

# **DINAMIKA PERILAKU PENGAMBILAN KEPUTUSAN PERAWAT DAN TENAGA PARAMEDIS DALAM KONDISI GAWAT DARURAT**

## **THE DECISION-MAKING BEHAVIOR OF NURSES AND PARAMEDICS IN EMERGENCY SITUATION**

*Yadi Purwanto dan Moordiningsih*

Fakultas Psikologi  
Universitas Muhammadiyah Surakarta

### **ABSTRACT**

This study deals with the patterns of decision-making processes taken by nurses and paramedics in a private hospital in Surakarta, Central Java. The decision-making processes include the physical and psychological aspects of the nurses and paramedics in helping the patients. The decision-making represents high risk-taking processes as it deals with life-and-death consequences, especially in emergency situation. The study is a qualitative research. The data-collecting methods include observation and interview. The outcome of the study shows that nurses and paramedics make their decisions based on their experiences, including norms, educational background, and expertise recommendation. The decision-making style is flexible and decisive.

Kata Kunci: pengambilan keputusan, perawat, paramedis

### **PENDAHULUAN**

Kemampuan pengambilan keputusan yang tepat dan akurat sangat diperlukan bagi tenaga paramedis untuk dapat menyelamatkan pasien yang dihadapi. Pola-pola perilaku pengambilan keputusan yang dilakukan oleh tenaga paramedis ini melibatkan aspek-aspek fisik maupun psikis yang sangat besar, mengandung resiko yang cukup tinggi antara keselamatan dan kematian dari pasien yang sedang dihadapi.

Kualitas pelayanan kehamilan dan persalinan ibu hamil yang masih rendah terutama dalam hal keterlambatan tindakan selama proses pelayanan, seperti terlambat memberi rujukan, terlambat dalam membuat diagnosa serta terlambat dalam

mengambil keputusan tidak lepas dari kualitas sumber daya manusia tenaga medis pelayanan kesehatan.

Di sisi lain, tidak hanya penanganan kehamilan dan persalinan yang membutuhkan kecepatan pengambilan keputusan saat gawat darurat. Namun, juga unit-unit lain dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit yang membutuhkan tenaga paramedis. Dalam hal ini perawat yang juga bekerja di unit-unit kegawatdaruratan. Perawat juga harus siap melakukan pengambilan keputusan saat menangani pasien dalam berbagai kondisi yang dihadapi.

Persamaan utama antara perawat dan tenaga paramedis keduanya dapat menangani kondisi gawat darurat. Hanya saja tenaga paramedis adalah tenaga kerja yang bekerja bukan sebagai perawat dan bukan sebagai dokter. Ia berada di tengah-tengah keduanya. Paramedis biasanya tampil dalam keadaan darurat, misalnya kecelakaan di jalan raya, kecelakaan dalam lingkungan rumah tangga, dan lain-lain. Paramedis dapat melakukan pertolongan pertama sebelum ditangani lebih lanjut oleh dokter ahli (Sugiarto, 1999). Di Indonesia yang masih kental unsur tradisinya, yang digolongkan dalam tenaga paramedis, selain bidan adalah dukun beranak yang telah mendapatkan pendidikan sertifikat praktek bersalin dan ahli khitan yang telah menamatkan pendidikan tertentu dalam bidang khitan dan dapat melakukan praktek khitan.

Perawat memiliki tanggung jawab dan kewenangan untuk mengambil langkah-langkah keperawatan yang diperlukan sesuai dengan standar keperawatan. Pelayanan keperawatan di Indonesia di masa depan diperkirakan juga akan menuju pelayanan atau asuhan keperawatan profesional yang bersifat holistik dan humanistik, berlandaskan ilmu dan kiat keperawatan dengan etika keperawatan sebagai tuntunan (Husin, 1995).

Kemampuan para perawat dan tenaga paramedis dalam kondisi-kondisi kritis ketika menangani pasien tentu tidak lepas dari latar belakang pendidikan yang pernah ditempuh serta pengalaman yang pernah dijalani. Termasuk di sini adalah kemampuan perawat dan tenaga paramedis dalam mengambil keputusan saat gawat darurat.

Bagaimana proses pengambilan keputusan para perawat dan tenaga paramedis selama ini dan langkah-langkah yang dilakukan untuk mengambil keputusan ditinjau dari sisi psikologi menjadi ketertarikan penulis dan menjadi pertanyaan utama dari penelitian ini. Berdasarkan pertanyaan-pertanyaan tersebut, penulis melakukan penelitian dengan judul “Pola Perilaku Keputusan Perawat dan Tenaga Paramedis dalam Kondisi Gawat Darurat”.

Nigro (dalam Ridho, 2003) mengemukakan bahwa *A-qarar (decision)* atau keputusan ialah pilihan sadar dan teliti terhadap suatu alternatif yang memungkinkan dalam suatu posisi tertentu untuk merealisasikan tujuan yang diharapkan.

Gejala-gejala fisik dan sosial di muka bumi ini dapat dibagi menjadi dua yaitu diskrit (dikotomi, trikotomi, atau politomi) dan kontinyu. Di antara berbagai gejala

diskrit, kajian terhadap gejala dikotomi menjanjikan masa depan yang luar biasa karena ketegasan keputusan dan pemisahan jurang antar alternatif yang amat dalam. Pada prinsipnya dikotomi mengandung dua pilihan seperti berikut: ya dan tidak, hidup dan mati, benar dan salah, lulus dan gagal serta on dan off. Problem yang segera muncul dari pilihan bersifat dikotomi adalah ketepatan dalam menentukan suatu pilihan. Dua faktor yang dapat dikaji dari proses penentuan pilihan dikotomi adalah sensitivitas manusia dan kriteria penentuan keputusan (Sugiyanto, 1994).

### ***Langkah-langkah dalam Pengambilan Keputusan***

Menurut Manulang (1994) ada lima tahap dalam mengambil keputusan yaitu tahap 1 menerima tantangan. Pengambilan keputusan dimulai manakala seseorang dihadapkan kepada suatu tantangan terhadap jalur tindakannya yang berlaku.

Tahap 2 mencari alternatif. Bila suatu jalur tindakah yang sedang berlaku mendapat tantangan, pengambilan keputusan yang efektif mulai mencari alternatif. Individu mempertimbangkan secara matang-matang tujuan-tujuannya serta nilai-nilai yang relevan dengan suatu keputusan.

Tahap 3 penilaian alternatif. Pada tahap ini kelebihan-kelebihan serta kekurangan-kekurangan dari masing-masing alternatif dipertimbangkan dengan cermat. Tahap ini sering melibatkan upaya yang besar untuk mencari informasi yang dapat dipercayai yang relevan dengan keputusan yang efektif, mencari fakta-fakta serta ramalan dari berbagai ragam sumber berkenaan dengan akibat-akibat dari alternatif-alternatif yang sedang dipertimbangkan. Individu menimbang dengan hati-hati baik aspek positif maupun negatif dari masing-masing alternatif.

Tahap 4 menjadi terikat. Pada tahap ini pilihan terakhir sudah dibuat dan pengambilan keputusan menjadi terikat kepada suatu jalur tindakan baru. Pengambilan keputusan efektif menelaah kembali segala informasi yang telah terkumpul sebelum mengambil suatu keputusan terakhir. Individu juga memikirkan bagaimana melaksanakan keputusan dan membuat rencana cadangan seandainya ada sesuatu resiko yang menjadi kenyataan.

Tahap 5 berpegang pada keputusan. Setiap pengambil keputusan berharap segalanya akan berjalan lancar sesudah suatu keputusan diambil, tetapi hambatan sering terjadi. Memilih alternatif terbaik belumlah mencukupi. Jika keputusan tidak dilaksanakan secara memadai, hasil yang menggembirakan tidak akan tercapai.

### ***Kepribadian dan pengambilan keputusan***

Kepribadian berasal dari kata *personality*, dalam bahasa Inggris dari kata Latin: *persona*. Berkaitan dengan proses pengambilan keputusan, menurut Ridha (2003) dikenal beberapa karakter kepribadian seperti:

1. orang yang suka ragu-ragu (*mutaraddid*)
2. orang yang sering sukses dan dapat membuktikan harapannya (*muhaqqid*)
3. orang yang suka emosional (*'athifi*).

Masih menurut Ridha (2003) karakter kepribadian di atas berhubungan dengan cara atau metode yang digunakan dalam pengambilan keputusan. Tabel berikut akan menjelaskan hubungan karakter kepribadian yang dimiliki individu dengan perilaku pengambilan keputusan yang dilakukan.

<b>Kepribadian</b>	<b>Tanda Pokok</b>	<b>Perilaku Pengambilan Keputusan</b>
<i>Mutaraddid</i> (suka ragu-ragu)	Suka mencabut kembali keputusannya Adakalanya menimbulkan kecacauan dan keruwetan	Suka terlambat mengambil keputusan sampai batas waktu yang kadaluwarsa melampaui kepentingannya
<i>Muhaqqiq</i> (pelaksana/ peneliti)	Menyingkap masalah sendiri Sering mengeluh	Keputusan yang didasarkan kepada maklumat (informasi) darinya dan dari penilaiannya
<i>'Athifi</i> (emosional)	Tidak suka memberatkan orang lain Memuaskan semua pihak Mendengar semua pihak	Keputusannya keluar dari perasaannya

Perilaku pengambilan keputusan sangat erat kaitannya dengan gaya pengambilan keputusan. Menurut Driver dan Brousseau (dalam Sudirman, 1998) terdapat dua faktor kunci yang mempengaruhi gaya pengambilan keputusan yaitu: (1) penggunaan informasi yaitu jumlah informasi yang digunakan dalam proses pengambilan keputusan, (2) fokus yaitu jumlah alternatif yang diidentifikasi dan dipilih untuk mengatasi masalah.

Ada dua jenis gaya pengambilan keputusan berdasar penggunaan informasi yaitu: (1) *satisficer*, yaitu pengambil keputusan yang berusaha menggunakan informasi yang tersedia untuk mengambil keputusan yang bisa dilaksanakan. (2) *maximizer*, yaitu pengambil keputusan yang berusaha mengumpulkan informasi selengkap mungkin sebelum mengambil keputusan atau tindakan.

Berkaitan dengan fokus, ada dua bentuk yang mempengaruhi gaya pengambil keputusan yaitu: (1) *unifocus*, yaitu pengambil keputusan yang cenderung untuk menggunakan informasi untuk menghasilkan satu solusi dalam memecahkan masalah, (2) *multifocus*, yaitu pengambil keputusan yang cenderung menggunakan informasi untuk menghasilkan beberapa alternatif solusi dalam memecahkan masalah.

Kedua faktor dari Driver dan Brousseau (dalam Sudirman, 1998) secara bersama-sama dapat mempengaruhi seseorang di dalam mengambil keputusan. Gabungan faktor-faktor tersebut dapat dijelaskan dalam tabel sebagai berikut:

	<i>Satisficer</i>	<i>Maximizer</i>	
<i>Unifocus</i>	<i>Decisive</i>	<i>Hierarchie</i>	<i>Systemic</i>
<i>Multifocus</i>	<i>Flexible</i>	<i>Intergrative</i>	

Terdapat 5 model pribadi dengan gaya pengambilan keputusan yang berbeda, masing-masing yaitu: (1) *tipe decisive*; gabungan *satisficer* dan *unifocus* yaitu pengambil keputusan yang berusaha meminimalkan jumlah informasi yang digunakan untuk kemudian mencari solusi yang jelas dari masalah yang dihadapi, (2) *tipe fleksible*; gabungan antara *satisficer* dan *multifocus* yaitu pengambil keputusan yang cepat mengambil keputusan dengan meminimumkan jumlah informasi yang digunakan, akan tetapi menekan pula pada adaptabilitas terhadap perubahan, (3) *tipe hierarchie*; gabungan *maximizer* dan *unifocus*, yaitu pengambil keputusan yang mencari banyak informasi untuk mencari solusi terbaik, (4) *tipe integrative*; gabungan *maximizer* dan *multifocus*, yaitu pengambil keputusan yang berusaha mencari banyak informasi untuk menggali masalah sedalam mungkin dalam usaha menemukan banyak alternatif solusi, dan (5) *tipe systemic*; gabungan tipe *hierarchie* dan *integrative*, pengambil keputusan menggunakan gaya *integrative* untuk menggali alternatif solusi kemudian menggunakan gaya *hierarchie* ketika akan memilih solusi.

Berpijak dari penjabaran masing-masing karakter dapat disimpulkan bahwa ada 3 aspek penting yang mempengaruhi pengambilan keputusan yaitu informasi yang diperoleh, kekuatan intuisi dan alternatif solusi yang disediakan oleh masing-masing individu sehingga terbentuk pribadi yang berbeda-beda ketika mengambil keputusan.

## METODE PENELITIAN

Untuk mengetahui bagaimana proses tenaga paramedis mengambil keputusan di saat gawat darurat, data yang diperoleh dari hasil observasi, wawancara, maupun diskusi kelompok terarah, selanjutnya akan dikoding dan dilakukan analisis isi (*content analysis*). Moleong (2001) mengatakan bahwa analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.

**Pengambilan Keputusan** adalah kegiatan untuk mengumpulkan informasi dan memilih suatu tindakan dari beberapa alternatif pilihan yang tersedia, terutama yang dilakukan oleh tenaga paramedis, saat gawat darurat.

**Tenaga Paramedis**, biasanya tampil dalam keadaan darurat, misalnya kecelakaan di jalan raya, kecelakaan dalam lingkungan rumah tangga dan lain-lain. Paramedis dapat melakukan pertolongan pertama sebelum ditangani lebih lanjut oleh dokter ahli (Sugiarto 1999). Tenaga paramedis dalam hal ini adalah para bidan yang bekerja di bangsal persalinan sebuah rumah sakit.

**Perawat** menurut Bouwhuizen (1993) adalah seseorang yang mampu melakukan tujuan pekerjaan perawatan yaitu dapat memberi pertolongan dengan dilandasi keahlian kepada penderita-penderita yang mengalami gangguan fisik dan gangguan kejiwaan.

Dalam penelitian ini pengambilan subjek dilakukan secara *purposive* yaitu subjek diambil berkaitan dengan ciri-ciri atau karakter tertentu (Nasution, 1998). Adapun karakteristik subjek yang diambil dalam penelitian ini sebagai berikut:

- tenaga paramedis atau perawat pria dan wanita,
- pernah mengalami kondisi kegawatdaruratan,
- masa kerja antara minimal 3 tahun dan
- bekerja di rumah sakit di Kotamadya Surakarta.

Lokasi penelitian adalah di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah di Kotamadya Surakarta

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara kepada subyek penelitian, karena penelitian ini menggunakan pendekatan metode penelitian kualitatif. Adapun garis besar pertanyaan yang diajukan sebagai berikut:

- identitas:
- pengambilan keputusan pada situasi yang rutin/biasa
- pengambilan keputusan pada situasi yang di luar kebiasaan/hebat/aneh/mendadak.
- pengalaman dalam mengambil keputusan; fikiran, dan perasaan yang dialami
- nilai/prinsip-prinsip hidup yang dimiliki
- kepribadian

Adapun hal-hal yang akan diobservasi adalah sebagai berikut:

- a. gambaran tentang keadaan tentang subjek bekerja,
- b. bagaimana ketika menghadapi pasien, dan
- c. kegiatan subjek dalam tempat tersebut.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### *Karakteristik subjek penelitian*

Adapun profil subjek penelitian yang telah diwawancarai adalah sebagaimana tercantum dalam tabel berikut:

Unit	Nama	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Lama Kerja (tahun)	Pendidikan
Bangsal Persalinan	Rm	P	50	20	Akbid
	Kn	P	28	5	D1-Kebidanan
	Tk	P	28	6	D1-Kebidanan
	Mw	P	29	6	D1-Kebidanan
	My	P	26	5	D1-Kebidanan
Unit Gawat Darurat	Tp	P	30	5	Akper
	Wi	P	25	3	Akper
	Sm	L	28	4	Akper
	Sp	L	33	13	Akper
	Sml	P	33	6	Akper

### *Pengenalannya Masalah Pekerjaan dan Pengambilan Keputusan*

Ada perbedaan antara masalah atau kasus yang ada di unit gawat darurat (UGD) dan bangsal persalinan. Beberapa permasalahan yang dihadapi antara lain sebagai berikut:

a. Di bangsal kebidanan

*“masalah yang harus membuat keputusan sendiri pada kasus-kasus emergensi, perdarahan dan kejang-kejang, namun sesuai prosedur” (W-1, 66-68)*

*“Saya mengambil keputusan sendiri bila situasi emergensi serta bila tidak ada dokter atau tidak bisa menghubungi dokter, maka menggunakan pengalaman sendiri (W-11, 15-25)*

*Masalah yang dihadapi adalah kondisi kritis pasien bila menunggu dokter cukup lama sementara kondisi pasien butuh segera ditolong. Kalau takut salah, takut dimarahi dokter, tetapi berusaha tetap menolong pasien menurut prosedur (W-11, 587-66)*

*“Sering saya harus mengambil keputusan sendiri, misalnya pasien datang dengan pembukaan lengkap, sudah mau bersalin ...” (W-IV, 17)*

*atau situasi darurat, pasien sudah sering kontraksi, tapi tensinya tinggi (eklampsia) sampai kejang-kejang seperti itu saya panik. Jadi harus kerjasama dengan dokter, kalau bidan sendiri tidak bisa (W-IV, 44-46).*

*Mengambil keputusan sendiri ketika permasalahan yang biasa adalah memilihkan dokter bagi pasien, (W-V, 41-43)*

*“Sering juga mengambil keputusan sendiri pada saat pasien pendarahan, emergency, dan belum sambung dokternya ya ditangani dulu (W-V, 12-15).*

#### b. Di Unit Gawat Darurat (UGD)

*“Sering dihadapkan pada situasi harus mengambil keputusan sendiri, belum tentu dokternya stand by, ketika pasien datang dengan kondisi jelek, seperti diare, dehidrasi, sudah lemas, muntah-muntah .... Kita menginfus dulu tanpa konsultasi dokter ... (W-VI, 20-25)*

*“Sering mengambil keputusan sendiri, ketika jaga malam jam 21.00, dokter belum datang, otomatis aku terima pasien, aku anamnesa. (W-VII, 35-40)*

*“Perlu mengambil keputusan misalnya kasus kecelakaan lalu lintas, tidak ada keluarga, padahal kondisi gawat, maka kita harus mengambil keputusan dia harus rawat inap (W-VII, 78-83).*

*“Sering mengambil keputusan sendiri kalau pasiennya banyak, tenaga perawat hanya 4 orang ... agak kerepotan. Kita itu memilih mana pasien yang harus kita utamakan, walaupun dia datang lebih dulu, kita ambil yang gawat dulu (W-IX, 33-38)*

*“Ada situasi harus mengambil keputusan sendiri, misalnya ada anak sakit panas dengan kejang, nah itu bisa langsung masukkan penenang, nggak usah nunggu dokternya (W-X, 24-31).*

Dari hasil interview tersebut, tampak bahwa baik tenaga paramedis-bidan di bangsal persalinan maupun perawat yang berada di UGD sering melakukan pengambilan keputusan sendiri apabila berhadapan dengan kasus-kasus darurat atau *emergency*. Pengambilan keputusan sendiri juga dilakukan bila dokter yang berwenang sedang tidak ada di tempat atau sulit dihubungi. Masalah atau kasus yang dihadapi untuk mengambil keputusan sendiri misalnya, pasien dalam kondisi kritis atau semakin memburuk kondisinya, perdarahan hebat, kejang-kejang ataupun mengalami kecelakaan lalu lintas.



## **Metode dalam Mengambil Keputusan**

Metode atau cara-cara yang dilakukan bidan maupun perawat di saat gawat darurat untuk mengambil keputusan terungkap dalam kutipan wawancara sebagai berikut:

*“Saya mengambil keputusan menurut pengalaman saya ...” (W-I, 31)*

*“yang dilakukan saat mengambil keputusan adalah menurut prosedur tetap (protap) sudah standar”. Untuk kebidanan, sudah ada standarnya, tapi kadang menurut perintah dokter untuk kasus-kasus yang tidak bisa ditangani bidan (W-I, 37-40)*

*“Saya mengambil keputusan sesuai pengalaman dan harus sesuai prosedur (W-II, 76-77)*

*“Pengambilan keputusan tergantung dokter, kita ini cuma pelaksana (W-III, 16)*

*“Yang paling utama dalam pengambilan keputusan itu lapor dokter, pasien datang kita anamnesa dulu, kita cari data-data, baru setelah lengkap lapor dokter (W-IV, 157-159).*

*“Dalam mengambil keputusan memilih dokter, pedoman dari atas sudah ada blangko pemilihan dokter tetap dikasih apa yang menjadi hak pasien mengenai pemilihan dokter, kalau memilih dokter itu yang dikasih dokter itu, kalau dokter yang dipilih ada kepentingan ya dikasih dokter jaga (W-V, 70-74).*

*“Mengambil keputusan, berdasar advis dokter (W-VI, 75).*

*Mengambil keputusan memberi pasien infus, itu sesuai teori ya (W-VI, 87) “Merasa mengambil keputusan tepat, aku biasanya merasa sudah benar, sesuai prosedur.*

*“Paling optimal dilakukan perawat dalam mengambil keputusan saat dokter tidak ada, paling maksimal ya kita infus. Mengambil keputusan itu langsung tanpa konsultasi dokter, karena ada standarnya (W-IX, 64-71)*

*Dulu di ICU, bangsal bedah sudah biasa menangani pasien gawat jadi ya biasa. Kan udah pengalaman yang dulu-dulu. Beda kalau saya pertama kali di UGD (W-X, 77-80).*

Berpijak dari hasil transkripsi di atas, dapat dilakukan analisis isi tentang metode-metode yang digunakan oleh perawat di UGD maupun bidan di bangsal persalinan dalam mengambil keputusan. Metode yang dilakukan antara lain sebagai berikut:

- a. **Berdasarkan pengalaman terdahulu.** Mengambil keputusan berdasarkan pengalaman sebelumnya dalam menangani pasien. Sesuatu kasus yang rutin dan telah biasa dihadapi, membuat para perawat dan tenaga medis ini mengingat-ingat pengalaman yang pernah dijalani untuk melakukan penanganan pada kasus-kasus yang mirip atau serupa dengan kasus sebelumnya.
- b. **Berdasarkan standar atau prosedur tetap yang sudah ada.** Proses mengambil keputusan melakukan tindakan kepada pasien didasarkan pada PROTAP (prosedur tetap) yang sudah tersedia di rumah sakit. Perawat maupun bidan mengingat-ingat langkah-langkah penanganan pasien sesuai bagan alur atau standar dari rumah sakit.
- c. **Berdasarkan pendidikan/teori yang dimiliki.** Mengambil keputusan dilakukan dengan mengingat-ingat teori yang pernah diperoleh selama mengenyam pendidikan kemudian dicocokkan dengan kasus yang ditangani, seperti teori-teori asuhan keperawatan.
- d. **Berdasarkan pertimbangan dokter (orang yang lebih ahli).** Untuk kasus-kasus yang luar biasa, bukan masalah-masalah yang rutin dan biasa dihadapi perawat dan tenaga paramedis meminta pertimbangan ahli dalam hal ini dokter di rumah sakit, meminta pertimbangan juga dilakukan kepada rekan kerja yang lebih tahu dan berpengalaman.

### ***Proses Kognitif saat Mengambil Keputusan***

Saat mengambil keputusan tentu saja melibatkan aspek kognitif (pikiran) dalam menghadapi pasien. Berdasarkan wawancara kepada para perawat dan tenaga paramedis tersebut dapat diungkap bahwa proses kognitif yang dipikirkan saat mengambil keputusan adalah sebagai berikut:

*“Pikiran saat mengambil keputusan adalah menolong pasien (W-I, 61- 62)”*

*“Saat pengambilan keputusan yang diingat-ingat adalah kondisi pasien (W-J, “80-82)”*

*“Yang ada dalam pikiran saat mengambil keputusan adalah bertindak segera, pasien selamat dan tidak kecewa, juga bertindak sesuai ilmu yang dimiliki, sesuai protap (W-II, 79)”*

*“Yang dipikirkan saat pengambilan keputusan melakukan tindakan lalu lapor dokter, kemudian dokter memberi perintah untuk menambah tindakan dan bidan melaksanakan perintah dokter (W-III, 88)*

*“Yang dipikirkan saat mengambil keputusan itu takut salah ...takutnya saya, memasukkan obat lain dengan dokternya, nanti mungkin beda ..tapi jarang memberi obat sendiri ...*

*“Memikirkan terutama keselamatan pasien, meliputi yang objektif dan subjektif. Objektif seperti melihat kondisi pasien ... (W-VI, 145-150)*

*“Tidak ada yang dipikirkan saat mengambil keputusan, sudah rutinitas, pasien ini harus dikasih ini misalnya dokier A sering pakai ini kita pakai ini ... (W-IX 75 – 77).*

*“Yang dipikirkan ya keselamatan pasien, penanganan pertama gawat darurat dulu, baru tindakan yang lain” (W-X 50-52)*

*Dalam mengambil keputusan sering aku memikirkan sampai ke resiko tapi kadang-kadang nggak kepikir. Kalau aku melakukan tindakan ini ternyata begini, kadang-kadang aku sudah melakukan tindakan aku baru kepikiran (W-VII, 150-155)*

*“Yang dipikirkan saat mengambil keputusan adalah jiwa pasien, biar selamat (W- VIII, 63-64)*

Dari beberapa kutipan wawancara di atas dapat dianalisis bahwa proses kognitif yang terjadi selama proses pengambilan keputusan adalah:

- a. **Memusatkan pikiran dan perhatian agar pasien bisa tertolong dan selamat.** Subjek penelitian pikirannya terkonsentrasi penuh pada permasalahan kasus yang dihadapi bersama pasien.
- b. **Berpikir tentang cara-cara menolong pasien untuk melakukan tindakan.** Subjek kemudian memikirkan langkah-langkah untuk mengatasi kondisi gawat darurat, memperbaiki kondisi umum pasien. Subjek memikirkan prioritas tindakan yang harus dikerjakan berdasarkan ingatan atau informasi yang dimiliki baik dari pengalaman, pendidikan, informasi tertulis maupun saran dari dokter maupun rekan kerja yang lain.
- c. **Memikirkan resiko tindakan yang dilakukan setelah mengambil keputusan.** Sebagian subjek penelitian yang menghadapi masalah juga memikirkan resiko atau konsekuensi tindakan yang dilakukan. Misalnya ada ketakutan dari perawat, salah dalam memberikan jenis injeksi kepada pasien, yang mungkin berbeda dengan dokter. Namun ada pula yang bertindak tidak memikirkan resikonya, namun setelah tindakan itu selesai dilakukan baru memikirkan resikonya.
- d. **Berpikir menghubungi orang lain (dokter) untuk meminta bantuan.** Terdapat seorang tenaga paramedis yang berpikir untuk segera mencari bantuan kepada orang lain. Dalam hal ini dokter untuk membantu menghadapi kasus pasien.
- e. **Tidak memikirkan sesuatu, karena sudah menjadi rutinitas.** Tindakan terhadap pasien gawat darurat berdasar pengenalan masalah sudah berlangsung

spontan, sudah menjadi rutinitas, sehingga subjek penelitian tidak perlu memikirkan lagi. Tidak perlu memikirkan sesuatu juga terjadi pada subjek yang melakukan tindakan kepada pasien karena pernah mengamati dokter melakukan tindakan yang serupa, cenderung meniru apa yang pernah dilakukan oleh dokter.

### ***Kondisi Afektif ketika Mengambil Keputusan***

Selain proses kognitif yang terjadi, pengambilan keputusan ternyata juga melibatkan ranah afektif (perasaan) yang ada pada diri subjek penelitian. Aspek afektif yang dapat diungkap adalah sebagai berikut:

*“Perasaan saya mantap saat mengambil keputusan, karena sudah sesuai standar (W-I, 88-89), perasaan sudah mantap juga karena biasa melakukan dan harus bersikap tenang (W-I, 95)*

*“Bila ragu-ragu saat mengambil keputusan, bersikap tenang, nanti dilaporkan dokter (W-I, 106-109) ragu-ragu bila salah memberi suntikan, takut bila dokter tidak setuju (W-I, 114) mengambil keputusan tepat, bila sudah sesuai pengalaman, pengetahuan, pendidikan dan prosedur (W-I, / 37- 142,).*

*“Perasaan saat mengambil keputusan, kasihan pada pasien dan keluarga, kadang kecewa, kadang marah, kadang menerima (W-II, 88) perasaan ragu-ragu bila terjadi sesuatu yang tidak diharapkan, lalu lapor dokter (W-II, 104,)*

*“Perasaan saat pengambilan keputusan tegang, karena sudah melakukan tindakan pada pasien tapi keadaan tidak membaik. Mengatasi ketegangan dengan bekerja dengan tim, membagi pekerjaan (Mengatasi keraguan dalam mengambil keputusan dengan bermusyawarah (W-III, 193)*

*“Ragu sebenarnya ada, tapi kita biasanya sudah mantap, karena setiap hari pesiennya begini-begini dikasih ini-ini kan sudah hafal, nanti terus lapor dokter, paling nanti perintahnya sama, tapi jarang terjadi seperti itu karena semua tergantung pada dokternya (W-IV, 90-93,)*

*“Pada awal masa kerja pasti dia mengalami blocking, dalam arti apa yang dia lakukan dia malah bingung, soalnya itu pernah saya alami sendiri (W-VI, 175-180), kalau orang sudah sering melakukan, biasanya ia akan tenang, yakin (W- VI, 209-210)*

*Pernah ada perasaan ragu-ragu karena takut akibat dari penanganan pasien tersebut, kan kalau dokternya be/urn tah i, kadang ada yang kurang cocok dengan pendapat kita (W- VIII, 66-69)*

*Ya dulu untuk pertama kali bingung untuk menghadapi pasien gawat, tapi lama karna sudah pengalaman sudah tidak grogi lagi (W-X, 91-92)*

Dari data transkripsi wawancara di atas, terungkap beberapa aspek afektif yang terlibat saat mengambil keputusan, antara lain:

- a. **perasaan bingung dan ragu-ragu** . Di awal bertugas di rumah sakit terkadang mengalami kebingungan, *blocking* (tidak tahu apa yang harus dilakukan) dan ragu-ragu dalam berbuat, menetapkan tindakan yang paling tepat bagi pasien sesuai dengan pendidikan yang pernah diperoleh dengan kasus di rumah sakit.
- b. **perasaan takut**. Perasaan takut terhadap konsekuensi yang ditimbulkan dari tindakan atau keputusan yang diambil. Takut terhadap dokter apabila salah dalam melakukan tindakan dan takut menghadapi kondisi pasien yang semakin memburuk
- c. **perasaan tegang**. Perasaan saat pengambilan keputusan tegang, karena sudah melakukan tindakan pada pasien tapi keadaan tidak membaik.
- d. **perasaan mantap dan tenang**. Perasaan tenang dan dapat mengambil keputusan tepat, bila sudah sesuai pengalaman, pengetahuan, pendidikan dan prosedur yang ada. Perasaan ini timbul bila perawat dan tenaga paramedik sudah terbiasa atau berpengalaman dalam menangani pasien.
- e. **perasaan kecewa, marah dan kasihan**. Perasaan yang berkaitan dengan tindakan yang dilakukan tenaga paramedik dengan keluarga pasien. Kecewa, ketika pasien tidak mau mengikuti saran yang dianjurkan. Perasaan marah timbul karena pihak keluarga terkadang lambat dalam memberikan keputusan persetujuan untuk segera ditangani dan perasaan kasihan juga timbul melihat kondisi pasien yang lemah.
- f. **perasaan menerima**. Perasaan menerima terhadap konsekuensi akibat tindakan atau keputusan yang diambil dan menyerahkan segala sesuatunya kepada Tuhan Sang Pencipta, misalnya perawat dan tenaga paramedis sudah berusaha menolong, namun kemudian pasien akhirnya meninggal dunia.

### ***Kepribadian dan Pengambilan Keputusan***

Beberapa aspek kepribadian yang terungkap dalam hasil wawancara dan catatan observasi selama wawancara yang berkaitan dengan gaya pengambilan keputusan tampak dalam matrik sebagai berikut:

Unit	Nama	L/P	Prinsip Hidup	Ciri Kepribadian	Metode Mengambil Keputusan
Bangsal Persalinan	Rm	P	Menolong pasien semaksimal mungkin	Berani, tegas	Sesuai pengalaman
	Kn	P	Bekerja keras untuk keselamatan pasien	Keras, berprinsip kuat	Sesuai hati nurani, pendidikan dan pengalaman
	Tk	P	Untuk keluarga dan memberi pertolongan	Kurang berani, kurang mandiri	Menanyakan teman, musyawarah, lapor, dokter
	Mw	P	Bekerja hati-hati, tidak keliru, bekerja tidak sendiri	Kadang ragu-ragu, berani kalau yakin dan benar	Lapor dokter paling utama
	My	P	Keterusterangan dan kejujuran	Tegas, percaya diri	Berdasarkan pedoman, standar yang ada
Gawat Darurat	Tp	P	Memberi pelayanan terbaik, nrimo, bersyukur atas keadaan yang dimiliki	Egois, berkemauan keras, mudah tersinggung kooperatif	Lapor dokter dan sesuai teori/pendidikan
	Wi	P	Berbuat baik pada semua orang	Kooperatif, berani bertindak ambil resiko	Sesuai standar, langsung bertindak kadang tanpa berfikir dulu
	Sm	L	Mantap, percaya kepada Allah	Kurang berani, sabar, ragu-ragu	Bersama-sama memutuskan pertimbangan orang lain
	Sp	L	Bismillah, menjadi kepala keluarga yang baik, membantu orang tua	Kurang berani, kooperatif	Berdasar standar dan dipertimbangkan bersama-sama
	Sml	P	Sederhana, <i>nrima ing pandum</i> dan menyelamatkan pasien	Keras, kurang kooperatif	Berdasar pengalaman

Gambaran matriks di atas memberikan model-model cara pengambilan keputusan yang berbeda-beda, berdasarkan latar belakang kepribadian yang dimiliki, walaupun subjek penelitian ini bekerja dalam bidang yang sama yaitu pelayanan jasa kesehatan masyarakat.

Berpijak dan hasil analisis data, pola perilaku dan model pengambilan keputusan tenaga paramedis dalam hal ini bidan di bangsal persalinan dan perawat di UGD

(unit gawat darurat) pada umumnya didasarkan pada empat hal yaitu; *kesatu* berdasar pengalaman, *kedua* berdasarkan standar/prosedur tetap yang sudah ada; *ketiga* berdasarkan pendidikan/teori yang dimiliki, dan *keempat*, berdasarkan pertimbangan orang yang lebih ahli.

Menurut Ridha (2003) tiga bentuk metode dalam mengambil keputusan, yaitu:

- a. membuat keputusan berdasarkan pengalaman masa lalu yang digabungkan dengan perasaan individual/pribadi
- b. membuat keputusan berdasarkan kajian/penelaahan/penelitian dan pemecahan masalah
- c. mengambil keputusan dengan menggunakan teori gabungan antara perasaan (*sense*) dan kajian/penelitian/penelaahan ilmiah

Dari kesepuluh subjek penelitian tersebut 3 orang mengambil keputusan berdasarkan pengalaman dan hati nurani, 2 orang cenderung mengambil keputusan berdasar standar/pendidikan yang dimiliki dan 5 orang cenderung menggunakan pertimbangan ahli (dokter/teman yang lebih menguasai masalah). Temuan ini dapat memberi gambaran bahwa dalam bidang pelayanan jasa kesehatan, proses pengambilan keputusan cenderung dilakukan melalui prosedur pengambilan keputusan kelompok bersama dengan rekan kerja. Hal ini semakin diperkuat bahwa tenaga paramedik maupun perawat memiliki kewenangan yang terbatas, tindakan medik kepada pasien adalah sepenuhnya wewenang dokter. Dalam proses pengambilan keputusan para perawat dan tenaga paramedik ini banyak meminta pertimbangan dari orang ahli.

Tindakan meminta pertimbangan dari orang lain ini merupakan salah satu langkah dalam proses pengambilan keputusan seperti yang dikemukakan oleh Manullang (1995) berikut ini:

**Pertama, menerima tantangan.** Kondisi yang terjadi pada subjek penelitian ini adalah menerima tantangan berupa permasalahan kasus gawat darurat dari pasien adapun permasalahan yang menuntut untuk mengambil keputusan sendiri misalnya, pasien dalam kondisi kritis atau semakin memburuk kondisinya, pendarahan hebat, kejang-kejang ataupun mengalami kecelakaan lalu lintas. Umumnya pasien diberi tindakan terlebih dahulu seperti pertolongan pertama sebelum menghubungi dokter.

**Kedua, mencari alternatif.** Individu mempertimbangkan secara matang-matang tujuan-tujuannya serta nilai-nilai yang relevan dengan suatu keputusan. Dari hasil wawancara terungkap bahwa langkah selanjutnya dalam pikiran subjek penelitian adalah harapan untuk segera dapat menolong pasien dan melihat kondisi pasien. Dari proses kognitif yang dialami subjek *memusatkan pikiran dan perhatian agar pasien bisa tertolong dan selamat*. Subjek penelitian pikirannya terkonsentrasi

penuh pada permasalahan kasus yang dihadapi bersama pasien. Hal ini berkaitan dengan prinsip hidup yang dimiliki subjek yang rata-rata mempunyai nilai menolong dan berbuat baik pada orang lain.

**Ketiga, menilai alternatif.** Tahap ini sering melibatkan upaya yang besar untuk mencari informasi yang dapat dipercayai yang relevan dengan keputusan yang efektif, mencari fakta-fakta serta ramalan dari berbagai ragam sumber berkenaan dengan akibat-akibat dan alternatif-alternatif yang sedang dipertimbangkan. Proses kognitif yang terjadi pada langkah ini adalah *berpikir tentang cara-cara menolong pasien untuk melakukan tindakan, memikirkan resiko tindakan yang dilakukan setelah mengambil keputusan, dan berpikir menghubungi orang lain (dokter) untuk meminta bantuan*. Langkah sebagian besar subjek untuk meminta pertimbangan ahli, termasuk dalam langkah ketiga ini. Termasuk di dalamnya adalah mencari informasi dengan mengingat-ingat pengalaman, proses mengingat teori yang pernah didapat, mengingat standar yang ada. Subjek kemudian mempertimbangkan alternatif tindakan dan juga memikirkan resiko akibat tindakan yang dibuat. Namun, ada seorang subjek yang cenderung tidak memikirkan resiko, langsung bertindak sehingga kemudian ia harus menilai ulang keputusannya tersebut, ada perasaan menyesal. Kondisi ini dapat menjadi salah satu hambatan dalam proses pengambilan keputusan yang efektif.

**Keempat, menjadi terikat.** Pengambilan keputusan efektif menelaah kembali segala informasi yang telah terkumpul sebelum mengambil suatu keputusan terakhir. Individu juga memikirkan bagaimana melaksanakan keputusan dan membuat rencana cadangan seandainya ada sesuatu resiko yang menjadi kenyataan.

Berdasarkan pertimbangan-pertimbangan dan informasi yang telah ada sebelumnya, subjek kemudian melakukan tindakan kepada pasien. Terdapat beberapa kondisi afeksi atau emosi yang menyertai langkah ini. Ada yang merasa mantap dan yakin karena mendasarkan diri pada pengalaman, pengetahuan, pendidikan, dan prosedur yang ada. Perasaan takut terhadap konsekuensi tindakan, juga ada yang merasa ragu-ragu karena belum memiliki pengalaman sebelumnya, juga memadukan antara teori yang dimiliki dengan kasus di rumah sakit. Kerancuan antara memadukan teori dan praktek akan membuat kebingungan dan ragu-ragu. Sebagian subjek mengatasi dengan bertanya kepada teman atau melaporkan ke dokter.

**Kelima, berpegang pada keputusan.** Setiap pengambil keputusan berharap segala-galanya akan berjalan lancar sesudah suatu keputusan diambil, tetapi hambatan sering terjadi. Memilih alternatif terbaik belumlah mencukupi. Jika keputusan tidak dilaksanakan secara memadai, hasil yang menggembirakan tidak akan tercapai.

Pada kondisi ini subjek telah menentukan tindakan yang hendak diberikan pasien dengan harapan dapat segera menolong pasien. Ada kondisi afektif yang menyertai seperti *perasaan tegang*. Kondisi ini bila pasien justru semakin memburuk ketika



sudah diberi tindakan. *Perasaan kecewa, marah dan kasihan* pada pasien dan keluarganya. Kecewa, ketika pasien tidak mau mengikuti saran yang dianjurkan. Perasaan marah timbul karena pihak keluarga terkadang lambat dalam memberikan keputusan persetujuan untuk segera ditangani dan perasaan kasihan juga timbul melihat kondisi pasien yang lemah.

Perasaan yang lain adalah perasaan menerima, setelah tindakan sudah dilakukan dan keputusan telah diambil. Perasaan menerima terhadap konsekuensi akibat tindakan atau keputusan yang diambil dan menyerahkan segala sesuatunya kepada Tuhan Sang Pencipta, misalnya perawat dan tenaga paramedis sudah berusaha menolong, namun kemudian pasien akhirnya meninggal dunia. Hal ini sesuai dengan pendapat Ridha (2003) bahwa pada fase ketiga proses sudah mengambil keputusan, pada langkah kesembilan, orang sudah mengambil keputusan tanpa penyesalan, yaitu fleksibilitas atau kelenturan yang merupakan kemampuan untuk mengakui kesalahan dan kekeliruan serta mau kembali ke titik permulaan lagi. Tidak ada alasan untuk menyesali sedemikian rupa keputusan yang dibuat, yang ternyata memang tidak menemui sasaran atau tidak sesuai dengan realitas yang ada, dalam kondisi ini pasien tidak dapat dilakukan pertolongan dengan baik seperti harapan perawat dan tenaga paramedik.

Dilihat dari gaya pengambilan keputusan menurut Driver dan Brousseau (dalam Sudirman, 1998) para perawat dan tenaga paramedik ini cenderung menggunakan tipe *decisive* dan tipe *fleksible*. Tipe *decisive* merupakan gabungan *satisficer* dan *unifocus* yaitu pengambil keputusan yang berusaha meminimalkan jumlah informasi yang digunakan untuk kemudian mencari solusi yang jelas dari masalah yang dihadapi (satu solusi). Tipe *fleksible* merupakan gabungan antara *satisficer* dan *multifocus* yaitu pengambil keputusan mengambil keputusan dengan meminimumkan jumlah informasi yang digunakan, akan tetapi menekankan pula pada adaptabilitas terhadap perubahan (bisa banyak solusi alternatif) tergantung kondisi pasien.

## SIMPULAN

Para perawat dan tenaga paramedik mengambil keputusan menggunakan metode pengambilan keputusan yang berdasarkan pada empat hal yaitu; (1) berdasar pengalaman, (2) berdasarkan standar/prosedur tetap yang sudah ada, (3) berdasarkan pendidikan/teori yang dimiliki, dan (4) berdasarkan pertimbangan orang yang lebih ahli. Lima dari sepuluh subjek penelitian cenderung menggunakan pertimbangan ahli/dokter ketika memutuskan tindakan.

Para perawat dan tenaga paramedik mengambil keputusan dengan gaya pengambilan keputusan tipe *decisive* dan tipe *fleksible* sesuai dengan bidang pelayanan jasa khususnya pelayanan di unit kegawatdaruratan dan model bekerja secara tim.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bouwhuizen, M. 1993. *Ilmu Keperawatan (Verpleegkunde ZV) Bagian 1*. Diterjemahkan oleh Moelia Radja Siregar. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Cioffi, D. 1991. "Asymmetry of Doubt in Medical Self Diagnosis: The Ambiguity of "Uncertain Weliness".*" Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 61, No. 6, 969-980.
- Fgan, G. 1990. *The Skilled Helper; A Systematic Approach to Effective Helping*. California: Brooks/Cole Publishing Company
- Ellis, R.B., Gates, R.J., and Kenworthy, N. 1995. *Interpersonal Communication in Nursing*. New York: Churchill Livingstone.
- Faisal, F. 1990. *Penelitian Kualitatif Dasar-Dasar dan Aplikasi*. Malang: Yayasan Asah Asih Asuh Malang.
- Hadi, S. 2000. *Metodologi Research*. Jilid 2. Yogyakarta: Andi.
- Husin, M. 1995. Prakiraan Perkembangan Keperawatan di Indonesia di Masa Depan. *Makalah* (tidak diterbitkan). Disampaikan Pada Ceramah Peserta Program Studi Kajian Rumah Sakit – Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia Jakarta.
- Koeswara, E. 1991. *Teori-teori Kepribadian*. Bandung: Eresco.
- Moleong, L.J. 2001. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Poerwandari, E.K. 1998. *Pendekatan Kualitatif dalam Penelitian Psikologi*. Jakarta: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Solso, R.L. 1988. *Cognitive Psychology*. Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- Sudirman, I. 1998. "Gaya Pengambilan Keputusan dan Dampaknya pada Tingkah laku Manajerial". *Jurnal Teknik dan Manajemen Industri: Pasca Sarjana Institut Teknologi Bandung*. Vol.18 No.1 April, 7-13.

Sugiarto, E. 1999. *Psikologi Pelayanan dalam Jasa*. Jakarta: Gramedia.

Ridha, A. 2003. *Cara Cerdas Mengambil Keputusan*. Bandung: P.T Syamil Cipta Media.