

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Dasar *Evidence-based practice*

a. Definisi *Evidence-based practice*

Evidence-based practice ialah suatu strategi dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk dapat meningkatkan tingkah laku yang positif dengan menggabungkan bukti penelitian terbaik sehingga *evidence-based practice* dapat diterapkan ke dalam praktik keperawatan dan membuat suatu keputusan perawatan kesehatan yang lebih baik (Bostwick, 2013. Bloom et al., 2009. Azmoude, Elham et al., 2017).

Evidence-based practice ialah kerangka kerja untuk menguji, mengevaluasi dan menerapkan temuan penelitian dengan tujuan meningkatkan pelayanan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien (Melnyk, Fineout-Overholt et al., 2012). Pelayanan kesehatan yang bersifat *evidence-based practice* secara internasional telah diakui sebagai pendekatan yang bersifat dapat menyelesaikan permasalahan serta menekankan pada penerapan penelitian yang terbaik untuk membantu perawat profesional dan calon perawat profesional mendapatkan ilmu yang terbaru (Stokke et al., 2014 dan Chang & Crowe, 2011).

b. Tujuan *Evidence-based practice*

Menurut Hapsari (2011) tujuan *evidence-based practice* ialah memberikan data pada perawat praktisi berdasarkan bukti ilmiah agar dapat memberikan perawatan secara efektif dengan menggunakan hasil penelitian yang terbaik, menyelesaikan masalah yang ada pada pemberian pelayanan kepada pasien, mencapai kesempurnaan dalam pemberian asuhan keperawatan, jaminan standar kualitas dan memicu inovasi.

Evidence-based practice bertujuan untuk mencapai suatu peningkatan pada perawatan pasien, konsistensi perawatan pasien, hasil perawatan pasien dan pengendalian biaya. Penerapan *evidence-based practice* sangat penting bagi perawat dalam berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan tim kesehatan dalam pengambilan keputusan dan rencana perawatan yang akan diberikan, menerapkan *evidence-based practice* dipelayanan kesehatan dapat menurunkan angka kematian, angka kesakitan dan kesalahan medis (Melnyk, Fineout-Overholt et al., 2012).

c. Komponen Kunci *Evidence-based practice*

Menurut Drisko (2017) mengembangkan *evidence-based practice* model kontemporer dan menyatakan bahwa *evidence-based practice* memiliki 4 komponen, yaitu pertama, keadaan klinis klien saat ini; kedua, bukti penelitian terbaik yang relevan;

ketiga; nilai dan preferensi klien; keempat, keahlian klinis dari praktisi.

Menurut Melnyk & Overholt (2011) ada 3 komponen dalam *evidence-based practice* yaitu pertama, adalah bukti eksternal berupa hasil penelitian, teori-teori yang lahir dari penelitian, pendapat dari ahli dan hasil diskusi panel para ahli; kedua, bukti internal berupa penilaian klinis, hasil dari proyek peningkatan kualitas dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan klinik, penggunaan sumber daya tenaga kesehatan yang diperlukan untuk melakukan perawatan; ketiga, memberikan manfaat terbaik untuk kondisi pasien saat itu dan meminimalkan pembiayaan.

d. Langkah-Langkah Penerapan *Evidence-based practice*

Ada tujuh langkah dalam proses *evidence-based practice* menurut Melnyk & Overholt (2011) yaitu pertama, menumbuhkan semangat penyelidikan; kedua, menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan format PICO/PICOT; ketiga, mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/PICOT; keempat, melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian).

Kelima, mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan; keenam mengevaluasi *outcome* dari perubahan

yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti dan ketujuh menyebarkan hasil dari *evidence-based practice*.

Menurut Leen, Bell & McQuillan (2014) dan Paul Glasziou & Salisbury (2012) menjabarkan 5 langkah penerapan *evidence-based practice* atau biasa disebut 5A yaitu; pertama, *ask* ialah pertanyaan yang berfokus pada pasien dan perawatan individu. Sebagian besar pertanyaan klinis dapat dibagi menjadi empat komponen yang disingkat menjadi PICO/PICOT yaitu, P (pasien, populasi dan masalah), I (intervensi atau indikator), C (pembanding atau kontrol), O (hasil) menunjukkan hasil yang menjadi perhatian. T (waktu);

Kedua, *acquire* yaitu mendapatkan bukti terbaik yang tersedia dan relevan; ketiga, *appraise* yaitu menilai bukti; keempat, *apply* yaitu menerapkan bukti dan melibatkan dalam pengambilan keputusan dengan pasien atau kelompok individu; kelima, *assess* yaitu menilai dan menyebarkan hasil.

e. Model *Evidence-based practice*

Beberapa model *evidence-based practice* telah dikembangkan sebagai panduan perawatan kesehatan profesional untuk implementasi berbasis bukti dalam lahan praktik. Menurut Leen, Bell & McQuillan (2014) menggambarkan beberapa model yang diterapkan yakni:

1) Model Johns Hopkins, tahap awal model Johns Hopkins yaitu mengidentifikasi *evidence-based practice*, kemudian

membentuk tim, memperoleh, menilai dan meringkas adanya bukti-bukti yang akan direkomendasi dalam praktik mulai dari melaksanakan sampai dengan evaluasi.

2) Model Stetler, model ini berfokus pada 5 tahap yaitu pertama, persiapan penelitian bukti; kedua, validasi dari temuan; ketiga, sintesis dari temuan dan kumulatif keputusan mengenai dilakukan atau tidak untuk perubahan dilaksanakan dalam praktik; keempat, terjemahan dan praktis penerapan temuan; kelima, evaluasi.

3) Model IOWA, meliputi pertama, evaluasi pengetahuan dan pencetus terjadinya suatu masalah; kedua, mengumpulkan dan kritik bukti; ketiga, keputusan mengenai dilakukan atau tidak perubahan dalam praktik dan apakah memang pantas dimiliki kemudian; keempat, evaluasi dari struktur, proses dan hasil.

f. Keuntungan dan Kerugian Penggunaan *Evidence-based practice*

Menurut Yates (2012) keuntungan dari *evidence-based practice* ialah membantu perawat atau mahasiswa dalam membuat keputusan klinis dilahan praktek berdasarkan pengalaman pribadi atau orang lain serta biaya yang digunakan dalam implementasi *evidence-based practice* tidak banyak, sedangkan kerugian dari *evidence-based practice* adalah waktu yang digunakan lebih banyak dan kerja yang ekstra dalam mengambil keputusan klinis. Perawat atau mahasiswa akan lebih

banyak pekerjaan dalam menentukan intervensi yang akan diberikan pada pasien.

g. Faktor-Faktor yang Memengaruhi *Evidence-based practice*

Menurut Ligita (2012) dan Tilson, et al., (2011) perawat atau tenaga kesehatan lainnya harus memberikan pelayanan terbaik kepada setiap pasien dengan menilai keadaan sekitar atau lingkungan pasien, kondisi pasien dan tujuan klinis yang akan diberikan kepada pasien sebelum membuat keputusan klinis yang terbaik dan tenaga kesehatan harus mengacu pada hasil-hasil penelitian terkini dan terbaik yaitu dengan cara meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan tersebut adapun faktor-faktor yang mendukung dalam penerapan *evidence-based practice* di lahan praktik yaitu pengetahuan, sikap dan perilaku.

Menurut Shi, Chesworth, Law, Haynes dan MacDermid (2014) perilaku penggunaan *evidence-based practice* mengacu pada apakah tenaga kesehatan dapat menerapkan pengetahuan tentang *evidence-based practice* untuk masalah klinis dilahan praktek. Perilaku penggunaan *evidence-based practice* mengacu pada kinerja para praktisi dari kegiatan instrumental yang terkait dengan *evidence-based practice* seperti mencari dan mendapatkan bukti kualitas yang lebih tinggi dalam praktik mereka sendiri.

2. Faktor Perilaku

a. Definisi Perilaku

Perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya sehingga mempunyai bentangan yang sangat luas yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya bisa mencakup: berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian dan lain sebagainya. Termasuk kegiatan internal (*internal activity*) seperti berfikir, persepsi dan emosi. (Notoadmojo, 2010. Wawan & Dewi, 2010. Utami, 2010).

Perilaku dalam *evidence-based practice* (EBP) adalah mempraktikkan temuan-temuan terbaru dalam konteks yang sesungguhnya. Mempraktikkan *evidence-based practice* yang sesungguhnya oleh seorang partisipan diawali dari menilai keadaan sekitar atau lingkungan pasien, penampilan pasien dan tujuan klinisi kepada pasien sesuai dengan fokus pertanyaan-pertanyaan klinis yang akan dijawab sehubungan dengan keadaan pasien (Tilson, et al., 2011).

b. Teori Perilaku Manusia

Teori perilaku menjelaskan bahwa suatu perilaku tertentu dapat membedakan pemimpin dan bukan pemimpin pada orang-

orang dalam buku Wawan & Dewi (2010) mengemukakan bahwa ada Teori X dan Teori Y yaitu:

- 1) Teori X, teori ini menjelaskan bahwa manusia pada dasarnya adalah makhluk pemalas yang tidak suka berkerja serta senang menghindari dari pekerjaan dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Dibutuhkan suatu *trigger* untuk mencapai suatu keinginan.
- 2) Teori Y, teori ini memiliki anggapan bahwa kerja adalah kodrat manusia seperti halnya kegiatan sehari-hari lainnya. Tidak dibutuhkannya *trigger* untuk mencapai tujuan karena prinsipnya bekerja adalah kodrat manusia.

c. Konsep Perilaku Manusia

Skinner (1938) dalam Wawan & Dewi (2010), adalah seorang ahli perilaku mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon) dan membedakan 2 respon, yakni:

- 1) *Respondent respons* atau *reflexive respons* ini mencakup emosi atau *emotional behavior*. *Emotional respons* ini timbul karena hal yang kurang mengenakan organisme yang bersangkutan, *Reflexive respons* muncul oleh rangsangan tertentu. Rangsangan semacam ini disebut *eliciting stimuli* karena menimbulkan respon yang *relative* tetap.
- 2) *Operant respons* atau *instrumental respons* Respon ini muncul dan berkembangnya diikuti oleh rangsang tertentu. Rangsang

semacam ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforce* karena rangsangan tersebut memperkuat respons yang telah dilakukan organisme.

Didalam kehidupan sehari-hari, respons jenis pertama (*Respondent respons* atau *reflexive respons*) sangat terbatas keberadaannya pada manusia. Hal ini disebabkan karena hubungan yang pasti antara stimulus dan respons, kemungkinan untuk memodifikasinya adalah kecil. Sebaliknya (*Operant respons* atau *instrumental respons*) merupakan bagian terbesar dari perilaku manusia dan kemungkinan untuk memodifikasi sangat besar bahkan dapat dikatakan tidak terbatas.

d. Domain Perilaku

Menurut Benyamin Bloom dalam Notoatmodjo (2007), seorang ahli psikologi pendidikan, membagi perilaku manusia ke dalam tiga bentuk yaitu :

1) Kognitif, dimana unsur yang dapat diamati recall of facts, interpretation of data, dan problem solving. Unsur ini berisi kepercayaan individu yang berhubungan dengan hal-hal bagaimana individu mempersepsi terhadap objek sikap dengan apa yang dilihat dan diketahui (pengetahuan), pandangan, keyakinan, pikiran, pengalaman pribadi, kebutuhan emosional, dan informasi dari orang lain. Dalam tingkatan pengetahuan terdiri 6 fase yaitu dimulai dengan tahu (*know*), memahami

(*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*).

2) Afektif, dimana unsur yang dapat diamati adalah receiving, responding, dan internalization. Unsur ini menunjuk pada dimensi emosional subjektif individu terhadap objek sikap, baik yang positif (rasa senang) maupun negatif (rasa tidak senang). Reaksi emosional banyak dipengaruhi oleh apa yang kita percayai sebagai sesuatu yang benar terhadap objek sikap tersebut. Adapun tingkatan dalam sikap yaitu menerima (*receiving*), menanggapi (*responding*), menghargai (*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*).

3) Psikomotor, dimana unsur yang dapat diamati adalah imitation, control dan automatism. Unsur ini disebut juga komponen perilaku, yaitu komponen sikap yang berkaitan dengan predisposisi atau kecenderungan bertindak terhadap objek sikap yang dihadapinya. Adapun tindakan ini dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya yaitu praktik terpimpin (*guided response*) apabila seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan, kedua praktik secara mekanisme (*mechanism*) apabila seseorang telah melakukan sesuatu dan mempraktikan sesuatu secara otomatis, dan adopsi (*adoption*)

suatu tindakan atau mekanisme tetapi sudah dilakukan modifikasi, tindakan atau perilaku yang berkualitas.

e. Bentuk-Bentuk Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2007), dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua.

1) Perilaku Tertutup (*Covert Behavior*) Perilaku tertutup terjadi bila

respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk *covert behavior* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

2) Perilaku Terbuka (*Overt Behavior*) Perilaku terbuka ini terjadi

bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau "*observable behavior*". Bentuk perilaku terbuka diantaranya berupa tindakan nyata atau dalam bentuk praktik.

f. Bentuk – bentuk perubahan perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Bentuk – bentuk perilaku dikelompokkan menjadi tiga yaitu:

1) Perubahan alamiah (*Neonatal Change*) :

Perilaku manusia selalu berubah sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam lingkungan individu sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial, budaya dan ekonomi maka individu akan mengalami perubahan.

2) Perubahan Rencana (*Plan Change*) :

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh individu.

3) Kesiediaan Untuk Berubah (*Readiness to Change*) :

Apabila terjadi sesuatu inovasi di dalam lingkungan, maka yang sering terjadi adalah sebagian individu sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya). Tetapi sebagian individu sangat lambat untuk menerima perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010).

g. Alat ukur Perilaku Penggunaan *Evidence-based practice*

Alat ukur yang digunakan dalam perilaku penggunaan *Evidence-based practice* ialah kuesioner EB PQ (*Evidence-based practice Questioner*) dari Upton & Upton (2006) yang telah dilakukan *cross culture* di Indonesia oleh Fajarini, Rahayu, & Setiawan (2018) yang terdiri dari 6 pertanyaan yaitu;

Pertama, Merumuskan pertanyaan untuk menjawab ketidaktahuan Anda; kedua, Mencari literatur/bukti ilmiah yang relevan setelah merumuskan pertanyaan; ketiga, Menilai secara kritis setiap literatur/bukti ilmiah yang Anda temukan sesuai dengan kriteria tertentu; keempat, Mengintegrasikan literatur/bukti ilmiah yang Anda temukan dengan keahlian Anda; kelima, Mengevaluasi hasil intervensi/pelayanan kesehatan yang Anda berikan; keenam, Membagikan informasi ini dengan rekan kerja.

Menurut Upton & Upton (2006) kuesioner EBPQ merupakan alat ukur untuk mengetahui atau mengeksplorasi penggunaan EBP sehari-hari dalam keperawatan. Dalam kuesioner EBPQ terbagi menjadi tiga *subscale* yaitu pengetahuan dengan nilai tertinggi menunjukkan pengetahuan yang baik, sikap nilai tertinggi menunjukkan sikap positif, dan perilaku nilai tertinggi menunjukkan penggunaan/perilaku yang baik.

Menurut Rubin & Parrish (2010) niat dalam pelaksanaan *evidence-based practice* yakni berniat menggunakan internet dalam mencari, membaca hasil penelitian terbaru, mengandalkan penelitian berbasis bukti, melibatkan klien untuk memutuskan tindakan yang diberikan dan melibatkan tenaga medis lain dalam proses pengambilan keputusan.

3. Konsep Dasar Kesiapan Penerapan pada *Evidence-based practice*

a. Definisi Kesiapan Penerapan pada *Evidence-based practice*

Kesiapan penerapan *evidence-based practice* adalah suatu keterampilan, pengetahuan dan sikap yang memungkinkan untuk membantu mahasiswa profesi ners agar dapat berkontribusi secara produktif terhadap pencapaian tujuan organisasi yang terdapat di lahan praktik (Makki, Salleh, Memon, & Harun, 2015).

Menurut Saunders & Vehvilainen-Julkunen (2015) kesiapan perawat dalam menerapkan *evidence-based practice* meliputi beberapa faktor yang berkaitan dengan sikap mereka terhadap keyakinan tentang *evidence-based practice*, pengetahuan dan perilaku terhadap keterampilan terkait *evidence-based practice*, budaya tempat kerja, kebutuhan dalam informasi, tingkat pendidikan yang lebih tinggi, pengalaman dalam bidang keperawatan lebih pendek dan usia yang lebih muda yang sejalan dengan temuan penelitian sebelumnya.

Menurut AbuRuz, Hayeah, Al-Dweik dan Al-Akash (2017) perawat yang menerapkan *evidence-based practice* membutuhkan keterampilan seperti melakukan pencarian literatur dan mengevaluasi bukti. Pengetahuan, keterampilan, sikap dan praktik adalah kunci penerapan dalam penerapan *evidence-based practice*.

b. Prinsip-Prinsip Kesiapan

Menurut Slameto (2010) prinsip-prinsip kesiapan harus meliputi:

- 1) Semua aspek perkembangan dalam berinteraksi (saling pengaruh dan memengaruhi)
- 2) Kematangan jasmani dan rohani, untuk memperoleh manfaat dari pengalaman
- 3) Pengalaman-pengalaman mempunyai pengaruh yang positif terhadap kesiapan.
- 4) Kesiapan dasar dalam kegiatan tertentu terbentuk dalam periode tertentu selama masa pembentukan dalam masa perkembangan.

c. Komponen Kesiapan Penerapan

Menurut Ligita (2012) kesiapan memiliki 3 point utama pertanyaan klinikal yaitu satu berupa pengetahuan ialah berupa pemahami seseorang tentang statistik dan bahasa dalam artikel penelitian; kedua, keterampilan ialah kemampuan seseorang dalam mencari literatur dan mengevaluasi hasil penelitian sebelum digunakan dalam lahan praktik dan membaca serta memahami artikel penelitian seperti menentukan dan membandingkan penelitian kuantitatif dan kualitatif.

Ketiga, aktivitas yang mengarah kepada *evidence-based practice* seperti Identifikasi sumber daya / kelompok yang secara aktif untuk mendukung *evidence-based practice* dan perawat yang sudah memiliki keahlian di bidang *evidence-based practice* bersedia untuk membimbing perawat klinik yang berminat dalam

menerapkan tindakan yang bersifat *evidence-based practice* di lahan praktek.

d. Alat ukur kesiapan penerapan *evidence-based practice*

Alat ukur yang digunakan untuk kesiapan implementasi dalam *evidence-based practice* ialah kuesioner dari Melnyk (2008) yang terdiri dari 18 pertanyaan yaitu pertama, Saya menggunakan *Evidence-based practice* untuk mengubah praktik klinis saya.; kedua, Saya melakukan penilaian secara kritis terhadap bukti dari studi penelitian.; ketiga, Saya membuat pertanyaan PICO (P: pasien, populasi dan *problem*, I: intervensi atau indikator, C: pembanding atau kontrol, O: hasil) tentang praktik klinis saya. ; keempat, Saya mendiskusikan *Evidence-based practice* dari studi penelitian bersama rekan sejawat secara informal.; kelima, Saya mengumpulkan data terkait masalah pasien.;

Keenam, Saya berbagi *Evidence-based practice* dari studi penelitian dalam bentuk format laporan atau presentasi kepada lebih dari 2 rekan sejawat ; ketujuh, Saya mengevaluasi hasil dari perubahan praktik klinis.; kedelapan, Saya berbagi pedoman *Evidence-based practice* kepada rekan sejawat.; kesembilan, Saya berbagi *Evidence-based practice* dari studi penelitian kepada pasien atau anggota keluarga dari pasien.; kesepuluh, Saya berbagi *Evidence-based practice* dari studi penelitian kepada anggota tim dari berbagai disiplin ilmu; kesebelas, Saya membaca dan menilai studi penelitian klinis secara kritis; kedua

belas, Saya mengakses kumpulan database dari *Cochrane Library* untuk merangkum dan menafsirkan hasil penelitian medis; ketiga belas, Saya mengakses kumpulan database dari *Cochrane Library* untuk merangkum dan menafsirkan hasil penelitian medis;

Keempat belas, Saya menggunakan pedoman *Evidence-based practice* atau ulasan sistematis (*Cochrane Library, NCBI, Google Scholar* dll) untuk mengubah praktik klinis di tempat saya bekerja; kelima belas, Saya mengevaluasi inisiatif keperawatan dengan mengumpulkan hasil data pasien; keenam belas, Saya berbagi data hasil yang telah saya kumpulkan dengan rekan-rekan sejawat; ketujuh belas, Saya mengubah praktik berdasarkan hasil data pasien; kedelapan belas, Saya mempromosikan penggunaan *Evidence-based practice* kepada rekan sejawat saya.

4. Konsep Mahasiswa Program Pendidikan Profesi Ners

a. Definisi Mahasiswa Program Pendidikan Profesi Ners

Mahasiswa adalah mereka yang sedang belajar dan terdaftar sedang menjalani pendidikan di perguruan tinggi dan berkembang menjadi pribadi yang terpelajar dengan wawasan, pengetahuan, keterampilan, nilai dan sikap yang cukup tinggi dan dinamis untuk kehidupan yang maju (Amir, 2010. Hartaji, 2012).

Mahasiswa program profesi ners yang nantinya akan menjadi perawat profesional perlu mempunyai kompetensi yang baik karena selama praktik klinik mahasiswa profesi akan lebih sering berinteraksi dengan pasien. Mahasiswa profesi ners

diharapkan memiliki pengetahuan akan konsep *evidence-based practice* agar dapat memberikan tindakan keperawatan terbaik sesuai dengan temuan penelitian terbaru (Ligita, 2012).

b. Falsafah Mahasiswa Program Pendidikan Profesi Ners

Program pendidikan mahasiswa ners mengacu pada falsafah keperawatan yang menjadi pedoman utama bagi profesi keperawatan. Falsafah keperawatan merupakan nilai, keyakinan dan cara pandang perawat terhadap suatu fenomena. Keperawatan meyakini bahwa manusia merupakan titik sentral setiap upaya dalam pelayanan kesehatan yang akan diberikan dengan menjunjung tinggi nilai kemanusiaan yang sesuai dengan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945.

Keyakinan dalam falsafah keperawatan memandang empat konsep dasar yang dikenal sebagai paradigma keperawatan yaitu manusia, lingkungan, sehat dan keperawatan (AIPNI, 2016).

c. Tujuan Program Pendidikan Profesi Ners

Tujuan yang akan dicapai dalam program studi pendidikan keperawatan profesi ners menyelenggarakan pembelajaran, riset dan pengabdian kepada masyarakat dalam lingkup akademik yang kondusif, aspiratif, transparan dan akuntabel (Kemenkes, 2018). Adapun sasarannya pendidikan profesi ners ialah:

- 1) Terwujudnya sistem pembelajaran yang berorientasi pada mahasiswa (*student centered learning*) dengan memanfaatkan

teknologi terkini dan berbasis sistem penjaminan mutu perguruan tinggi pada setiap semester.

2) Terselenggaranya penelitian dalam bidang keperawatan oleh mahasiswa pada akhir pendidikan dan dosen setiap tahun.

3) Tercapainya pelaksanaan pengabdian kepada masyarakat berdasarkan dengan hasil riset yang bersifat *evidence-based practice* guna untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dan kebijakan program pemerintah setempat pada setiap semester.

4) Terwujudnya tata kelola program yang baik, transparan, aspiratif dan akuntabel (*good governance*).

B. Penelitian Terkait

Adapun penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini, yaitu:

1. Ammouri. Ali A. et al., (2014) meneliti tentang "*Knowledge, Attitude, Practice and Perceived Barriers Among Nurses in Oman*".

Menggunakan metode deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional* kepada 4 rumah sakit rujukan pemerintah sampel terdiri dari 414 responden. Hasil penelitian Ammouri. Ali A. et al. (2014) menunjukkan nilai mean 4.94, standar deviasi 1.25 dan 74.6 % dari 414 responden memiliki sifat positif terhadap perilaku praktik *Evidence-based practice* selama di klinik.

2. AbuRuz ME, et al., (2017) melakukan penelitian tentang "*Knowledge, Attitude, and Practice about Evidence-based practice: A Jordanian Study*". Merupakan penelitian diskriptif dengan pendekatan *cross sectional* pada pengambilan sample menggunakan beberapa kriteria

inklusi peneliti melakukan penelitian kepada 7 rumah sakit utama di Amman, Jordan yaitu 2 rumah sakit rujukan pemerintah, 4 rumah sakit swasta, dan 1 rumah sakit militer dan sampel terdiri 500 responden. Hasil penelitian AbuRuz ME, et al. (2017) menunjukkan nilai mean 3.84, standar deviasi 1.41 dan 42% dari 500 responden menunjukkan nilai positif terhadap perilaku praktik *Evidence-based practice* selama di klinik.

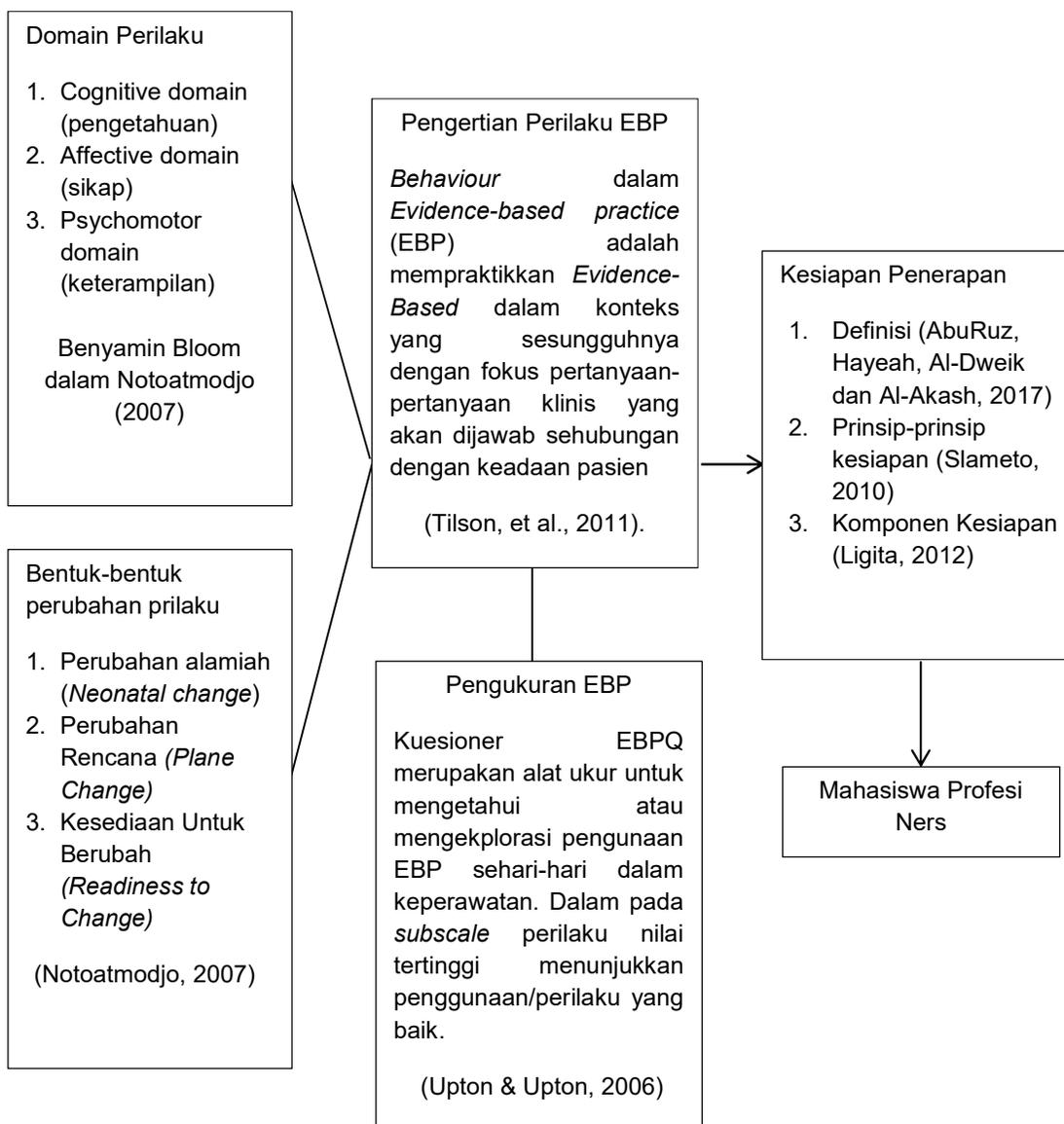
3. Brown, Caroline, et al. (2008) melakukan penelitian terkait "*Nursing Practice, Knowledge, Attitude and Perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical Center*". Merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* penelitian dilakukan pada academic center di California dan menerapkan non probability sampling: Kuota sampling terdiri dari 458 responden. Hasil penelitian Brown (2008) mengungkapkan responden dengan nilai perilaku praktik selalu diikuti dengan nilai pengetahuan dan sikap yang tinggi pula yaitu dengan nilai $r = 0.591$, $P < 0.05$.
4. Melnyk M. B. et al., (2008) melakukan penelitian terkait "*The Evidence-based practice Beliefs and Implementation Scales: Psychometric Properties of Two New Instruments*". Dengan metode *non probability sampling* yaitu *accidental sampling* pada saat peneliti menghadiri lokakarya pendidikan. Sampel penelitian ini berjumlah 394 responden yang semuanya terdiri dari perawat. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan dua kuesioner yaitu

skala Keyakinan EBP nilai *Alpha Cronbach* adalah (0,90) dan untuk skala nilai *Alpha Cronbach* Penerapan EBP adalah (0, 96).

C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori ialah suatu uraian yang menyatakan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor yang penting dalam suatu penelitian (Notoatmodjo, 2014). Adapun kerangka teori dalam penelitian ini sebagai berikut :

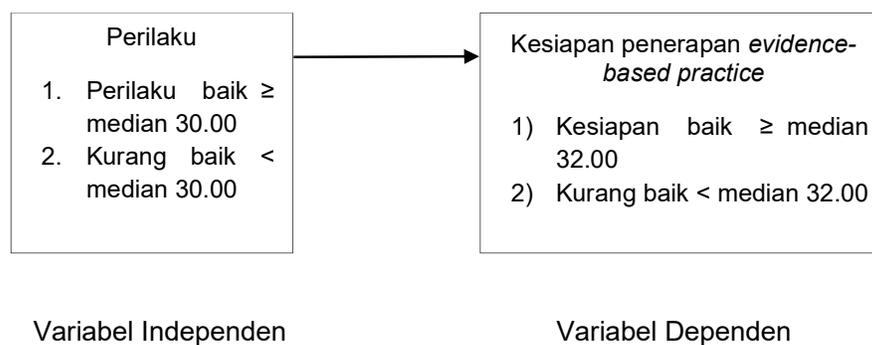
Gambar 2.1
Kerangka Teori Penelitian



D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti), kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori yang ada (Nursalam, 2013). Adapun kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 2.2
Kerangka Konsep Penelitian



E. Hipotesis Penelitian

Menurut Nursalam (2017) hipotesis adalah jawaban sementara dalam penelitian, hipotesis terbagi menjadi 2 yaitu, Hipotesis nol (H_0) dan Hipotesis alternatif (H_a/H_1).

1. Hipotesis Nol (H_0) ialah hipotesis yang bersifat sebab atau akibat
 H_0 : Tidak terdapat hubungan antara perilaku dengan kesiapan penerapan *evidence-based practice* pada mahasiswa profesi ners.
2. Hipotesis Alternatif ialah hipotesis yang menyatakan adanya suatu hubungan, pengaruh, dan perbedaan antara dua atau lebih variabel

Ha : Terdapat hubungan antara perilaku dengan kesiapan penerapan *evidence-based practice* pada mahasiswa profesi ners.

Adapun kesimpulan hipotesis yang akan di dapatkan pada penelitian ini, yaitu:

1. Ha di tolak yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel independen dan variabel dependen.
2. Ha gagal ditolak yang artinya terdapat hubungan yang bermakna antara variabel independen dan variabel dependen.