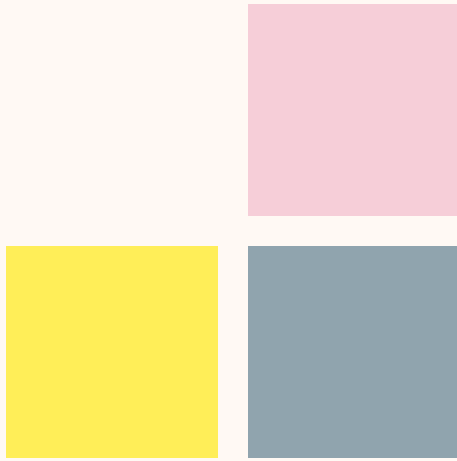




PIKIRAN YANG MENJEBAK

BIAS KOGNITIF DALAM KEPUTUSAN KLINIS

*Buku 3 dari 4 Seri eBook
Gerakan Merawat Tanpa Bias*



Copyright © 2025 Perawat.org
Semua hak cipta dilindungi.

Buku ini merupakan bagian dari Gerakan Merawat Tanpa Bias, dan diterbitkan secara digital oleh [Perawat.org](https://perawat.org).

Tidak untuk diperjualbelikan. Bebas disebarluaskan untuk kepentingan edukasi non-komersial dengan mencantumkan sumber.

Dilisensikan dengan [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Edisi Pertama – 2025

Email: merawattanpabias@gmail.com
www.tanpabias.perawat.org

Disclaimer:
Konten ini untuk tujuan edukasi. Tidak menggantikan nasihat atau konsultasi profesional dalam praktik medis atau keperawatan.

Ditulis oleh Leo Rulino
Ilustrasi oleh Joyce Caleze dengan lisensi Canva Pro

PERAWAT 

KATA PENGANTAR

Ketika niat baik saja tidak cukup

Sebagai perawat, kita mengambil banyak keputusan setiap hari. Dalam waktu singkat, dengan informasi terbatas, dan sering kali di bawah tekanan.

Untuk bertahan di situasi seperti itu, otak menggunakan jalan pintas berpikir yang disebut heuristik.

Namun, jalan pintas ini tidak selalu akurat. Ia dapat menghasilkan distorsi dalam berpikir yang kita kenal sebagai bias kognitif.

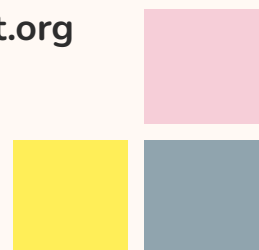
Bias kognitif adalah kesalahan sistematis dalam cara kita menilai, memahami, dan membuat keputusan. Tanpa disadari, bias ini bisa membentuk cara kita menilai pasien, merespon gejala, dan menentukan prioritas tindakan.

Beberapa jenis bias bahkan bisa berdampak langsung terhadap keselamatan pasien, terutama jika tidak dikenali dan dikendalikan.

Bias kognitif bukan sekadar kekeliruan logika. Ia adalah bagian alami dari cara pikir manusia. Tapi di ruang perawatan, bias ini dapat menggerus keadilan, merusak kepercayaan, dan membahayakan keselamatan.

Maka mengenali dan memahami bias kognitif bukan hanya soal berpikir lebih baik, tetapi juga soal merawat lebih bijak.

Leo Rulino
Founder, Perawat.org



ANCHORING BIAS

Bias ini terjadi ketika keputusan kita terlalu dipengaruhi oleh informasi awal yang kita terima, meskipun informasi berikutnya lebih akurat.

Dalam praktik klinis, bias ini bisa menyebabkan tenaga kesehatan menarik kesimpulan terlalu dini dan mengabaikan tanda-tanda baru yang seharusnya mendorong evaluasi ulang.

Contoh: Saat laporan awal menyebut pasien datang karena "panik karena asma", kita cenderung mengabaikan gejala lain yang muncul, bahkan jika ternyata itu serangan jantung.



KASUS LEWIS BLACKMAN

Kisah tragis Lewis Blackman, remaja 15 tahun yang meninggal dunia setelah menjalani operasi elektif pada dinding dada, adalah ilustrasi nyata tentang bahaya anchoring bias.

Dalam laporan Acquaviva et al. (2013), dijelaskan bahwa meskipun operasinya berjalan lancar, namun kondisi Lewis memburuk beberapa hari kemudian.

Ia mengalami nyeri perut hebat, tidak bisa buang air kecil, suhu tubuh menurun, detak jantung meningkat, dan perut membesar, yang mana semua merupakan tanda kegawatan medis.

Namun, tenaga kesehatan tetap berpikir bahwa Lewis hanya menjalani pemulihan normal pascaoperasi.

Mereka menafsirkan gejala-gejala serius sebagai hal ringan, nyeri dianggap efek obat, tekanan darah tak terbaca dianggap karena alat rusak, bukan karena syok.

Bahkan, perawat mencoba tujuh manset tensi berbeda sebelum menyadari kondisinya kritis.

Kerangka berpikir yang terbentuk sejak awal, bahwa Lewis adalah pasien muda dan sehat, tidak berubah meskipun data klinis jelas menunjukkan sebaliknya.

Bias ini diperparah oleh belief perseverance, yaitu kecenderungan untuk tetap bertahan pada keyakinan awal. Begitu sebuah asumsi klinis diungkapkan oleh staf senior, kecil kemungkinan staf lain berani menentangnya.

Dalam kasus Lewis, seorang perawat mencatat bahwa Lewis tampak sangat berkeringat (diaphoretic), tapi catatan itu dihapus setelah berbicara dengan kepala residen. Hierarki rumah sakit membuat perawat merasa tidak berdaya untuk mempertanyakan keputusan senior.

Tak hanya staf medis, keluarga Lewis juga mengalami pengabaian. Meski terus mengungkapkan kekhawatiran, staf menganggap reaksi mereka sebagai “kepanikan orang tua.”

Kasus ini menunjukkan bagaimana anchoring bias dapat bertahan dan diperkuat oleh struktur kekuasaan dalam sistem kesehatan, dan bagaimana hal ini dapat berujung pada tragedi.



CONFIRMATION BIAS

Bias konfirmasi adalah kecenderungan untuk lebih mempercayai informasi yang mendukung keyakinan awal, dan mengabaikan informasi yang bertentangan (Sohan Ramachandran et al, 2024).

Contoh: Jika kita percaya pasien hanya "drama" atau "berlebihan", kita cenderung mengabaikan keluhan nyeri berikutnya.

Dalam situasi klinis yang kompleks, bias ini bisa berdampak besar terhadap keselamatan pasien.

Craske et al. (2017) meneliti hal ini dalam konteks penilaian gejala *withdrawal syndrome* (putus obat) di unit perawatan intensif anak (Pediatric ICU).

Salah satu temuan utamanya adalah perawat tetap meyakini bahwa seorang anak mengalami *withdrawal*, meskipun mereka sendiri menyadari bahwa riwayat penggunaan obat sedatif terlalu singkat untuk menyebabkan ketergantungan.

Dengan kata lain, mereka lebih percaya pada gejala-gejala permukaan (seperti gelisah atau insomnia) karena sesuai dengan dugaan awal, dan mengabaikan fakta klinis yang bertentangan.

Bias konfirmasi sering muncul bersama bias kognitif lainnya, seperti anchoring bias. Dimana kombinasi bias-bias ini dapat memperkuat keyakinan yang salah dan berujung pada intervensi yang tidak sesuai.

Bias konfirmasi bukan hanya masalah pemula. Bahkan perawat berpengalaman pun bisa terjebak (Craske et al, 2017).



AVAILABILITY BIAS

Saat keputusan dipengaruhi oleh informasi yang paling mudah diingat atau paling mencolok, bukan yang paling relevan.

Pernahkah Anda baru saja membaca berita tentang penyakit tertentu, lalu langsung terpikir penyakit itu saat menangani pasien dengan gejala serupa? Jika iya, Anda mungkin sedang mengalami bias ketersediaan (availability bias).

Bias ini terjadi saat kita menilai sesuatu berdasarkan apa yang mudah diingat atau yang paling mencolok, bukan karena data atau bukti yang paling kuat. Ingatan yang masih “hangat” terasa lebih penting, padahal belum tentu benar.

Contoh lain adalah, jika minggu lalu kita merawat pasien dengan gejala stroke ringan, kita lebih cepat mencurigai stroke pada pasien dengan gejala mirip, meskipun kemungkinan lain lebih masuk akal.

Bias ini menjadi lebih kuat dalam kondisi stres tinggi, seperti di ruang IGD, karena otak secara otomatis merujuk pada kasus terakhir yang diingat dengan jelas (Al-Moteri et al., 2020).

Sebuah studi oleh Li et al (2020) menunjukkan bagaimana bias ini bekerja. Mereka membagi 46 dokter muda (residen penyakit dalam) ke dalam dua kelompok. Satu kelompok (eksperimen) diberi tayangan dan artikel tentang demam berdarah (DB). Kelompok lainnya (kontrol) tidak.

Enam jam kemudian, mereka diminta mendiagnosis delapan kasus. Ternyata:

- Kelompok yang baru menonton materi DB sering salah mendiagnosis kasus lain sebagai demam berdarah, meskipun sebenarnya bukan.
- Kesalahan diagnosis bisa mencapai 100% pada beberapa kasus.
- Sementara itu, kelompok kontrol jauh lebih akurat.

Artinya, paparan informasi baru-baru ini tentang penyakit tertentu bisa membuat kita terlalu yakin bahwa pasien mengalami penyakit itu, padahal bisa jadi salah total.

Di studi yang sama, Li et al (2020), juga mencoba strategi penalaran reflektif (berpikir ulang secara lebih dalam) untuk melihat apakah bisa memperbaiki kesalahan diagnosis.

Tapi hasilnya mengejutkan, karena buktinya refleksi tidak selalu membantu. Bahkan, dalam beberapa kasus, akurasi justru menurun.

Ini terjadi karena bias sudah “menempel” sejak awal, pikiran kita cenderung mencari konfirmasi (*confirmation bias*), atau cepat merasa cukup (*premature closure*). Akibatnya, refleksi justru memperkuat keyakinan yang salah.



OVERCONFIDENCE BIAS

Di dunia kesehatan, kita diajarkan untuk percaya diri. Tapi apa jadinya jika percaya diri itu berlebihan? Bukannya membantu, justru bisa membahayakan.

Ini yang disebut sebagai overconfidence bias, yaitu kecenderungan untuk terlalu yakin bahwa penilaian kita pasti benar, bahkan saat bukti tidak mendukung.

Editorial oleh Lowenstein (2022) menyebut bias ini sebagai “ibu dari semua bias” karena dampaknya sangat luas, terutama terhadap keselamatan pasien.

la memberi contoh nyata: ada pasien yang salah diagnosis psoriasis selama lebih dari 10 tahun, padahal sebenarnya menderita sarkoidosis.

Ada juga pasien dengan sindrom langka yang tak terdeteksi karena dokter hanya terpaku pada diagnosis umum yang lebih sering.

Bukan karena tidak tahu, tapi karena terlalu yakin. Dan keyakinan itu menghalangi evaluasi ulang, diskusi terbuka, dan pencarian data baru.



REPRESENTATIVENESS BIAS

Representativeness bias terjadi ketika kita menilai sesuatu berdasarkan kemiripan dengan contoh yang kita kenal, bukan pada kemungkinan sebenarnya.

Bias ini bisa sangat berbahaya dalam pelayanan kesehatan, karena membuat kita mengabaikan gejala serius hanya karena pasien tampak seperti “kasus biasa”.

Contoh nyata bias ini tergambar dalam sebuah studi oleh Brannon dan Carson (2003), Dimana mereka meminta 182 perawat dan mahasiswa keperawatan untuk menilai dua skenario:

- Seorang pasien dengan gejala serangan jantung.
- Seorang pasien dengan gejala stroke.

Lalu, mereka menambahkan informasi sosial dalam skenario, seperti:

- Pasien baru saja kehilangan pekerjaan.
- Pasien tercium bau alkohol.

Hasilnya menunjukkan bahwa:

- Saat ditambah info “kehilangan pekerjaan”, 26% peserta menyimpulkan pasien terkena stres, bukan serangan jantung. Tanpa info itu? Tidak ada yang menyebut stres.
- Saat ada “bau alkohol”, 73% peserta menyimpulkan pasien mabuk, walau pasien menunjukkan gejala stroke yang jelas seperti bicaranya tidak jelas dan lengan lemas

.Ini terjadi karena peserta menilai berdasarkan gambaran “mirip orang stres” atau “mirip orang mabuk”, bukan dari gejala klinis utama.

Ini adalah contoh klasik bias representatif.

Menariknya, studi ini juga menunjukkan bahwa pengalaman atau pendidikan formal tidak otomatis melindungi dari bias ini.

Mahasiswa dan perawat senior sama-sama menunjukkan kecenderungan yang mirip. Ini artinya, siapapun bisa terjebak jika tidak waspada.



FRAMING EFFECT

Efek framing terjadi ketika cara penyajian informasi memengaruhi keputusan, bahkan jika isinya sama.

Dalam layanan kesehatan, efek ini bisa membentuk persepsi pasien terhadap risiko, efektivitas pengobatan, hingga kepatuhan terhadap saran medis.

Sebagai contoh: mana yang terdengar lebih meyakinkan?

- “Obat ini berhasil pada 70 dari 100 pasien.”
- “Obat ini gagal pada 30 dari 100 pasien.”

Kedua pernyataan diatas identik secara statistik. Namun cara penyajiannya yang berbeda bisa memengaruhi respons pembaca.

Menurut Peng et al (2013), ada 5 jenis efek framing dalam dunia kesehatan, antara lain:

FRAMING ATRIBUT

Informasi tentang produk atau prosedur disampaikan dalam format positif atau negatif.

Contoh:

- “70% pasien membaik”
(positif)
- “30% pasien tidak membaik”
(negatif)

Kesan yang ditimbulkan berbeda, padahal datanya sama.

FRAMING TUJUAN

Pasien lebih patuh jika risiko ketidakpatuhan disampaikan secara negatif:

- “Jika tidak patuh, risiko komplikasi meningkat”
- “Jika patuh, kemungkinan sembuh meningkat.”

Pernyataan pertama lebih efektif daripada yang kedua karena disampaikan secara negatif.

RISKY CHOICE FRAMING (OPSI SETARA)

Dalam situasi berisiko tinggi (misalnya penyakit mematikan), framing positif cenderung membuat pasien memilih opsi yang lebih aman.

Sebaliknya, framing negatif bisa membuat pasien bersedia mengambil risiko lebih besar.

RISKY CHOICE FRAMING (OPSI TIDAK SETARA)

Misalnya: pasien lebih suka “harapan hidup 90%” dibanding “risiko kematian 10%”, meskipun artinya sama.

Framing dapat membuat satu pilihan terlihat lebih menarik, meskipun hasil akhirnya serupa.

FRAMING UKURAN ANGKA

Angka kecil lebih menggugah perhatian.

- “10 dari 100 pasien mengalami efek samping”
- “90 dari 100 pasien tidak mengalami efek samping”.

Pernyataan pertama terdengar lebih serius dibanding pernyataan kedua. Efek ini disebut number size framing, dan sering terjadi tanpa disadari.

Sebagai perawat, kita tidak hanya bertugas memberikan informasi, tetapi juga membantu pasien membuat keputusan. Maka, penting bagi kita untuk:

- Menyadari bahwa kata-kata bisa membentuk makna
- Menghindari framing yang tidak netral
- Menyusun komunikasi yang seimbang dan transparan
- Memberikan pilihan dengan bahasa yang konsisten, terutama ketika menyampaikan risiko dan manfaat.

Memahami efek framing bukan hanya soal memilih kata yang tepat, tapi juga soal menghormati hak pasien untuk membuat keputusan yang benar-benar berdasarkan informasi yang tidak bias.

ATTRIBUTION BIAS

Bias atribusi adalah kecenderungan untuk menjelaskan perilaku orang lain berdasarkan sifat pribadi (internal), alih-alih mempertimbangkan faktor situasional (eksternal).

Sederhananya, kita cenderung mengaitkan perilaku orang lain dengan kepribadian mereka, bukan dengan situasi mereka.

Penelitian Bsharat dan Drach-Zahavy (2017) adalah contoh yang baik untuk menggambarkan bias ini.

Mereka menggunakan metode vignette (cerita pendek tentang skenario klinis) untuk menelusuri bagaimana perawat merespons orang tua yang menyuarakan kekhawatiran mereka soal keselamatan anaknya di rumah sakit.

Mereka menggunakan kerangka teori atribusi dari Weiner (1982), yang menilai cara manusia memahami penyebab suatu kejadian berdasarkan tiga dimensi:

- Lokus: apakah penyebab berasal dari dalam diri seseorang atau dari luar,
- Kontrolabilitas: apakah perilaku itu dapat dikendalikan oleh orang tersebut,
- Stabilitas: apakah perilaku tersebut akan terus muncul atau bersifat sementara.

Hasilnya:

- Jika orang tua dalam cerita digambarkan biasanya kooperatif (stabilitas rendah) dan menyuarakan kekhawatiran karena pengalaman pribadi (kontrol rendah), perawat cenderung merespons dengan empati dan bantuan.

- Namun, jika orang tua dianggap sering mengeluh (stabilitas tinggi) dan menyampaikan keluhan karena baca artikel di internet (kontrol tinggi), perawat lebih mungkin mengabaikan keluhan mereka.

Ini adalah bias atribusi dalam praktik nyata, dimana kita menilai siapa yang menyampaikan pesan, bukan apa yang disampaikan.

Padahal, suara orang tua adalah bagian penting dari sistem keselamatan pasien, dan mereka bisa jadi orang pertama yang menyadari bahwa ada sesuatu yang tak beres.



DARI KESADARAN LAHIR PERUBAHAN

Bias kognitif adalah bagian dari cara kerja otak manusia yang bertujuan menyederhanakan pengambilan keputusan.

Namun, di dunia keperawatan yang menuntut ketepatan, empati, dan keadilan, bias ini dapat menimbulkan konsekuensi serius.

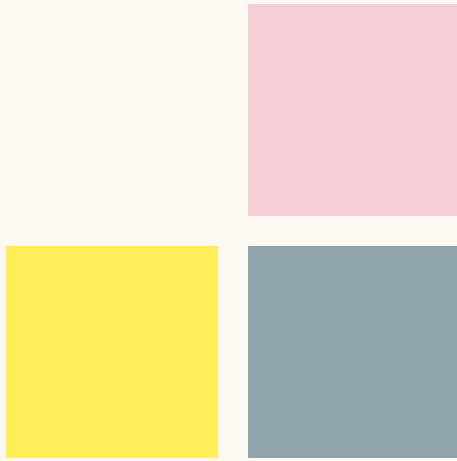
Dari anchoring hingga attribution bias, setiap jenis bias memiliki potensi untuk mempengaruhi penilaian klinis secara tidak sadar.

Dengan mengenali bentuk-bentuk bias ini, kita membuka pintu untuk refleksi, koreksi, dan peningkatan kualitas perawatan.

Kesadaran adalah langkah awal. Refleksi adalah jembatan perubahan. Dan komitmen terhadap keadilan adalah landasan merawat tanpa bias.



*Karena semua berhak dirawat
tanpa prasangka...*



TENTANG GERAKAN MERAWAT TANPA BIAS

Merawat Tanpa Bias (MTB) adalah gerakan kolaboratif dari Perawat.org untuk mendorong perawat Indonesia mewujudkan perawatan yang adil, inklusif, dan bebas prasangka.

Melalui edukasi, kampanye digital, dan komunikasi publik, MTB membangun komunitas perawat yang sadar akan keadilan dan berkomitmen menciptakan budaya perawatan yang manusiawi dan setara bagi semua.

Kami percaya, perubahan dimulai dari kesadaran, dan tumbuh lewat kolaborasi.

Jika Anda percaya bahwa setiap orang berhak dirawat tanpa prasangka, mari bergabung bersama gerakan ini.

Bagikan e-book ini.

Gunakan sebagai bahan diskusi, refleksi, atau pelatihan di tempat Anda bekerja.

Bergabung dalam komunitas perawat yang peduli pada keadilan kesehatan (*health equity*)

Selengkapnya di:
www.tanpabias.perawat.org

Ikuti kami di Instagram:
@perawat.ig, dan TikTok
@perawat.org

Merawat Tanpa Bias
Untuk perawatan yang adil,
inklusif, dan bebas dari
prasangka.

REFERENSI

- Acquaviva, K., Haskell, H., & Johnson, J. (2013). Human cognition and the dynamics of failure to rescue: the Lewis Blackman case. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 29(2), 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.12.009>
- Al-Moteri, M.O., Cooper, S.J., Symmons, M., & Plummer, V. (2020). Nurses' cognitive and perceptual bias in the identification of clinical deterioration cues. *Australian Critical Care*, 33(4), 333–342. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.08.006>
- Brannon, L. A., & Carson, K. L. (2003). The representativeness heuristic: influence on nurses' decision making. *Applied nursing research : ANR*, 16(3), 201–204. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(03\)00043-0](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(03)00043-0)
- Bsharat, S., & Drach-Zahavy, A. (2017). Nurses' response to parents' 'speaking-up' efforts to ensure their hospitalized child's safety: an attribution theory perspective. *Journal of advanced nursing*, 73(9), 2118–2128. <https://doi.org/10.1111/jan.13282>
- Craske, J., Carter, B., Jarman, I. H., & Tume, L. N. (2017). Nursing judgement and decision-making using the Sedation Withdrawal Score (SWS) in children. *Journal of advanced nursing*, 73(10), 2327–2338. <https://doi.org/10.1111/jan.13305>
- Li, P., Cheng, Z. Y., & Liu, G. L. (2020). Availability Bias Causes Misdiagnoses by Physicians: Direct Evidence from a Randomized Controlled Trial. *Internal medicine (Tokyo, Japan)*, 59(24), 3141–3146. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.4664-20>

- Lowenstein E. J. (2019). Patient safety and the mother of all biases: Overconfidence. *International journal of women's dermatology*, 6(2), 127–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2019.09.005>
- Peng, J., Li, H., Miao, D., Feng, X., & Xiao, W. (2013). Five different types of framing effects in medical situation: a preliminary exploration. *Iranian Red Crescent medical journal*, 15(2), 161–165. <https://doi.org/10.5812/ircmj.8469>
- Sohan Ramachandran, S., Padyala, P., Park, J., Aithagoni, R. G., Pokala, V.H., Mohamed, M.I.M., Bethala, K., & Nandennagari, S. (2024, October 1). Confirmation bias effects on healthcare & patients: A literature review. *MCMS: International Journal of Health Sciences and Research*, 07(242). <https://doi.org/10.55162/MCMS.07.242>
- Thirsk, L. M., Panchuk, J. T., Stahlke, S., & Hagtvedt, R. (2022). Cognitive and implicit biases in nurses' judgment and decision making: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 133, 104284. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104284>

PERAWAT.ORG MERAWAT
TANPA
BIAS 