran, keadilan, dan kepedulian (*respect for justice and inclusiveness*). Prinsip keterbukaan mengharuskan peneliti untuk tidak mendiskriminasi responden berdasarkan jenis kelamin, agama, etnis, status sosial, atau karakteristik demografis lainnya. Prosedur penelitian harus dijelaskan secara transparan dan menyeluruh kepada responden, sehingga mereka dapat memahami konteks penelitian dan menyesuaikan diri dengan lingkungan penelitian secara optimal.

3.9.4 Persetujuan Setelah Penjelasan

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti akan memberikan penjelasan lengkap kepada calon responden mengenai tujuan penelitian, prosedur, manfaat, potensi risiko, serta hak responden. Setelah memahami informasi tersebut, responden yang bersedia berpartisipasi akan diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Ini sesuai dengan prinsip transparansi dan kebebasan berpartisipasi.

3.9.5 Kerahasiaan dan Anonimitas

Identitas responden tidak akan dicantumkan dalam laporan akhir. Data pribadi yang dikumpulkan akan disimpan dengan aman dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Pelaporan hasil akan dilakukan secara agregat agar tidak dapat dilacak kembali kepada individu tertentu.

3.9.6 *Beneficence*

Prinsip *Beneficence* menekankan bahwa penelitian harus memberikan manfaat yang optimal bagi partisipan serta meminimalkan potensi risiko atau kerugian yang mungkin terjadi. Oleh karena itu, rancangan penelitian harus dirancang dengan mempertimbangkan aspek keamanan dan kesejahteraan partisipan, sehingga proses penelitian tidak hanya menghasilkan temuan yang bermanfaat, tetapi juga melindungi hak serta keselamatan individu yang terlibat.

3.9.7 *Non-Maleficence*

Non-Maleficence mengharuskan penelitian dilakukan dengan upaya maksimal untuk meminimalkan risiko, bahaya, atau kerugian yang dapat dialami oleh partisipan. Peneliti harus mengantisipasi dan memperhitungkan kemungkinan permasalahan yang dapat timbul selama proses penelitian, sehingga potensi risiko yang dapat membahayakan subjek penelitian dapat dihindari atau diminimalkan.

3.9.8 *Justice*

Justice dalam penelitian menekankan perlakuan yang adil dan setara bagi semua subjek, tanpa adanya diskriminasi. Penelitian harus memastikan bahwa manfaat dan risiko yang ada didistribusikan secara seimbang, sehingga tidak ada pihak yang dirugikan. Selain itu, setiap kendala yang mungkin timbul harus dipertimbangkan secara etis, dengan memperhatikan aspek kesehatan fisik, mental, dan sosial partisipan.

3.9.9 Persetujuan Komite Etik Penelitian Kesehatan

Penelitian ini mendapatkan izin dari Komite Etik Penelitian Kesehatan dari institusi yang berwenang. Penelitian baru akan dimulai setelah mendapatkan Surat Kelayakan Etik yang menyatakan bahwa penelitian layak untuk dilakukan dari segi etika.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 15 September 2025. Hasil penelitian yang dilakukan mengenai Gambaran Tingkat Kemampuan Perawat Berfikir Kritis Di Ruang IGD RSUD Kardinah Tegal. Didapatkan sampel sebanyak 25 perawat yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang merupakan bagian dari populasi.

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik responden berdasarkan usia, pendidikan terakhir, lama bekerja dan kemampuan berfikir kritis perawat

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi Usia Responden

Usia	Frekuensi (f)	Presentase (%)
28–34	8	32,0
35–40	10	40,0
>40	7	28,0
Total	25	100,0
Pendidikan Terakhir	Frekuensi (f)	Presentase (%)
D-III	20	80,0
Ners	1	4,0
S2	4	16,0
Total	25	100,0
Lama Kerja (Tahun)	Frekuensi (f)	Presentase (%)
≤10	7	28,0
11–20	8	32,0
21–30	6	24,0
>30	4	16,0
Total	25	100,0
Berfikir kritis	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Baik	1	4,0
Cukup	21	84,0

Kurang Baik	3	12,0
Total	25	100,0

4.1.2 Hasil pembahasan tabel diatas

Berdasarkan tabel di atas, perawat yang bekerja di ruang IGD RSUD Kardinah Tegal didominasi oleh kelompok usia dewasa (35–40 tahun) sebanyak 10 responden (40%) dari total 25 responden. Sebagian besar perawat memiliki pendidikan terakhir D-III Keperawatan, yaitu sebanyak 20 responden (80%), sedangkan sisanya berpendidikan Ners dan S2. Dari segi pengalaman kerja, mayoritas perawat memiliki lama kerja antara 11–20 tahun sebanyak 8 responden (32%). Hal ini menunjukkan bahwa perawat di IGD RSUD Kardinah Tegal umumnya berada pada usia produktif dengan pengalaman kerja yang cukup lama serta latar belakang pendidikan vokasional, yang secara keseluruhan mendukung kemampuan adaptasi, keterampilan klinis, dan tanggung jawab profesional dalam pelayanan kegawatdaruratan

4.2 Pembahasan

4.2.1 Usia perawat

Berdasarkan Tabel 4.1 Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas perawat berada pada kelompok usia 35–40 tahun (40%). Usia ini termasuk dalam kategori usia produktif, di mana individu memiliki kondisi fisik yang optimal dan kematangan psikologis yang lebih baik. Menurut Notoatmodjo (2018), usia produktif sangat berpengaruh terhadap kemampuan bekerja karena terkait dengan kekuatan fisik, kecepatan berpikir, serta daya analisis. Bahwa faktor usia berkorelasi dengan kematangan psikologis dan kecepatan adaptasi dalam pengambilan keputusan klinis, tetapi tidak selalu signifikan terhadap kemampuan berpikir kritis tanpa dukungan pelatihan profesional.

Usia produktif dapat dipandang sebagai modal dasar, namun perlu didukung faktor eksternal untuk mengoptimalkan potensi berpikir kritis. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa Mayoritas perawat berada pada kelompok usia produktif (35–40 tahun) yang memberikan modal dasar berupa kondisi fisik optimal dan

kematangan psikologis dalam menunjang pengambilan keputusan klinis. Namun, kemampuan berpikir kritis perawat tidak hanya ditentukan oleh faktor usia, melainkan lebih dipengaruhi oleh pengalaman kerja, tingkat pendidikan, dan pelatihan berkelanjutan Chang et al., (2022)

Penelitian oleh Oh et al., (2025) di Korea menunjukkan bahwa disposisi berpikir kritis dan kompetensi clinical reasoning lebih berkontribusi terhadap kemampuan keselamatan pasien dibandingkan dengan faktor usia semata ($\beta = 0,19$; $p < 0,001$). Selain itu, meta-analisis terbaru menegaskan bahwa program pendidikan berbasis *evidence-based practice* (EBP) selama 4–7 minggu mampu meningkatkan kemampuan berpikir kritis mahasiswa keperawatan secara signifikan ($d = 1,29$), tanpa dipengaruhi variabel usia.

kemampuan berpikir kritis tidak hanya ditentukan oleh faktor usia, melainkan juga dipengaruhi oleh pengalaman kerja, pendidikan, serta pelatihan yang diperoleh. Hal ini sejalan dengan penelitian Sutriyanti et al., (2019) yang menemukan bahwa usia produktif mendukung kemampuan analisis perawat, tetapi peningkatan keterampilan berpikir kritis memerlukan pelatihan berkelanjutan.

4.2.2 Pendidikan terakhir responden

Berdasarkan Tabel 4.1, Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir D-III Keperawatan, yaitu sebesar 80%. Pendidikan vokasional ini memberikan bekal keterampilan praktik dasar keperawatan, namun kurikulumnya relatif terbatas dalam menekankan aspek clinical reasoning, critical appraisal, serta evidence-based practice (EBP). Kondisi ini dapat berimplikasi pada keterlambatan pengembangan kemampuan berpikir kritis secara komprehensif.

Menurut Sutriyanti et al., (2019) peningkatan keterampilan berpikir kritis tidak hanya ditentukan oleh usia produktif, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh pendidikan formal dan pelatihan berkelanjutan. Dengan dominasi lulusan D-III, perkembangan kemampuan analitis, interpretatif, dan evaluatif cenderung kurang

optimal apabila tidak didukung dengan pendidikan lanjutan atau pelatihan khusus berbasis EBP.

Sebaliknya, responden dengan pendidikan profesi Ners maupun Magister (S2) memiliki kecenderungan lebih tinggi dalam menguasai kemampuan berpikir kritis. Hal ini disebabkan oleh kurikulum pendidikan lanjutan yang lebih menekankan pada penguasaan teori, penelitian, dan praktik berbasis evidence.

Menurut Bambang Sudono DS, (2019), tingkat pendidikan formal yang lebih tinggi berhubungan signifikan dengan peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat, yang mencakup kemampuan analitis, interpretatif, dan evaluatif. Ketiga keterampilan tersebut sangat penting dalam menghadapi situasi gawat darurat, di mana pengambilan keputusan harus dilakukan dengan cepat, tepat, dan berbasis data klinis.

Ramadhiani & Siregar (2019) mengungkapkan bahwa perawat dengan kemampuan berpikir kritis yang baik lebih mampu menganalisis kondisi pasien, menyusun dokumentasi asuhan secara sistematis, menentukan intervensi holistik, serta menunjukkan sikap caring yang lebih tinggi dalam praktik klinis. Sementara itu, studi terkini di Turki pada tahun 2025 menunjukkan adanya korelasi positif dan signifikan antara kemampuan berpikir kritis dengan kinerja klinis perawat, yang meliputi aspek personal, interpersonal, dan self-management. Temuan ini menegaskan bahwa berpikir kritis tidak hanya penting sebagai kompetensi akademik, tetapi juga berdampak langsung pada kualitas kerja perawat Lestari et al., (2021)

Selain pendidikan formal, berbagai metode pembelajaran modern juga terbukti memperkuat kemampuan berpikir kritis. Pelatihan Evidence-Based Nursing (EBN) melalui media video conference misalnya, terbukti meningkatkan pengetahuan perawat secara signifikan dengan rata-rata kenaikan skor 14,8 poin ($p < 0,05$) Nilaprapti et al., (2024) Demikian pula, metode preceptorship dan mentorship terbukti efektif dalam meningkatkan kemampuan berpikir kritis mahasiswa

keperawatan ($p = 0,006$) Sementara itu, pendidikan berbasis simulasi klinik mampu meningkatkan keterampilan analisis, kepercayaan diri, dan keterampilan klinis perawat secara nyata.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan terakhir memiliki pengaruh signifikan terhadap perkembangan kemampuan berpikir kritis perawat. Pendidikan vokasional D-III berfungsi sebagai fondasi praktik, tetapi belum cukup memadai dalam mengembangkan keterampilan berpikir kritis tingkat tinggi. Sebaliknya, pendidikan profesi Ners dan Magister (S2) lebih mendukung perawat dalam mencapai kemampuan berpikir kritis yang matang. Oleh karena itu, dibutuhkan strategi pengembangan berkelanjutan, baik melalui pendidikan formal maupun pelatihan berbasis EBP, simulasi klinik, dan mentorship untuk meningkatkan kualitas berpikir kritis serta kinerja perawat di ruang gawat darurat Very Wijaya Pinilih, (2024).

4.2.3 Lama kerja responden

Berdasarkan Tabel 4.1, Mayoritas responden dalam penelitian ini memiliki lama kerja antara 11–20 tahun yaitu sebanyak 8 orang (32%). Selanjutnya, 7 responden (28%) memiliki lama kerja lebih dari 20 tahun, 6 responden (24%) memiliki lama kerja 6–10 tahun, dan hanya 4 responden (16%) yang memiliki lama kerja kurang dari 5 tahun. Distribusi ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat IGD RSUD Kardinah berada pada kelompok dengan pengalaman kerja menengah hingga panjang (≥ 11 tahun). Kondisi ini menandakan bahwa perawat memiliki keterpaparan yang cukup lama terhadap dinamika klinis, terutama dalam menghadapi kasus-kasus gawat darurat yang menuntut kecepatan berpikir, akurasi penilaian, dan pengambilan keputusan yang tepat.

Lama kerja sering dianggap sebagai faktor penting dalam memperkaya keterampilan berpikir kritis. Semakin lama seorang perawat berkecimpung dalam praktik klinis, semakin banyak pula situasi kompleks dan beragam kasus pasien yang dihadapinya. Hal ini dapat memperkuat keterampilan analisis, refleksi, serta

intuisi klinis dalam merespons kondisi pasien yang tidak terduga. Menurut teori Bandman, (1988) tentang *From Novice to Expert*, pengalaman kerja yang panjang berpotensi menggeser perawat dari level *advanced beginner* menuju *competent* bahkan *expert*, di mana keterampilan klinis tidak hanya berdasarkan prosedur, melainkan juga intuisi dan pola berpikir reflektif.

Namun, temuan penelitian ini memperlihatkan bahwa meskipun sebagian besar responden memiliki pengalaman kerja yang relatif panjang, tingkat berpikir kritis mayoritas masih berada pada kategori cukup. Hal ini mengindikasikan bahwa pengalaman kerja saja belum cukup untuk mengoptimalkan keterampilan berpikir kritis perawat. Kondisi ini sejalan dengan pendapat Febi & Panggabean, (2020) yang menyatakan bahwa pengalaman klinis tidak serta merta meningkatkan kemampuan berpikir kritis tanpa adanya dukungan program *continuous learning* berupa pelatihan, diskusi kasus, supervisi klinis, maupun pembelajaran berbasis simulasi.

Elsavina et al., (2025.) juga menegaskan bahwa lama kerja yang panjang baru akan memberikan dampak signifikan terhadap penguatan keterampilan berpikir kritis jika disertai dengan pendidikan berkelanjutan dan pelatihan klinis berbasis simulasi serta *evidence-based practice*. Dengan adanya pendekatan tersebut, perawat tidak hanya mengandalkan intuisi, tetapi juga mampu menerapkan kerangka berpikir kritis berbasis bukti dalam pengambilan keputusan. Hal ini sangat penting dalam konteks IGD yang sarat dengan ketidakpastian, di mana perawat dituntut tidak hanya cepat tetapi juga tepat dalam menentukan prioritas pasien.

Saharuddin et al., (2025) menemukan bahwa perawat dengan pengalaman kerja lebih dari 10 tahun memang memiliki rasa percaya diri yang lebih tinggi dalam melaksanakan tindakan klinis. Akan tetapi, tingkat berpikir kritis mereka baru meningkat secara signifikan apabila diberikan *refreshment training* secara rutin. Artinya, pengalaman kerja memang memberikan landasan penting berupa intuisi klinis dan kepercayaan diri, tetapi keterampilan berpikir kritis tetap membutuhkan

stimulasi yang berkelanjutan agar tetap relevan dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan, serta dinamika pelayanan di IGD.

Dapat disimpulkan bahwa lama kerja memberikan kontribusi penting dalam pembentukan intuisi klinis dan kepercayaan diri perawat, namun bukan merupakan faktor tunggal yang menentukan tingkat berpikir kritis. Pendidikan formal lanjutan, pelatihan klinis berbasis simulasi, serta keterlibatan aktif dalam diskusi kasus berbasis bukti sangat diperlukan untuk mengoptimalkan kemampuan berpikir kritis perawat. Oleh karena itu, RSUD Kardinah diharapkan dapat memfasilitasi program pembelajaran berkesinambungan yang menekankan pada evidence-based practice sehingga pengalaman kerja yang panjang dapat terintegrasi dengan peningkatan kualitas berpikir kritis dalam pengambilan keputusan triase di ruang IGD.

4.2.4 Tingkat Kemampuan Perawat Berfikir Kritis

Berdasarkan Tabel 4.1, menunjukkan bahwa masih terdapat perawat dengan kemampuan berpikir kritis kategori kurang baik (12,0%). Kondisi ini menegaskan bahwa kemampuan berpikir kritis belum sepenuhnya merata pada seluruh perawat IGD RSUD Kardinah. Dalam konteks pelayanan kegawatdaruratan, keberadaan perawat dengan kemampuan berpikir kritis yang kurang optimal berpotensi memengaruhi ketepatan pengambilan keputusan triase, terutama pada situasi dengan tekanan waktu tinggi dan kondisi pasien yang kompleks.

Secara konseptual, berpikir kritis mencakup berbagai keterampilan penting, antara lain analisis, interpretasi, evaluasi, penalaran logis, komunikasi, pengambilan keputusan, dan refleksi kritis Sun et al., (2023) Seluruh keterampilan tersebut tidak terbentuk secara instan, melainkan harus dilatih secara berkesinambungan baik melalui jalur pendidikan formal maupun melalui pengalaman klinis di lapangan. Tanpa adanya pelatihan berkelanjutan, perawat cenderung mengandalkan intuisi atau pengalaman sesaat yang tidak selalu sesuai dengan prinsip evidence-based practice, sehingga berpotensi meningkatkan risiko kesalahan dalam pengambilan keputusan klinis.

Hasil analisis kuesioner memberikan gambaran lebih rinci terkait distribusi kemampuan berpikir kritis perawat. Indikator dengan skor tertinggi terdapat pada aspek penalaran logis (3,05) yang masuk dalam kategori baik. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat IGD cukup mampu menggunakan logika klinis dalam menentukan tindakan berdasarkan data pasien, misalnya melalui pemahaman tanda vital, riwayat penyakit, dan gejala klinis yang muncul. Kemampuan ini sangat penting dalam triase, karena logika klinis membantu perawat menempatkan pasien sesuai prioritas kegawatdaruratannya sehingga pelayanan menjadi lebih efektif.

Indikator dengan skor terendah ditemukan pada aspek refleksi kritis (2,55) dan evaluasi (2,60) yang berada pada kategori cukup rendah. Hal ini menandakan bahwa perawat masih kurang dalam melakukan penilaian ulang terhadap keputusan yang telah diambil, serta belum optimal dalam mengidentifikasi kemungkinan adanya kesalahan klinis. Kondisi ini berimplikasi pada keterbatasan perawat dalam menjadikan pengalaman sebelumnya sebagai bahan pembelajaran, sehingga kualitas pengambilan keputusan triase di masa mendatang tidak banyak mengalami peningkatan.

Penelitian Khairina et al. (2020) yang menyatakan bahwa rendahnya tingkat berpikir kritis di kalangan perawat IGD dapat meningkatkan risiko terjadinya over-triage maupun under-triage, yang berakibat pada kesalahan prioritas penanganan pasien. Kesalahan tersebut tentu berdampak langsung terhadap mutu pelayanan dan keselamatan pasien di instalasi gawat darurat. Noor Khalilati (2022) menegaskan bahwa kemampuan berpikir kritis perawat memiliki korelasi positif dengan ketepatan dalam menentukan prioritas triase. Perawat dengan kemampuan berpikir kritis rendah lebih rentan melakukan kesalahan dalam penetapan kategori triase, yang pada akhirnya dapat menimbulkan konsekuensi serius terhadap keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa meskipun perawat IGD RSUD Kardinah telah menunjukkan kemampuan penalaran logis yang cukup baik, kelemahan pada aspek refleksi kritis dan evaluasi menunjukkan perlunya intervensi strategis. Salah satu solusi yang direkomendasikan adalah pelatihan reflektif berbasis kasus klinis, yang memungkinkan perawat untuk mengkaji ulang keputusan yang telah diambil dan menjadikannya sebagai dasar perbaikan di masa depan. Selain itu, program pelatihan triase berbasis simulasi klinis, pengembangan profesional berkelanjutan, serta supervisi klinis yang sistematis juga sangat diperlukan. Intervensi tersebut tidak hanya akan memperkuat keterampilan berpikir kritis secara komprehensif, tetapi juga meningkatkan kualitas pengambilan keputusan triase, meminimalisir risiko kesalahan, serta menjamin keselamatan pasien di ruang IGD.

4.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, jumlah sampel yang digunakan relatif kecil (25 responden) sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasikan. Kedua, variabel yang diteliti terbatas pada usia, pendidikan, lama kerja, dan tingkat berpikir kritis, sementara faktor lain yang mungkin berpengaruh tidak diteliti. Ketiga, penggunaan kuesioner skala Likert berpotensi menimbulkan bias subjektivitas. Keempat, desain penelitian deskriptif potong lintang hanya menggambarkan kondisi sesaat tanpa menjelaskan hubungan sebab-akibat. Kelima, penelitian hanya dilakukan di satu rumah sakit, sehingga hasilnya belum dapat mewakili kondisi di IGD rumah sakit lain.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai tingkat berpikir kritis perawat di IGD RSUD Kardinah, dapat disimpulkan bahwa:

- 5.1.1 Mayoritas karakteristik responden menunjukkan bahwa mayoritas perawat berada pada usia produktif (35–40 tahun), berpendidikan D-III Keperawatan (80%), dan memiliki pengalaman kerja lebih dari 10 tahun (32%). Kondisi ini mendukung kemampuan adaptasi, respon kognitif, serta ketepatan dalam pengambilan keputusan klinis. Secara keseluruhan, kemampuan berpikir kritis perawat IGD RSUD Kardinah tergolong cukup, dengan kekuatan pada aspek penalaran logis dan pengambilan keputusan, namun aspek refleksi kritis dan evaluasi masih perlu ditingkatkan melalui pendidikan lanjutan dan pelatihan berbasis praktik klinis
- 5.1.2 kemampuan berpikir kritis perawat dipengaruhi oleh faktor usia produktif, pengalaman kerja, dan pendidikan terakhir. Meskipun pengalaman kerja yang panjang memberikan kontribusi positif terhadap kemampuan analisis dan pengambilan keputusan, peningkatan kualitas berpikir kritis tetap memerlukan dukungan melalui pendidikan lanjutan, pelatihan berbasis evidence-based practice (EBP), serta program pembinaan klinik yang terstruktur.

5.2 Saran

5.2.1 Saran Aplikatif

Bagi pihak rumah sakit, khususnya manajemen keperawatan IGD, diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk meningkatkan kualitas pelayanan gawat darurat melalui penguatan kemampuan berpikir kritis perawat. Hal ini dapat dilakukan dengan menyelenggarakan pelatihan rutin, simulasi triase, serta diskusi kasus berbasis evidence-based practice. Selain itu, supervisi klinis yang terstruktur perlu diterapkan secara berkala agar perawat lebih terarah dalam pengambilan

keputusan cepat dan tepat di situasi gawat darurat.

5.2.2 Saran Keilmuan

Bagi institusi pendidikan keperawatan, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam pengembangan kurikulum, khususnya pada mata kuliah yang menekankan penguasaan critical thinking dan clinical reasoning. Penelitian ini juga dapat memperkaya khazanah ilmu keperawatan dengan menambahkan bukti empiris mengenai hubungan antara faktor individu (usia, pendidikan, dan lama kerja) dengan kemampuan berpikir kritis perawat. Dengan demikian, penelitian ini dapat dijadikan referensi dan pijakan bagi penelitian sejenis di masa mendatang.

5.2.3 Saran Metodologi

Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk melibatkan jumlah sampel yang lebih besar serta melaksanakan penelitian di beberapa rumah sakit agar hasil yang diperoleh lebih representatif. Selain itu, penggunaan desain penelitian analitik dengan pendekatan cross-sectional atau bahkan longitudinal dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai hubungan sebab-akibat antarvariabel. Peneliti juga dapat menambahkan variabel lain, seperti beban kerja, stres, dukungan organisasi, maupun ketersediaan pelatihan, yang berpotensi memengaruhi kemampuan berpikir kritis perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adinda, P. T., Aryanto, C. B., & Tunjungsari, L. H. (2020). Gambaran self-compassion perawat instalasi gawat darurat di Jakarta. *Jurnal Psikologi Ulayat*, 7(1), 38–56. <https://doi.org/10.24854/jpu99>
- Ahmady, S., & Shahbazi, S. (2020). Impact of social problem-solving training on critical thinking and decision making of nursing students. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00487-x>
- Alserkal, Y., Alblooshi, K., Alblooshi, S., Khan, Y., Naqvi, S. A., Fincham, C., & Almeheri, N. (2020). Triage accuracy and its association with patient factors using emergency severity index: Findings from united arab emirates. *Open Access Emergency Medicine*, 12, 427–434. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S263805>
- Bambang Sudono DS, D. S. A. R. A. H. (2019). Gambaran Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Islam Surakarta.
- Bandman, E. L. and B. B. (1988). *Critical Thinking in Nursing*. Norwalk, Conn. <https://doi.org/https://doi.org/10.1604/9780838513309>
- Chang, C. Y., Chung, M. H., & Yang, J. C. (2022). Facilitating nursing students' skill training in distance education via online game-based learning with the watch-summarize-question approach during the COVID-19 pandemic: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 109. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105256>
- Elsavina, A., Rahayu, M., Fauziyah, A. S., Desky, H. S., Febriyanti, I., Artameysia, R. H., & Haryeti, P. (n.d.). Faktor-faktor dalam pengambilan keputusan klinis perawat pada pasien gawat darurat: literature review the factors in nurses clinical decision makin in emergency departement patient: literature review. <https://doi.org/10.47522/jmk>
- EVGİN, D., & SÜMEN, A. (2023). Effect of Online Case-Based Teaching Method on Professional Development of Nursing Students. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 13(1), 9–17.

<https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.942370>

- Herawati, Z., Yuswardi, Y., & Rachmah, R. (2022). Kewenangan Klinis Perawat di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh. *Jurnal Citra Keperawatan*, 10(2), 88–94. <https://doi.org/10.31964/jck.v10i2.234>
- Ibrahim, B. E. (2021). *Sudanese emergency departments: a study to identify the barriers to a well-functioning triage*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1097399/v1>
- Iman, E., & Harefa, J. (2019). Penerapan budaya keselamatan pasien di IGD
- Jin, Y., Hong, H., Liu, C., Chien, C. W., Chuang, Y. C., & Tung, T. H. (2022). Exploring the Key Factors of Shared Decision-Making Through an Influential Network Relation Map: The Orthopedic Nurse's Perspective. *Frontiers in Medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.762890>
- Kamil, H., Putri, R., Putra, A., Mayasari, P., & Yuswardi, Y. (2021). Berpikir kritis perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 21(3). <https://doi.org/10.24815/jks.v21i3.20578>
- Lestari, K. P., Jauhar, M., Puspitaningrum, I., Shobirun, S., & Sriningsih, I. (2021). Evaluation of preceptorship and mentorship clinical learning method on nursing students critical thinking in providing nursing care in a teaching hospital. *Jurnal Riset Kesehatan*, 10(1), 45–51. <https://doi.org/10.31983/jrk.v10i1.6629>
- Liu, S., Han, W., Shen, C., Zhu, C., Wang, Q., Liang, X., He, X., Xie, Q., Wei, J., Wu, M., Zhao, X., Liu, H., Liu, D., Guo, X., Nie, S., Cao, L., Lu, L., Fang, Y., Lu, Z., ... Yu, X. (2021). Depressive State in the Emergency Department During COVID-19: A National Cross-Sectional Survey in China. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.566990>
- Mulidan, M., & Syafriani, A. M. (2023). Peran Perawat Melaksanakan Kolaborasi Interprofesional (IPC) dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien Covid-19. *Jurnal Keperawatan*, 15(1), 321–330. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v15i1.627>
- Nibbelink, C. W., & Brewer, B. B. (2018). Decision-making in nursing practice:

- An integrative literature review. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 27, Issues 5–6, pp. 917–928). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jocn.14151>
- Nilaprapti, E., Haryanto, H., & Bhakti, W. K. (2024). Berpikir kritis dalam proses keperawatan: scoping review. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 15(1), 20–26. <https://doi.org/10.54630/jk2.v15i1.324>
- Oh, J. A., Kim, E. A., & Kim, H. R. (2025). Influence of Critical Thinking Disposition, Clinical Reasoning Competence, and Nursing Practice Environment on Medication Safety Competence of Hospital Nurses. *Healthcare (Switzerland)*, 13(5). <https://doi.org/10.3390/healthcare13050542>
- Saharuddin, S., Nurachmah, E., Masfuri, M., Gayatri, D., Kimin, A., Sakti, M., Saidi, S. B., & Yona, S. (2025). Exploring Clinical Decision-Making Competencies of Emergency Nurses in Trauma Care in Indonesia: Qualitative Study. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 9, e74282–e74282. <https://doi.org/10.2196/74282>
- Satrio Brata, B., Handoko S, G., Yunita, R., Hafshawaty, S., Zainul, P., & Probolinggo, H. (n.d.). Hubungan kompetensi dengan kinerja perawat instalasi gawat darurat (IGD) dalam melaksanakan triase. <https://journal-mandiracendikia.com/jikmc>
- Soola, A. H., Mehri, S., & Azizpour, I. (2022). Evaluation of the factors affecting triage decision-making among emergency department nurses and emergency medical technicians in Iran: a study based on Benner's theory. *BMC Emergency Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00729-y>
- Sun, Y., Yin, Y., Wang, J., Ding, Z., Wang, D., Zhang, Y., Zhang, J., & Wang, Y. (2023). Critical thinking abilities among newly graduated nurses: A cross-sectional survey study in China. *Nursing Open*, 10(3), 1383–1392. <https://doi.org/10.1002/nop2.1388>
- Sutriyanti, Y., Keperawatan Curup, P., & Kemenkes Bengkulu, P. (2019). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerapan Berpikir Kritis Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan Raflesia*, 1(1). <https://doi.org/10.33088/jkr.v1i1.394>

Very Wijaya Pinilih. (2024). *1-Jurnal_Analisa-Faktor-yang-Mempengaruhi-Kepatuhan-Surgical-Safety*.

Lampiran 1 Lembar Informasi Penelitian

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	LEMBAR INFORMASI PENELITIAN
---	--	--

LEMBAR INFORMASI PENELITIAN

Saya Moh Gani Pradiyanto Putra, Mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan angkatan 2021, yang akan melakukan penelitian dengan judul Gambaran Tingkat Kemampuan Perawat Berfikir Kritis di Ruang IGD RSUD Kardinah Tegal. Saya meminta dengan hormat kepada perawat-perawat di RSUD Kardinah Tegal untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Terima kasih atas kesediaan santri untuk berpartisipasi dalam penelitian yang akan saya lakukan ini. Berikut saya akan menjelaskan beberapa tahap dari penelitian ini:

1. Tujuan Penelitian dan Manfaat

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi Gambaran Tingkat Kemampuan Berfikir Kritis Perawat di Ruang IGD RSUD Kardinah Tegal. Penelitian ini memberikan manfaat langsung bagi perawat, khususnya yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dalam meningkatkan kualitas praktik klinis melalui penguatan kemampuan berpikir kritis. Melalui partisipasi dalam penelitian ini, perawat memperoleh kesempatan untuk melakukan refleksi terhadap kompetensi diri, khususnya dalam aspek kognitif seperti analisis, evaluasi, penalaran logis, serta kemampuan membuat keputusan secara tepat dalam kondisi yang penuh tekanan.

2. Pengisian Kuesioner

Perawat yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini akan diminta untuk mengisi kuesioner yang berisi beberapa pernyataan mengenai Tingkat Kemampuan Berfikir Kritis Perawat. Dalam pengisian kuesioner, diharapkan para perawat mengisi dengan jujur dan tidak berdiskusi dengan teman mengenai jawaban yang diberikan.

3. Etika penelitian

- 3.1 Peneliti tidak membebankan biaya apapun kepada saudara/i.
- 3.2 Seluruh informasi tentang siswa pada penelitian ini bersifat rahasia dan anonim baik informasi mengenai identitas dan gambar berupa foto lainnya.
- 3.3 Penelitian ini tidak menimbulkan resiko ataupun kerugian fisik, karena dalam penelitian ini hanya menggunakan lembar kuesioner sebagai alat pengumpulan data.

Jika ada pertanyaan atau saran terkait dengan penelitian ini, orangtua/wali murid dapat menghubungi saya melalui nomor 082313854067 atau melalui email: ganiputra1104@gmail.com Jika saudara/i setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, mohon untuk mengisi surat persetujuan yang disediakan. Atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terimakasih.

Slawi, September 2025
Peneliti

Moh Gani Pradiyanto Putra

()

Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	LEMBAR PERMOHONAN
---	--	------------------------------

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Calon Responden Penelitian Di Tempat

Dengan hormat,

Saya mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhamada Slawi, bermaksud melaksanakan penelitian dengan judul “Gambaran Tingkat Kemampuan Perawat Berfikir Kritis di Ruang IGD RSUD Kardinah Tegal”. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam mengambil data untuk menyelesaikan tugas akhir Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhamada Slawi. Saya mengharapkan agar jawaban yang diberikan saudara mencerminkan pendapat pribadi tanpa adanya pengaruh dari pihak lain. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara serta informasi yang diberikan hanya akan digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu keperawatan, tanpa tujuan lain.

Atas perhatian dan kesediaan saudara dalam berpartisipasi saya ucapkan terima kasih.

Slawi, September 2025
Peneliti

Moh Gani Pradiyanto Putra

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Penelitian (Informasi consent)

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	INFORMED CONSENT
---	--	-----------------------------

LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat:

Umur :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti tentang “Gambaran Tingkat Kemampuan Perawat Berfikir Kritis di Ruang IGD RSUD Kardinah Tegal”. Maka dengan ini saya menyatakan untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan dari peneliti. Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan dipahami sebagaimana mestinya.

Slawi, September 2025

Responden

()

Lampiran 5 Lembar Kuisisioner Berfikir Kritis

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	LEMBAR KUISISIONER
---	--	-------------------------------

KUISISIONER BERFIKIR KRITIS

A. Identitas Responden:

Nama (inisial) :
Jenis kelamin :
Kelas :
Usia :

B. Kuisisioner Berfikir Kritis

1. Bacalah dengan cermat setiap item pernyataan.
2. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberikan tanda checklist (✓) pada kolom yang dianggap tepat. Berikut keterangannya:
1 : Sangat Tidak Setuju (STS) : Saya sangat tidak setuju dengan pernyataan tersebut
2 : Setuju (S) : Saya setuju dengan pernyataan tersebut
3 : Tidak Setuju (TS) : Saya tidak setuju dengan pernyataan tersebut
4 : Sangat Setuju (SS) : Saya sangat setuju dengan pernyataan tersebut
3. Dimohon untuk mengisi jawaban dengan sejujur jujurnya. Jawaban yang Anda berikan akan **dijamin kerahasiaannya**.

Selamat Mengerjakan

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya mampu mengaitkan gejala yang relevan dengan data pemeriksaan klinis untuk memahami kondisi pasien secara menyeluruh.				
2	Saya mampu melakukan deteksi dini terhadap tanda tanda kegawatan berdasarkan hasil pengkajian awal pasien.				
3	Saya tidak selalu mempertimbangkan gejala yang relevan dalam menganalisis kondisi pasien.				
4	Saya sering membutuhkan waktu lama untuk menilai kondisi pasien sebelum mengambil keputusan triase.				
5	Saya sering luput mengenali tanda-tanda awal kegawatan saat melakukan analisis kondisi pasien.				
6	Saya menilai ulang informasi pasien secara menyeluruh jika terjadi perubahan kondisi klinis.				
7	Respons pasien menjadi pertimbangan utama saya dalam mengkategorikan tingkat kegawatan.				
8	Saya mampu membuat keputusan triase yang sesuai dengan kebutuhan medis mendesak pasien.				
9	Saya tidak menilai ulang informasi jika kondisi pasien tampak memburuk.				
10	Saya jarang mengevaluasi ulang keputusan saya meskipun kondisi pasien berubah.				
11	Saya langsung mengambil keputusan triase berdasarkan asumsi awal tanpa menilai bukti lebih lanjut.				
12	Respons pasien tidak terlalu mempengaruhi saya dalam menentukan kategori triase.				
13	Saya menafsirkan hasil pengkajian untuk menentukan klasifikasi triase secara akurat.				
14	Saya menyesuaikan rencana perawatan berdasarkan interpretasi perkembangan kondisi pasien.				
15	Saya menyadari bahwa kesalahan triase dapat berdampak serius, sehingga saya mengambil keputusan dengan hati-hati.				
16	Saya merasa tidak cukup percaya diri dalam menginterpretasikan hasil pengkajian pasien.				

17	Saya merasa kesulitan membuat rencana perawatan ketika gejala pasien tidak jelas.				
18	Saya menafsirkan data pasien tanpa menghubungkannya dengan gejala yang ditampilkan.				
19	Saya kadang membuat keputusan tergesa-gesa yang berujung pada kesalahan dalam triase.				
20	Saya mampumenguraikan alasan logis di balik keputusan triase yang saya ambil.				
21	Saya menjadikan kualitas asuhan pasien sebagai prioritas utama dalam pengambilan keputusan triase.				
22	Saya menganalisis hubungan antara gejala, riwayat penyakit, dan kondisipasien sebelum membuat keputusan triase.				
23	Saya sering membuat keputusan triase tanpa mempertimbangkan hubungan logis antar data pasien.				
24	Saya cenderung mengabaikan bukti klinis yang tidak sesuai dengan dugaan awal saya.				
25	Saya merasa cukup yakin mengambil keputusan meskipun informasi yang tersedia belum lengkap.				
26	Saya tidak mengevaluasi kualitas asuhan pasien setelah memberikan keputusan triase				
27	Saya membuat keputusan triase berdasarkan analisis menyeluruh terhadap kondisi pasien.				
28	Saya mampu menetapkan prioritas perawatan dengan mempertimbangkan tingkat kegawatan pasien.				
29	Saya dapat mengatur penggunaan alat dan tenaga secara tepat agar pelayanan tetap optimal.				
30	Saya sering ragu dalam mengambil keputusan saat menghadapi kondisi pasien yang kompleks.				
31	Saya menetapkan kategori triase tanpa mempertimbangkan keseluruhan kondisi klinis pasien.				
32	Saya merasa penggunaan sumber daya bukan tanggung jawab saya sebagai perawat triase.				
33	Saya tidak melihat peran triase sebagai bagian penting dalam peningkatan efisiensi pelayanan IGD.				
34	Saya setuju bahwa efisiensi pelayanan harus menjadi prioritas dalam perbaikan kualitas manajemen publik.				

35	Saya aktif berkomunikasi dengan rekan kerja untuk memastikan keputusan triase yang tepat.				
36	Saya mampu mendengarkan masukan dari tim sebelum mengambil keputusan penting dalam triase.				
37	Saya sering mengalami kesulitan saat menyampaikan informasi triase kepada rekan medis.				
38	Saya jarang berdiskusi dengan tim kesehatan sebelum mengambil keputusan triase.				
39	Saya kurang terbiasa memberi umpan balik saat terjadi perbedaan pendapat dalam tim.				
40	Saya merasa komunikasi tidak terlalu penting dalam menentukan kategori triase pasien.				
41	Saya selalu meninjau kembali keputusan triase yang telah saya ambil untuk memastikan keakuratannya.				
42	Saya mengevaluasi hasil tindakan triase untuk memperbaiki proses pengambilan keputusan di masa depan.				
43	Saya belajar dari pengalaman sebelumnya agar dapat membuat keputusan yang lebih baik di situasi berikutnya.				
44	Saya jarang melakukan evaluasi terhadap keputusan triase yang telah saya ambil.				
45	Saya merasa tidak perlu meninjau kembali tindakan triase jika pasien telah ditangani.				
46	Saya tidak mencatat atau mengingat kesalahan triase yang pernah saya lakukan				

Lampiran 6 Lembar Surat Izin Penelitian

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	SURAT IZIN PENELITIAN
---	---	---

**YAYASAN PENDIDIKAN TRI SANJA HUSADA
UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Prodi : Ilmu Keperawatan (S1), Profesi Ners, Farmasi (S1), Keselamatan Kesehatan Kerja (D-IV),
Keperawatan (DIII), Kebidanan (DIII)
Jl. Cut Nyak Dhien, Kalisapu Telp. (0283) 6197570 – 6197571, Fax. (0283) 6198450 Slawi,
E-mail : fbeshamada@gmail.com SK.MENDIKBUD RISET & TEKNOLOGI : 325/E/O/2021

Nomor : 807 /FIK.UNIV.BMD/HM/XII/2024
Lamp. : -
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal

Slawi, 23 Desember 2024.

Kepada Yth.
Direktur RSUD Kardinah Kota Tegal
di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan Penyusunan Tugas Akhir/Skripsi bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhamada Slawi, bersama ini kami mohon Bapak/Ibu memberi ijin pengambilan data awal guna pembuatan Proposal Tugas Akhir/Skripsi, kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama : Moh Gani Pradiyanto Putra
NIM : C1021066
Nama Pembimbing : 1. Dr. Wisnu Widyantoro, M.Kep.
2. Anisa Oktiawati, M.Kep.
Judul Skripsi : Hubungan Berfikir Kritis Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Triase Di Ruang IGD Rumah Sakit Kardinah Tegal

Demikian untuk menjadikan periksa, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.


 Ners, M.Kes.
 1976.11.09.02.022

Tembusan disampaikan kepada
1) Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners
2) Bertanggal



**PRODI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI
2025**

**SURAT IZIN
PENELITIAN**



**PEMERINTAH KOTA TEGAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KARDINAH**

JL. Aip KS. TUBUN NO. 4 Tegal
Telp. (0283) 350377 / 350477 / 350577 / 341938, Fax (0283) 353131 KODE POS 52124

Nomor : 100.24/020/II/2025

Tegal, Februari 2025

Lampiran : -

Perihal : Balasan Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal

Kepada Yth. **Rektor Universitas Bhamada Slawi**

di

TEMPAT

Memperhatikan surat dari Universitas Bhamada Slawi Nomor 807/FIK.UNIV.BMD/HM/XII/2024 tanggal 23 Desember 2024, Perihal Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal, bersama ini disampaikan bahwa Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal atas :

Nama : MOH GANI PRADIYANTO PUTRA
Program Studi : Ilmu Keperawatan
NIM : C10211066
Judul : HUBUNGAN BERFIKIR KRITIS PERAWAT DALAM
MENGAMBIL KEPUTUSAN TRIASE DI RUANG IGD
RUMAH SAKIT KARDINAH TEGAL

Dijijinkan dan selanjutnya proses pelaksanaan mengikuti prosedur/ketentuan yang berlaku di RSUD Kardinah.

Demikian, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

PIL. DIREKTUR RSUD KARDINAH
KOTA TEGAL



dr. HARYO TEGUH, Sp.S, M.Si, Med
Pembina Utama Madya
NIP. 19710518 200112 1 001

Lampiran 7 Lembar Surat Izin Validitas & Reabilitas

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	SURAT IZIN VALIDITAS & REABILITAS
---	--	--

YAYASAN PENDIDIKAN TRI SANJA RUSADA
UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
Prodi : Ilmu Keperawatan (S1), Profesi Ners, Farmasi (S1), Keselamatan Kesehatan Kerja (D-IV),
Keperawatan (DIII), Kebidanan (DIII)
Jl. Cut Nyak Dhien, Kalisapu Telp. (0283) 6197570 – 6197573, Fax. (0283) 6198450 Slawi,
E-mail : fikeshbhamada@gmail.com, SK.MENDIKBUD RISET & TEKNOLOGI : 325/E/O/2021

A /FIK.UNIV.BMD/HM/VII/2025 Slawi, 24 Juli 2025

Permohonan Uji Validitas dan Reabilitas

kepada
th. Direktur RSUD dr. Soeselo Kab. Tegal

Tempat

Engan hormat,

hubungan dengan Penyusunan Tugas Akhir/Skripsi bagi mahasiswa Program Studi Ilmu
Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhamada Slawi, bersama ini kami mohon
apakah Ibu memberi ijin untuk melaksanakan *Uji Validitas dan Reabilitas*, bagi mahasiswa
kami atas nama :

Nama : Moh Gani Pradiyanto Putra
NIM : C1021066
Nama Pembimbing : 1. Dr. Wisnu Widyantoro, M.Kep.
2. Anisa Oktiawati, M.Kep.
Judul Skripsi : Gambaran Tingkat Kemampuan Perawat Berfikir Kritis Di
Ruang IGD RSUD Kardinah

nikian untuk menjadikan periksa, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan
ma kasih.


Fakultas Ilmu Kesehatan
Dekan,
Rosmahati S., M.Kes
NIPY : 1976.11.09.02.022

an disampaikan kepada :
ua Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners
tinggal

Lampiran 8 Surat Keterangan Layak Etik

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	LEMBAR PERSETUJUAN
---	--	-------------------------------



KOMITE ETIK PENELITIAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI

Alamat: Jl. Cut Nyak Dhien No. 16 Kalisapu, Kecamatan Slawi, Kabupaten Tegal
Telp. (0283) 697570, 697571 Fax. (0283) 6198450 Website : sim-epk.bhamada.ac.id

KETERANGAN LAYAK ETIK DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION "ETHICAL EXEMPTION"

No.348/Univ.Bhamada/KEP.EC/VIII/2025

Protokol penelitian versi 1 yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : moh gani pradiyanto putra
Principal In Investigator

Nama Institusi : Universitas Bhamada Slawi
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

"GAMBARAN TINGKAT KEMAMPUAN PERAWAT BERFIKIR KRITIS DI RUANG IGD RSUD KARDINAH"

"Description of the level of critical thinking ability of nurses in the emergency room at Kardinah Regional Hospital"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 08 Agustus 2025 sampai dengan tanggal 08 Agustus 2026.

This declaration of ethics applies during the period August 08, 2025 until August 08, 2026.



August 08, 2025
Chairperson,



Ramadhan Putra Satria, S.Kep.Ns.,M.Kep

Anggota Peneliti : Dr. Wisnu Widyantoro, M.Kep dan Anisa Oktiawati, M.Kep

Lampiran 9 Hasil Uji Validitas & Reabilitas

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	HASIL UJI VALIDITAS & REABILITAS
---	--	---

Hasil Uji Validitas Berfikir Kritis

		P1	P2	P3	P4	P5	P6
P1	Pearson Correlation	1	.239	.575**	.239	.335	-.359
	Sig. (2-tailed)		.250	.003	.250	.101	.078
	N	25	25	25	25	25	25
P2	Pearson Correlation	.239	1	.238	-.485*	-.324	.467*
	Sig. (2-tailed)	.250		.253	.014	.115	.019
	N	25	25	25	25	25	25
P3	Pearson Correlation	.575**	.238	1	.485*	.545**	-.199
	Sig. (2-tailed)	.003	.253		.014	.005	.342
	N	25	25	25	25	25	25
P4	Pearson Correlation	.239	-.485*	.485*	1	.785**	-.204
	Sig. (2-tailed)	.250	.014	.014		<.001	.328
	N	25	25	25	25	25	25
P5	Pearson Correlation	.335	-.324	.545**	.785**	1	-.183
	Sig. (2-tailed)	.101	.115	.005	<.001		.383
	N	25	25	25	25	25	25
P6	Pearson Correlation	-.359	.467*	-.199	-.204	-.183	1
	Sig. (2-tailed)	.078	.019	.342	.328	.383	
	N	25	25	25	25	25	25
P7	Pearson Correlation	.200	-.264	.569**	.498*	.627**	-.341
	Sig. (2-tailed)	.337	.202	.003	.011	<.001	.095
	N	25	25	25	25	25	25
P8	Pearson Correlation	.756**	-.016	.599**	.391	.663**	-.359
	Sig. (2-tailed)	<.001	.938	.002	.053	<.001	.078
	N	25	25	25	25	25	25
P9	Pearson Correlation	.671**	.131	.807**	.467*	.538**	-.163
	Sig. (2-tailed)	<.001	.531	<.001	.019	.006	.437
	N	25	25	25	25	25	25
P10	Pearson Correlation	.600**	.025	.721**	.398*	.468*	-.243
	Sig. (2-tailed)	.002	.906	<.001	.049	.018	.243
	N	25	25	25	25	25	25
P11	Pearson Correlation	.241	-.419*	.522**	.618**	.785**	-.420*
	Sig. (2-tailed)	.246	.037	.007	.001	<.001	.037
	N	25	25	25	25	25	25
P12	Pearson Correlation	.313	-.369	.369	.452*	.577**	-.515**
	Sig. (2-tailed)	.127	.070	.070	.023	.003	.008
	N	25	25	25	25	25	25
P13	Pearson Correlation	.269	-.350	.458*	.456*	.408*	-.531**
	Sig. (2-tailed)	.194	.086	.021	.022	.043	.006
	N	25	25	25	25	25	25

		P7	P8	P9	P10	P11	P12
P1	Pearson Correlation	.200	.756**	.671**	.600**	.241	.313
	Sig. (2-tailed)	.337	<.001	<.001	.002	.246	.127
	N	25	25	25	25	25	25
P2	Pearson Correlation	-.264	-.016	.131	.025	-.419*	-.369
	Sig. (2-tailed)	.202	.938	.531	.906	.037	.070
	N	25	25	25	25	25	25
P3	Pearson Correlation	.569**	.599**	.807**	.721**	.522**	.369
	Sig. (2-tailed)	.003	.002	<.001	<.001	.007	.070
	N	25	25	25	25	25	25
P4	Pearson Correlation	.498*	.391	.467*	.398*	.618**	.452*
	Sig. (2-tailed)	.011	.053	.019	.049	.001	.023
	N	25	25	25	25	25	25
P5	Pearson Correlation	.627**	.663**	.538**	.468*	.785**	.577**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.006	.018	<.001	.003
	N	25	25	25	25	25	25
P6	Pearson Correlation	-.341	-.359	-.163	-.243	-.420*	-.515**
	Sig. (2-tailed)	.095	.078	.437	.243	.037	.008
	N	25	25	25	25	25	25
P7	Pearson Correlation	1	.459*	.264	.204	.706**	.665**
	Sig. (2-tailed)		.021	.202	.328	<.001	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P8	Pearson Correlation	.459*	1	.778**	.749**	.617**	.642**
	Sig. (2-tailed)	.021		<.001	<.001	.001	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P9	Pearson Correlation	.264	.778**	1	.970**	.422*	.270
	Sig. (2-tailed)	.202	<.001		<.001	.035	.192
	N	25	25	25	25	25	25
P10	Pearson Correlation	.204	.749**	.970**	1	.458*	.310
	Sig. (2-tailed)	.328	<.001	<.001		.021	.131
	N	25	25	25	25	25	25
P11	Pearson Correlation	.706**	.617**	.422*	.458*	1	.902**
	Sig. (2-tailed)	<.001	.001	.035	.021		<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P12	Pearson Correlation	.665**	.642**	.270	.310	.902**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.192	.131	<.001	
	N	25	25	25	25	25	25
P13	Pearson Correlation	.503*	.514**	.401*	.497*	.844**	.883**
	Sig. (2-tailed)	.010	.009	.047	.012	<.001	<.001
	N	25	25	25	25	25	25

		P13	P14	P15	P16	P17	P18
P1	Pearson Correlation	.269	.133	.385	.575**	.561**	.097
	Sig. (2-tailed)	.194	.526	.057	.003	.004	.644
	N	25	25	25	25	25	25
P2	Pearson Correlation	-.350	-.330	.053	.300	.145	-.341
	Sig. (2-tailed)	.086	.107	.801	.146	.490	.095
	N	25	25	25	25	25	25
P3	Pearson Correlation	.458*	.438*	.457*	.691**	.523**	.458*
	Sig. (2-tailed)	.021	.028	.022	<.001	.007	.021
	N	25	25	25	25	25	25
P4	Pearson Correlation	.456*	.538**	.257	.361	.311	.593**
	Sig. (2-tailed)	.022	.006	.215	.076	.130	.002
	N	25	25	25	25	25	25
P5	Pearson Correlation	.408*	.676**	.504*	.434*	.578**	.740**
	Sig. (2-tailed)	.043	<.001	.010	.030	.002	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P6	Pearson Correlation	-.531**	-.263	.013	.070	-.024	-.192
	Sig. (2-tailed)	.006	.203	.950	.740	.909	.357
	N	25	25	25	25	25	25
P7	Pearson Correlation	.503*	.694**	.218	.162	.320	.757**
	Sig. (2-tailed)	.010	<.001	.296	.438	.120	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P8	Pearson Correlation	.514**	.492*	.609**	.599**	.743**	.369
	Sig. (2-tailed)	.009	.012	.001	.002	<.001	.069
	N	25	25	25	25	25	25
P9	Pearson Correlation	.401*	.266	.622**	.807**	.639**	.187
	Sig. (2-tailed)	.047	.199	<.001	<.001	<.001	.370
	N	25	25	25	25	25	25
P10	Pearson Correlation	.497*	.262	.595**	.721**	.559**	.141
	Sig. (2-tailed)	.012	.207	.002	<.001	.004	.502
	N	25	25	25	25	25	25
P11	Pearson Correlation	.844**	.865**	.362	.211	.382	.827**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.075	.310	.060	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P12	Pearson Correlation	.883**	.817**	.232	.079	.330	.699**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.263	.707	.107	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P13	Pearson Correlation	1	.695**	.183	.135	.184	.531**
	Sig. (2-tailed)		<.001	.382	.519	.380	.006
	N	25	25	25	25	25	25

		P19	P20	P21	P22	P23	P24
P1	Pearson Correlation	.242	.335	.096	.783**	.952**	.783**
	Sig. (2-tailed)	.245	.101	.647	<.001	<.001	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P2	Pearson Correlation	-.126	-.185	-.748**	.326	.258	.326
	Sig. (2-tailed)	.549	.375	<.001	.112	.213	.112
	N	25	25	25	25	25	25
P3	Pearson Correlation	.598**	.436*	-.044	.626**	.563**	.520**
	Sig. (2-tailed)	.002	.029	.835	<.001	.003	.008
	N	25	25	25	25	25	25
P4	Pearson Correlation	.267	.378	.616**	.220	.258	.220
	Sig. (2-tailed)	.196	.062	.001	.291	.213	.291
	N	25	25	25	25	25	25
P5	Pearson Correlation	.451*	.227	.472*	.291	.336	.291
	Sig. (2-tailed)	.024	.276	.017	.158	.101	.158
	N	25	25	25	25	25	25
P6	Pearson Correlation	-.307	-.459*	-.381	-.289	-.356	-.289
	Sig. (2-tailed)	.136	.021	.060	.162	.081	.162
	N	25	25	25	25	25	25
P7	Pearson Correlation	.452*	.370	.325	.338	.241	.165
	Sig. (2-tailed)	.023	.069	.113	.098	.247	.431
	N	25	25	25	25	25	25
P8	Pearson Correlation	.503*	.335	.290	.633**	.817**	.732**
	Sig. (2-tailed)	.010	.102	.160	<.001	<.001	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P9	Pearson Correlation	.546**	.288	.048	.513**	.661**	.628**
	Sig. (2-tailed)	.005	.163	.821	.009	<.001	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P10	Pearson Correlation	.632**	.353	.088	.446*	.589**	.552**
	Sig. (2-tailed)	<.001	.084	.674	.025	.002	.004
	N	25	25	25	25	25	25
P11	Pearson Correlation	.777**	.655**	.552**	.395	.285	.218
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.004	.051	.168	.296
	N	25	25	25	25	25	25
P12	Pearson Correlation	.638**	.725**	.583**	.509**	.430*	.345
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.002	.009	.032	.092
	N	25	25	25	25	25	25
P13	Pearson Correlation	.765**	.877**	.496*	.481*	.367	.297
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.012	.015	.072	.149
	N	25	25	25	25	25	25

		P25	P26	P27	P28	P29	P30
P1	Pearson Correlation	.312	.015	.375	.128	.823**	.821**
	Sig. (2-tailed)	.129	.942	.065	.543	<.001	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P2	Pearson Correlation	-.264	-.756**	.021	-.436*	.202	.341
	Sig. (2-tailed)	.202	<.001	.921	.030	.332	.095
	N	25	25	25	25	25	25
P3	Pearson Correlation	.264	.149	.672**	.259	.662**	.545**
	Sig. (2-tailed)	.202	.477	<.001	.211	<.001	.005
	N	25	25	25	25	25	25
P4	Pearson Correlation	.548**	.718**	.540**	.711**	.326	.230
	Sig. (2-tailed)	.005	<.001	.005	<.001	.112	.268
	N	25	25	25	25	25	25
P5	Pearson Correlation	.355	.565**	.484*	.320	.402*	.306
	Sig. (2-tailed)	.082	.003	.014	.118	.046	.137
	N	25	25	25	25	25	25
P6	Pearson Correlation	-.451*	-.500*	-.365	-.491*	-.289	-.183
	Sig. (2-tailed)	.024	.011	.072	.013	.161	.383
	N	25	25	25	25	25	25
P7	Pearson Correlation	.458*	.526**	.654**	.347	.223	.264
	Sig. (2-tailed)	.021	.007	<.001	.089	.284	.203
	N	25	25	25	25	25	25
P8	Pearson Correlation	.268	.225	.441*	.126	.858**	.768**
	Sig. (2-tailed)	.196	.279	.027	.548	<.001	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P9	Pearson Correlation	.044	.064	.448*	.130	.848**	.658**
	Sig. (2-tailed)	.834	.762	.025	.536	<.001	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P10	Pearson Correlation	.000	.105	.371	.124	.819**	.579**
	Sig. (2-tailed)	1.000	.619	.068	.555	<.001	.002
	N	25	25	25	25	25	25
P11	Pearson Correlation	.536**	.752**	.596**	.496*	.380	.228
	Sig. (2-tailed)	.006	<.001	.002	.012	.061	.272
	N	25	25	25	25	25	25
P12	Pearson Correlation	.665**	.702**	.566**	.534**	.428*	.361
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.003	.006	.033	.076
	N	25	25	25	25	25	25
P13	Pearson Correlation	.591**	.665**	.555**	.626**	.474*	.312
	Sig. (2-tailed)	.002	<.001	.004	<.001	.017	.129
	N	25	25	25	25	25	25

		P31	P32	P33	P34	P35	P36
P1	Pearson Correlation	.631**	.187	.017	.116	.113	.385
	Sig. (2-tailed)	<.001	.371	.934	.582	.592	.057
	N	25	25	25	25	25	25
P2	Pearson Correlation	.210	-.018	-.171	-.309	-.462*	.308
	Sig. (2-tailed)	.313	.930	.413	.132	.020	.134
	N	25	25	25	25	25	25
P3	Pearson Correlation	.369	.249	.271	.529**	.387	.712**
	Sig. (2-tailed)	.070	.230	.190	.007	.056	<.001
	N	25	25	25	25	25	25
P4	Pearson Correlation	.162	.212	.327	.568**	.746**	.257
	Sig. (2-tailed)	.439	.309	.111	.003	<.001	.215
	N	25	25	25	25	25	25
P5	Pearson Correlation	.404*	.190	.515**	.754**	.635**	.322
	Sig. (2-tailed)	.045	.363	.008	<.001	<.001	.117
	N	25	25	25	25	25	25
P6	Pearson Correlation	-.096	-.120	.019	-.228	-.182	.013
	Sig. (2-tailed)	.647	.568	.927	.272	.385	.950
	N	25	25	25	25	25	25
P7	Pearson Correlation	.309	.444*	.523**	.711**	.583**	.302
	Sig. (2-tailed)	.133	.026	.007	<.001	.002	.143
	N	25	25	25	25	25	25
P8	Pearson Correlation	.732**	.247	.259	.419*	.246	.369
	Sig. (2-tailed)	<.001	.233	.212	.037	.236	.070
	N	25	25	25	25	25	25
P9	Pearson Correlation	.479*	.130	.181	.307	.228	.566**
	Sig. (2-tailed)	.015	.536	.386	.136	.274	.003
	N	25	25	25	25	25	25
P10	Pearson Correlation	.407*	.069	.120	.243	.167	.492*
	Sig. (2-tailed)	.043	.741	.567	.243	.425	.012
	N	25	25	25	25	25	25
P11	Pearson Correlation	.296	.152	.322	.658**	.573**	.277
	Sig. (2-tailed)	.151	.467	.117	<.001	.003	.180
	N	25	25	25	25	25	25
P12	Pearson Correlation	.398*	.237	.185	.495*	.441*	.153
	Sig. (2-tailed)	.049	.253	.376	.012	.027	.466
	N	25	25	25	25	25	25
P13	Pearson Correlation	.213	.152	.029	.337	.370	.227
	Sig. (2-tailed)	.307	.468	.889	.099	.069	.276
	N	25	25	25	25	25	25

		P37	P38	P39	P40	P41	P42
P1	Pearson Correlation	.591**	.595**	-.561**	-.470*	-.756**	-.609**
	Sig. (2-tailed)	.002	.002	.004	.018	<.001	.001
	N	25	25	25	25	25	25
P2	Pearson Correlation	.328	.333	-.200	.209	-.100	-.155
	Sig. (2-tailed)	.109	.104	.337	.316	.634	.459
	N	25	25	25	25	25	25
P3	Pearson Correlation	.610**	.489*	-.467*	-.341	-.482*	-.355
	Sig. (2-tailed)	.001	.013	.019	.095	.015	.081
	N	25	25	25	25	25	25
P4	Pearson Correlation	.211	.127	-.089	-.254	-.158	-.053
	Sig. (2-tailed)	.311	.544	.672	.221	.449	.801
	N	25	25	25	25	25	25
P5	Pearson Correlation	.294	.206	-.179	-.582**	-.246	-.139
	Sig. (2-tailed)	.154	.323	.391	.002	.236	.508
	N	25	25	25	25	25	25
P6	Pearson Correlation	-.025	-.062	.145	.355	.359	.208
	Sig. (2-tailed)	.904	.767	.490	.081	.078	.319
	N	25	25	25	25	25	25
P7	Pearson Correlation	.144	.101	-.046	-.228	-.076	.034
	Sig. (2-tailed)	.491	.630	.828	.273	.716	.874
	N	25	25	25	25	25	25
P8	Pearson Correlation	.563**	.540**	-.482*	-.764**	-.726**	-.561**
	Sig. (2-tailed)	.003	.005	.015	<.001	<.001	.004
	N	25	25	25	25	25	25
P9	Pearson Correlation	.674**	.550**	-.579**	-.576**	-.715**	-.566**
	Sig. (2-tailed)	<.001	.004	.002	.003	<.001	.003
	N	25	25	25	25	25	25
P10	Pearson Correlation	.589**	.475*	-.559**	-.638**	-.749**	-.595**
	Sig. (2-tailed)	.002	.016	.004	<.001	<.001	.002
	N	25	25	25	25	25	25
P11	Pearson Correlation	.108	.076	-.102	-.613**	-.324	-.191
	Sig. (2-tailed)	.607	.719	.626	.001	.114	.359
	N	25	25	25	25	25	25
P12	Pearson Correlation	.073	.123	-.069	-.549**	-.369	-.232
	Sig. (2-tailed)	.728	.557	.742	.005	.070	.263
	N	25	25	25	25	25	25
P13	Pearson Correlation	.092	.109	-.135	-.489*	-.463*	-.315
	Sig. (2-tailed)	.663	.605	.519	.013	.020	.125
	N	25	25	25	25	25	25

		P43	P44	P45	P46	P47	P48
P1	Pearson Correlation	.667**	.668**	.504*	.089	-.042	-.236
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.010	.672	.843	.256
	N	25	25	25	25	25	25
P2	Pearson Correlation	.095	-.054	.133	-.253	-.304	-.327
	Sig. (2-tailed)	.650	.799	.525	.223	.140	.111
	N	25	25	25	25	25	25
P3	Pearson Correlation	.501*	.613**	.511**	.253	.304	-.171
	Sig. (2-tailed)	.011	.001	.009	.223	.140	.413
	N	25	25	25	25	25	25
P4	Pearson Correlation	.195	.282	.241	.199	.239	.171
	Sig. (2-tailed)	.351	.172	.246	.341	.250	.413
	N	25	25	25	25	25	25
P5	Pearson Correlation	.442*	.553**	.504*	.430*	.518**	.064
	Sig. (2-tailed)	.027	.004	.010	.032	.008	.760
	N	25	25	25	25	25	25
P6	Pearson Correlation	-.349	-.471*	-.065	-.360	-.285	-.289
	Sig. (2-tailed)	.087	.018	.757	.078	.167	.161
	N	25	25	25	25	25	25
P7	Pearson Correlation	.432*	.514**	.326	.444*	.479*	.376
	Sig. (2-tailed)	.031	.009	.111	.026	.015	.064
	N	25	25	25	25	25	25
P8	Pearson Correlation	.779**	.879**	.665**	.416*	.373	-.165
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001	.038	.066	.431
	N	25	25	25	25	25	25
P9	Pearson Correlation	.513**	.682**	.575**	.191	.229	-.397*
	Sig. (2-tailed)	.009	<.001	.003	.361	.270	.049
	N	25	25	25	25	25	25
P10	Pearson Correlation	.440*	.652**	.497*	.272	.327	-.420*
	Sig. (2-tailed)	.028	<.001	.012	.188	.110	.036
	N	25	25	25	25	25	25
P11	Pearson Correlation	.335	.491*	.304	.720**	.809**	.137
	Sig. (2-tailed)	.102	.013	.139	<.001	<.001	.514
	N	25	25	25	25	25	25
P12	Pearson Correlation	.439*	.517**	.255	.701**	.684**	.242
	Sig. (2-tailed)	.028	.008	.219	<.001	<.001	.243
	N	25	25	25	25	25	25
P13	Pearson Correlation	.249	.395	.114	.664**	.681**	.100
	Sig. (2-tailed)	.231	.051	.588	<.001	<.001	.633
	N	25	25	25	25	25	25

		P49	P_TOTAL
P1	Pearson Correlation	-.341	.573**
	Sig. (2-tailed)	.095	.003
	N	25	25
P2	Pearson Correlation	.188	-.120
	Sig. (2-tailed)	.368	.568
	N	25	25
P3	Pearson Correlation	.014	.758**
	Sig. (2-tailed)	.946	<.001
	N	25	25
P4	Pearson Correlation	.036	.679**
	Sig. (2-tailed)	.863	<.001
	N	25	25
P5	Pearson Correlation	-.058	.780**
	Sig. (2-tailed)	.783	<.001
	N	25	25
P6	Pearson Correlation	.456*	-.345
	Sig. (2-tailed)	.022	.091
	N	25	25
P7	Pearson Correlation	.108	.736**
	Sig. (2-tailed)	.608	<.001
	N	25	25
P8	Pearson Correlation	-.369	.789**
	Sig. (2-tailed)	.069	<.001
	N	25	25
P9	Pearson Correlation	-.201	.655**
	Sig. (2-tailed)	.334	<.001
	N	25	25
P10	Pearson Correlation	-.264	.588**
	Sig. (2-tailed)	.202	.002
	N	25	25
P11	Pearson Correlation	-.100	.801**
	Sig. (2-tailed)	.635	<.001
	N	25	25
P12	Pearson Correlation	-.192	.761**
	Sig. (2-tailed)	.357	<.001
	N	25	25
P13	Pearson Correlation	-.168	.670**
	Sig. (2-tailed)	.421	<.001
	N	25	25

No	Pernyataan	Nilai r hitung	Nilai r tabel	keterangan
Berfikir Kritis				
1	Saya mampu mengaitkan gejala yang relevan dengan data pemeriksaan klinis Untuk memahami kondisi pasien secara menyeluruh.	0,573	0,396	Valid
2	Saya mampu menilai kondisi pasien dengan cepat untuk segera menentukan tindakan triase yang tepat.	-0,120	0,396	Tidak Valid
3	Saya mampu melakukan deteksi dini terhadap tanda-tanda kegawatan berdasarkan hasil pengkajian awal pasien.	0,758	0,396	Valid
4	Saya tidak selalu mempertimbangkan gejala yang relevan dalam menganalisis kondisi pasien.	0,679	0,396	Valid
5	Saya sering membutuhkan waktu lama untuk menilai kondisi pasien sebelum mengambil keputusan triase.	0,780	0,396	Valid
6	Saya lebih mengandalkan intuisi daripada menganalisis kondisi objektif pasien.	-0,345	0,396	Tidak Valid
7	Saya sering luput mengenali tanda-tanda awal kegawatan saat melakukan analisis kondisi pasien.	0,736	0,396	Valid
8	Saya menilai ulang informasi pasien secara menyeluruh jika terjadi perubahan kondisi klinis.	0,789	0,396	Valid
9	Respons pasien menjadi pertimbangan utama saya dalam mengkategorikan tingkat kegawatan.	0,655	0,396	Valid
10	Saya mampu membuat keputusan triase yang sesuai dengan kebutuhan medis mendesak pasien.	0,588	0,396	Valid
11	Saya tidak menilai ulang informasi jika kondisi pasien tampak memburuk.	0,801	0,396	Valid
12	Saya jarang mengevaluasi ulang keputusan saya meskipun kondisi pasien berubah.	0,761	0,396	Valid
13	Saya langsung mengambil keputusan triase berdasarkan asumsi awal tanpa menilai bukti lebih lanjut	0,670	0,396	Valid

14	Respons pasien tidak terlalu mempengaruhi saya dalam menentukan kategori triase.	0,756	0,396	Valid
15	Saya menafsirkan hasil pengkajian untuk menentukan klasifikasi triase secara akurat.	0,531	0,396	Valid
16	Saya menyesuaikan rencana perawatan berdasarkan interpretasi perkembangan kondisi pasien.	0,563	0,396	Valid
17	Saya menyadari bahwa kesalahan triase dapat berdampak serius, sehingga saya mengambil keputusan dengan hati-hati.	0,669	0,396	Valid
18	Saya merasa tidak cukup percaya diri dalam menginterpretasikan hasil pengkajian pasien.	0,703	0,396	Valid
19	Saya merasa kesulitan membuat rencana perawatan ketika gejala pasien tidak jelas.	0,601	0,396	Valid
20	Saya menafsirkan data pasien tanpa menghubungkannya dengan gejala yang ditampilkan.	0,608	0,396	Valid
21	Saya kadang membuat keputusan tergesa-gesa yang berujung pada kesalahan dalam triase.	0,476	0,396	Valid
22	Saya mampu menguraikan alasan logis dibalik keputusan triase yang saya ambil.	0,668	0,396	Valid
23	Saya menjadikan kualitas asuhan pasien sebagai prioritas utama dalam pengambilan keputusan triase.	0,637	0,396	Valid
24	Saya menganalisis hubungan antara gejala, riwayat penyakit, dan kondisi pasien sebelum membuat keputusan triase.	0,623	0,396	Valid
25	Saya sering membuat keputusan triase tanpa mempertimbangkan hubungan logis antar data pasien.	0,623	0,396	Valid
26	Saya cenderung mengabaikan bukti klinis yang tidak sesuai dengan dugaan awal saya.	0,546	0,396	Valid

27	Saya merasa cukup yakin mengambil keputusan meskipun informasi yang tersedia belum lengkap.	0,752	0,396	Valid
28	Saya tidak mengevaluasi kualitas asuhan pasien setelah memberikan keputusan triase	0,502	0,396	Valid
29	Saya membuat keputusan triase berdasarkan analisis menyeluruh terhadap kondisi pasien.	0,684	0,396	Valid
30	Saya mampu menetapkan prioritas perawatan dengan mempertimbangkan tingkat kegawatan pasien.	0,643	0,396	Valid
31	Saya dapat mengatur penggunaan alat dan tenaga secara tepat agar pelayanan tetap optimal.	0,663	0,396	Valid
32	Saya sering ragu dalam mengambil keputusan saat menghadapi kondisi pasien yang kompleks.	0,506	0,396	Valid
33	Saya menetapkan kategori triase tanpa mempertimbangkan keseluruhan kondisi klinis pasien.	0,516	0,396	Valid
34	Saya merasa penggunaan sumber daya bukan tanggung jawab saya sebagai perawat triase.	0,702	0,396	Valid
35	Saya tidak melihat peran triase sebagai bagian penting dalam peningkatan efisiensi pelayanan IGD.	0,640	0,396	valid
36	Saya setuju bahwa efisiensi pelayanan harus menjadi prioritas dalam perbaikan kualitas manajemen publik.	0,571	0,396	Valid
37	Saya aktif berkomunikasi dengan rekan kerja untuk memastikan keputusan triase yang tepat.	0,670	0,396	Valid
38	Saya mampu mendengarkan masukan dari tim sebelum mengambil keputusan penting dalam triase.	0,530	0,396	Valid
39	Saya sering mengalami kesulitan saat menyampaikan informasi triase kepada rekan medis.	0,326	0,396	Valid

40	Saya jarang berdiskusi dengan tim kesehatan sebelum mengambil keputusan triase.	0,560	0,396	Valid
41	Saya kurang terbiasa memberi umpan balik saat terjadi perbedaan pendapat dalam tim.	0,517	0,396	Valid
42	Saya merasa komunikasi tidak terlalu penting dalam menentukan kategori triase pasien.	0,450	0,396	Valid
43	Saya selalu meninjau kembali keputusan triase yang telah saya ambil untuk memastikan keakuratannya.	0,593	0,396	Valid
44	Saya mengevaluasi hasil tindakan triase untuk memperbaiki proses pengambilan keputusan di masa depan.	0,707	0,396	Valid
45	Saya belajar dari pengalaman sebelumnya agar dapat membuat keputusan yang lebih baik di situasi berikutnya.	0,624	0,396	Valid
46	Saya jarang melakukan evaluasi terhadap keputusan triase yang telah saya ambil.	0,548	0,396	Valid
47	Saya merasa tidak perlu meninjau kembali tindakan triase jika pasien telah ditangani	0,488	0,396	Valid
48	Saya tidak mencatat atau mengingat kesalahan triase yang pernah saya lakukan	0,123	0,396	Valid
49	Saya merasa bahwa strategi baru belum tentu lebih baik dari strategi yang sudah ada	-0,022	0,396	Tidak valid

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	HASIL UJI REABILITAS PENELITIAN
---	--	--

Uji Realibilitas Berfikir Kritis

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	25	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	25	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha		Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.937		.938	48

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	146.2800	490.627	.569	.	.935
P2	147.5200	514.927	-.149	.	.940
P3	146.4000	482.500	.745	.	.934
P4	146.5200	485.843	.650	.	.935
P5	146.5200	478.843	.757	.	.934
P6	147.3200	522.643	-.381	.	.941
P7	146.7600	478.357	.701	.	.934
P8	146.4800	479.260	.786	.	.934
P9	146.3200	487.727	.650	.	.935
P10	146.3600	488.407	.581	.	.935
P11	146.6800	475.727	.780	.	.934
P12	146.7200	475.043	.739	.	.934
P13	146.6400	482.157	.650	.	.935
P14	146.6800	479.060	.734	.	.934
P15	146.6000	486.500	.514	.	.936
P16	146.4000	489.417	.549	.	.936
P17	146.5600	483.173	.649	.	.935
P18	146.5200	483.760	.667	.	.935
P19	146.3600	492.823	.586	.	.936
P20	146.6000	488.333	.588	.	.935
P21	146.9600	486.873	.428	.	.936
P22	146.5200	481.593	.653	.	.935
P23	146.3600	485.240	.630	.	.935
P24	146.5200	483.427	.608	.	.935

P25	146.7600	483.273	.586	.	.935
P26	146.9200	483.077	.497	.	.936
P27	146.7200	481.210	.727	.	.934
P28	146.8800	485.610	.455	.	.936
P29	146.4400	484.507	.686	.	.935
P30	146.5200	483.593	.635	.	.935
P31	146.7200	479.293	.643	.	.935
P32	146.8400	490.890	.470	.	.936
P33	146.9200	487.660	.474	.	.936
P34	146.7200	481.960	.670	.	.935
P35	147.1200	473.527	.593	.	.935
P36	146.6000	485.083	.547	.	.935
P37	146.5600	487.757	.563	.	.935
P38	146.6400	486.573	.516	.	.936
P39	148.3600	524.823	-.373	.	.942
P40	148.5200	530.427	-.593	.	.942
P42	148.3200	532.227	-.505	.	.943
P43	146.6800	483.227	.574	.	.935
P44	146.6000	481.333	.700	.	.934
P45	146.6400	484.073	.603	.	.935
P46	147.2800	488.793	.514	.	.936
P47	147.2800	494.377	.454	.	.936
P48	148.0000	506.417	.056	.	.939
P49	147.4800	521.843	-.279	.	.942

Lampiran 12 Lembar Bimbingan

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	HASIL SPSS
---	---	--------------------------

PEMBIMBING UTAMA

		PRODI ILMU KEPERAWATAN DAN NERS FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
No	Tanggal Bimbingan	Pokok Bahasan	Paraf Dosen Pembimbing
	9/24	Browser	
	10/24	Berikut kritikus x kebiduan (corry)	
		- Jurnal print	
		- Laporan pengamatan keper.	
		- The penelitian, buku keper.	
		- Laporan hasil tes ke -> bridge?	
	19/1'24	- Pola pikir ber pikir kritis	
		- sbg sub variabel	
		- PK: identifikasi awal, analisis informasi	
		- pentingnya alternatif, buat keputusan.	
		- Jurnal penulisan Cross	
		- Tujuan	
	3/2'25	- Fenomena berpikir kritis	
		- Fenomena toran	
		- Men delay	
	12/2'25	- Fenomena	
	16/2'25	- Lembar Gab	
		- Orisinal pengamatan	
		- Fi 100 2025	



No	Tanggal Bimbingan	Pokok Bahasan	Paraf Dosen Pembimbing
	7/3/25	- VB (-) VT (-) - Ciri Kiri Hinglong - Bandman - Pengaruh bilas keputihan	
	14/3/25	- VB (-) - VT (-) - Ciri Libogor - Bab 3	
	19/3/25	VB (+) VT (+) Kontak forage - aring - Karyaker teori - Lanjut bab 3	
	12/3/25	- bab 3 - font	
	24/3/25	- perbaiki font - template - perbaikan - Sub variabel → min 1 penguf - Kuesioner → perbaiki	

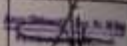
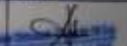
Lampiran 19. Lembar Bimbingan Skripsi

	PRODI ILMU KEPERAWATAN DAN NERS FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
---	---	---

No	Tanggal Bimbingan	Pokok Bahasan	Paraf Dosen Pembimbing
	9/12/24	Browsing	
	19/12/24	Berpikir kritis X keputus (cony)	
	10/1/25	Ace. bab. 1, 2, 3	
		Paragraf	
	20/1/25	Perbaiki keanman	
	2/6/25	Ace. perbahaan sampul	
	9/7/25	Pembahasan judul → 1 bank	
		- Gambaran Tk. berpikir kritis	
		di 16D RSUD Kar duah	
	10/7/25	Ace. perbahaan sampul	
		- uji uji validasi awal	
		- m. k. l. data	

Lampiran Bimbingan II

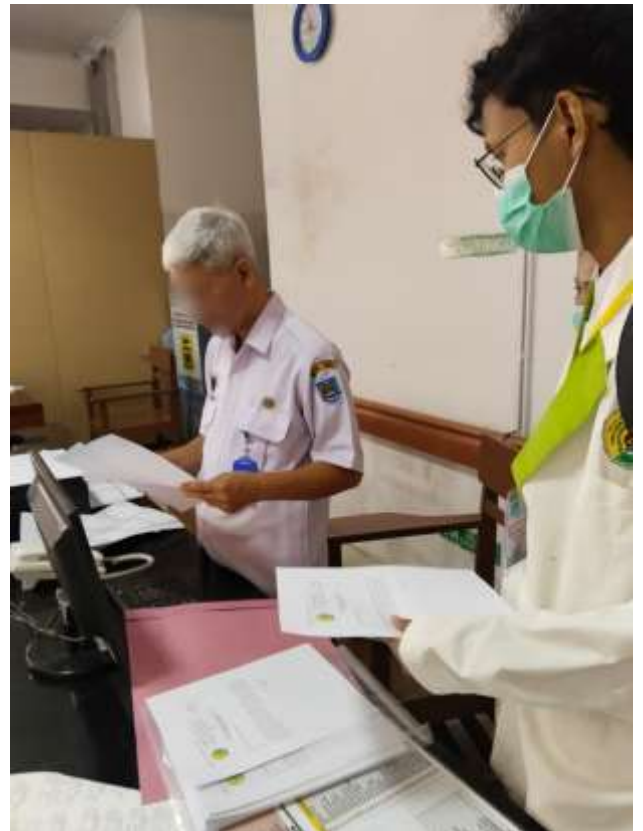
	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	Lampiran Bimbingan II
---	--	--

	PRODI ILMU KEPERAWATAN DAN NERS FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI	
No	Tanggal Bimbingan	Pokok Bahasan	Paraf Dosen Pembimbing
1.	11-12-2024	Judul: Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan. Cari Referensi (Mahomel) + Informatik. Cari Lokasi Penelitian.	
2.	13-12-2024	Parafrase Paragraf. Penelitian terdahulu. Tugasan khusus ditambahkan di akhir.	
3.	14-1-2025	Bab I: Ditambah jumlah Persidangan. Pengantar Penelitian oleh siapa. - Sasaran dihapus tidak menjadi 18 - lanjutkan berpikir kritis & pengantar.	
4.	24/1/25	Tambah Penelitian ya lain Referensi / Pustaka.	
5.	19/3/25	Pemilihan VB dan VT - Kerangka konsep + teori dipertahankan. - Lanjut Bab II	
6.	11/4/25	- Acc bab 1-3 - Siapkan uji proposal.	
7.	4/6/25	- Perbaiki Bab III	
8.	18/6/25	lanjut uji Validitas dan uji ahli.	
9.	9/7/25	- Cari jurnal tdk gambar berpikir kritis. - Vebah DO dan alat ukur. - Ubag kriteria.	
10.	27/7/25	- Bab II disesuaikan dgn judul. - Bab I stop.	
11.	29/7/25	- lanjut uji ahli. - uji validitas.	
12.	22/8/25	- lanjut tabel data.	

43

Lampiran 14. Lembar Dokumentasi Uji Validitas

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	LEMBAR DOKUMENTASI UJI VALIDITAS
---	---	--



Lampiran 15. Lembar Dokumentasi Penelitian

	PRODI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI 2025	LEMBAR DOKUMENTASI PENELITIAN
---	---	---







CURRICULUM VITAE



Nama : Moh Gani Pradiyanto Putra
Tempat dan Tanggal Lahir : Tegal, 11 Januari 2004
Jenis Kelamin : Laki-laki
Bangsa : Indonesia
Agama : Islam
Alamat : Ds. Pangkah, Dk Benda Rt 01 Rw 02

Nama Orang Tua
Ayah : Agus Hadiyanto
Ibu : Wiwi Sulistyowati

Pekerjaan Orang Tua
Ayah : Anggota Polri
Ibu : Ibu Rumah Tangga

Riwayat Pendidikan : 1. SDN Pangkah 07
2. SMPIT Luqman Al-Hakim
3. SMK Saka Medika