



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH SUPERVISI REFLEKTIF INTERAKTIF TERHADAP
KETERAMPILAN BERPIKIR KRITIS PERAWAT DALAM
MELAKSANAKAN ASUHAN KEPERAWATAN DI IRNA
RS.Dr.H.M.ANSARI SALEH BANJARMASIN**

TESIS

RUSMEGAWATI

0906504940

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH SUPERVISI REFLEKTIF INTERAKTIF TERHADAP
KETERAMPILAN BERPIKIR KRITIS PERAWAT DALAM
MELAKSANAKAN ASUHAN KEPERAWATAN DI IRNA
RS.Dr.H.M.ANSARI SALEH BANJARMASIN**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

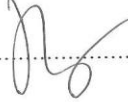
RUSMEGAWATI

0906504940

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPEMIMPINAN
DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Rusmegawati
NPM : 0906504940
Tanda Tangan : 
Tanggal : 04 Juli 2011

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 04 Juli 2011



Rusmegawati

HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul:

**PENGARUH SUPERVISI REFLEKTIF INTERAKTIF TERHADAP
KETERAMPILAN BERPIKIR KRITIS PERAWAT DALAM
MELAKSANAKAN ASUHAN KEPERAWATAN DI IRNA
RS.Dr.H.M.ANSARI SALEH BANJARMASIN**

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 04 Juli 2011

Pembimbing I



Hanny Handiyani, SKp., M.Kep.

Pembimbing II



Sigit Mulyono, SKp., MN


HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Rusmegawati
NPM : 0906504940
Program Studi : Magister Kepemimpinan dan Manajemen
Keperawatan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Program Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Hanny Handiyani, SKp., M.Kep. ()

Pembimbing II : Sigit Mulyono, Skp., MN ()

Penguji : Imam Makhrus, SKp., M.Kep ()

Penguji : Ns. Sukihananto, S.Kep., M.Kep ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 04 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis berjudul **“Pengaruh Supervisi Reflektif Interaktif terhadap Keterampilan Berpikir Kritis Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di IRNA RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin”**. Penulisan ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

Dukungan berbagai pihak sangat membantu penulis dalam penyelesaian tesis ini, terutama dari pihak manajemen FIK UI, untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawaty, MA. PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN. selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Krisna Yetti, SKp., M.App. Sc sebagai koordinator Mata Ajar Tesis.

Penulis juga menyadari telah menerima bantuan dan bimbingan yang tak terhingga selama masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

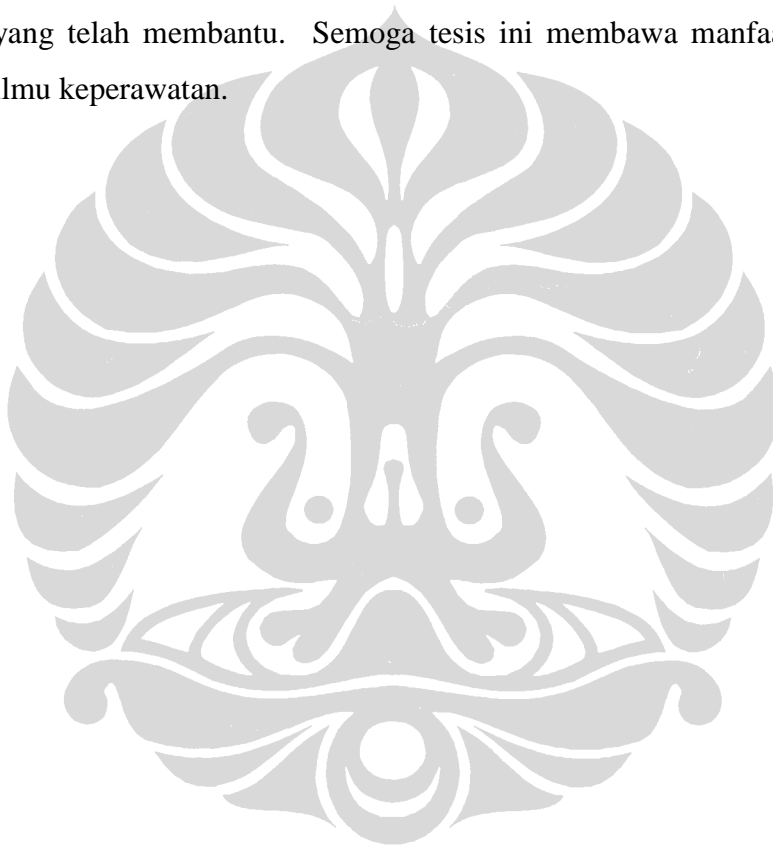
1. Ibu Hanny Handiyani, SKp., M.Kep. selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran dalam mengarahkan penulis dalam menyusun tesis ini.
2. Bapak Sigit Mulyono, SKp., MN. selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran dalam mengarahkan penulis dalam menyusun tesis ini.
3. Bapak Dr. Luthfy Mahatma Hadi, Sp.Rad. selaku Direktur RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin yang telah memberikan ijin melakukan penelitian pada kelompok intervensi.

4. Bapak Dr. Abimayu, Sp.PD. selaku Direktur RSUD Ulin Banjarmasin yang telah memberikan ijin melakukan penelitian pada kelompok kontrol.
5. Teman-teman sejawat perawat di instalasi rawat inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh dan RSUD Ulin Banjarmasin yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
6. Suami, anak-anak, kedua orang tua, dan keluarga besar tercinta yang telah memberikan dukungan material dan moral selama ini.
7. Teman-teman yang banyak membantu dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, 04 Juli 2011

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rusmegawati
NPM : 0906504940
Program Studi : Magister Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan
Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non eksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**PENGARUH SUPERVISI REFLEKTIF INTERAKTIF TERHADAP
KETERAMPILAN BERPIKIR KRITIS PERAWAT DALAM
MELAKSANAKAN ASUHAN KEPERAWATAN DI INSTALASI RAWAT
INAP RS.DR.H.M.ANSARI SALEH BANJARMASIN**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 04 Juli 2011

Yang menyatakan



(Rusmegawati)

ABSTRAK

Nama : Rusmegawati

Program Studi : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Judul : Pengaruh Supervisi Reflektif Interaktif terhadap Keterampilan Berpikir Kritis Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin

xvi +108 hal+ 24 tabel+ 6 diagram+ 14 lampiran

Perawat perlu keterampilan berpikir kritis dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang dapat ditingkatkan melalui supervisi model reflektif interaktif. Penelitian *quasi experiment pre-post test with control group* ini bertujuan membuktikan pengaruh supervisi model reflektif interaktif terhadap keterampilan berpikir kritis 61 perawat pada kelompok intervensi di RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin dan didukung oleh 61 perawat pada kelompok kontrol. Penelitian ini menggunakan instrumen uji keterampilan berpikir kritis dengan validitas 0,160-0,488 (r 0,250) dan *Cronbach's Alpha* 0,745. Hasil membuktikan ada pengaruh supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan (p 0,0001; α 0,05). Supervisi model reflektif interaktif dapat menjadi salah satu model supervisi dalam manajemen keperawatan ruang rawat.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, berpikir kritis, supervisi reflektif interaktif.
Pustaka : 108 (1987-2011)

ABSTRACT

Title : Effect of Reflectively Interactive Supervision toward Nurses Critical Thinking Skills in Nursing Care at Inpatient Unit Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin Hospital

Nurses need critical thinking skills in performing nursing care that can be improved through an interactively reflective supervision model. Quasi experiment research with pre-post test control group aimed to prove the influence of interactively reflective supervision model of critical thinking skills of 61 nurses in the intervention group at inpatient unit Dr. H. M. Ansari Saleh Hospital and supported by 61 nurses in the control group. This study used critical thinking skills test instrument and validity was .160 to .488 (r 0,250) and Cronbach's Alpha 0.745. The results proved there was the influence of supervision on critical thinking skills of nurses in implementing nursing care (p 0.0001; α 0.05). Reflectively interactive of supervision model can be one model of supervision in the management of ward nursing.

Keywords : Critical thinking, reflectively interactive supervision, nursing care.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Pernyataan Orisinalitas	ii
Pernyataan Bebas Plagiat	iii
Lembar Persetujuan	iv
Halaman Pengesahan	v
Kata Pengantar	vi
Pernyataan Persetujuan Publikasi	viii
Abstrak	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Diagram	xv
Daftar Lampiran	xvi
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Berpikir Kritis	
2.1.1 Pengertian	12
2.1.2 Karakteristik Berpikir Kritis	13
2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Berpikir Kritis	17
2.1.4 Keterampilan Kognitif	19
2.1.5 Penyelesaian Masalah, Pengambilan Keputusan, dan Berpikir Kritis	21
2.1.6 Manfaat dan Hambatan Berpikir Kritis	23
2.1.7 Berpikir Kritis dalam Asuhan Keperawatan	23
2.1.8 Instrumen Pengukuran Kemampuan Berpikir Kritis	28
2.2 Karakteristik Perawat dan Keterampilan Berpikir Kritis	30
2.3 Supervisi	33
2.3.1 Konsep Dasar Supervisi	33
2.3.2 Model Supervisi	38
2.3.3 Supervisi dalam Manajemen Keperawatan	44
2.4 Kerangka Teori	46
 BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	49
3.2 Hipotesis	51
3.3 Definisi Operasional	51

DAFTAR ISI

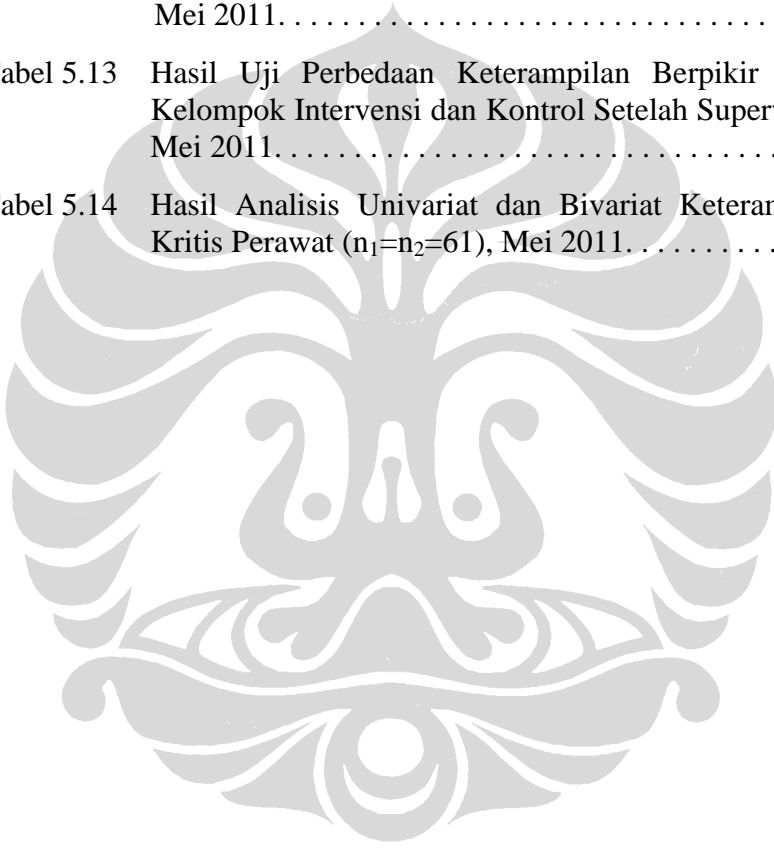
	Halaman
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1	Desain Penelitian 54
4.2	Populasi dan Sampel 56
4.3	Tempat Penelitian 59
4.4	Etika Penelitian 59
4.4.1	Prinsip Etik 60
4.4.2	<i>Informed Consent</i> 61
4.5	Alat Pengumpulan Data 62
4.6	Uji Instrumen 63
4.6.1	Uji Validitas 64
4.6.2	Uji Reliabilitas 64
4.6.3	Uji Kesamaan Persepsi (<i>Interrater Reliability</i>) 65
4.7	Prosedur Pengumpulan Data 66
4.7.1	Persiapan 66
4.7.2	Pelaksanaan 68
4.8	Pengolahan dan Analisis Data 74
4.8.1	Pengolahan Data 74
4.8.2	Analisis Data 75
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1	Analisis Univariat 77
5.1.1	Keterampilan Berpikir Kritis Perawat 77
5.1.2	Karakteristik Perawat 80
5.1.2	Pelaksanaan Supervisi 82
5.2	Analisis Bivariat 83
5.2.1	Uji Kesetaraan 83
5.2.2	Uji Perbedaan 85
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1	Keterampilan Berpikir Kritis Perawat 88
6.2	Karakteristik Perawat 89
6.3	Pelaksanaan Supervisi 93
6.4	Pengaruh Supervisi terhadap Keterampilan Berpikir Kritis Perawat 96
6.5	Penerapan Supervisi Reflektif Interaktif dalam Fungsi Manajemen Keperawatan 101
6.6	Keterbatasan Penelitian 104
6.7	Implikasi Hasil Penelitian 105
BAB 7 PENUTUP	
7.1	Simpulan 106
7.1	Saran 107
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Dependen	52
Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel Independen	53
Tabel 4.1	Jumlah Sampel Kelompok Intervensi di Instalasi Rawat Inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin, Mei 2011	58
Tabel 4.2	Jumlah Sampel Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap Non Bedah RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2011.	58
Tabel 4.3	Hasil Validitas Dan Reliabilitas Instrumen B Pengukuran Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan, Mei 2011	65
Tabel 4.4	Hasil Uji <i>Interrater reliability</i> pada Supervisor, Mei 2011.	66
Tabel 4.5	Pemetaan SDM Perawat untuk Kegiatan Penelitian, Mei 2011.	67
Tabel 4.6	Alur Kegiatan Intervensi Supervisi, Mei 2011	72
Tabel 4.7	Uji Kesetaraan	76
Tabel 4.8	Uji Perbedaan.	76
Tabel 5.1	Distribusi Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum Supervisi (n=122), Mei 2011	77
Tabel 5.2	Distribusi Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok Intervensi dan Kontrol Setelah Supervisi (n=122), Mei 2011	78
Tabel 5.3	Keterampilan Berpikir Kritis Perawat setelah Supervisi Reflektif Interaktif Berdasarkan Karakteristik Perawat, Mei 2011 (n ₁ =n ₂ =61)	80
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat Jenis Data Katagorik Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=61), Mei 2011.	81
Tabel 5.5	Distribusi Karakteristik Perawat Jenis Data Numerik Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=122), Mei 2011.	81
Tabel 5.6	Pelaksanaan Supervisi, Mei 2011	82
Tabel 5.7	Kesetaraan Karakteristik Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Perawat Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=122), Mei 2011	83
Tabel 5.8	Kesetaraan Karakteristik Umur dan Masa Kerja Perawat Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=122), Mei 2011	84
Tabel 5.9	Kesetaraan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Sebelum Supervisi Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=122), Mei 2011.	84

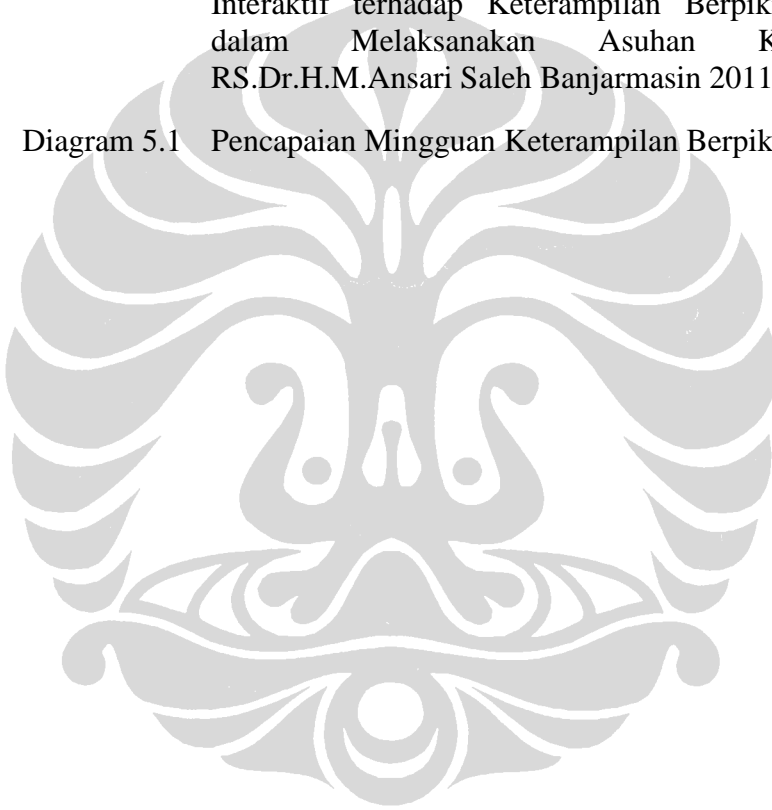
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 5.10 Hasil Uji Perbedaan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok Intervensi Sebelum dan Setelah Supervisi ($n_1= 61$), Mei 2011	85
Tabel 5.11 Hasil Uji Perbedaan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok Kontrol Sebelum dan Setelah Supervisi ($n_2= 61$), Mei 2011.....	85
Tabel 5.12 Hasil Uji Perbedaan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok Intervensi dan Kontrol Setelah Supervisi ($n_1=n_2=61$), Mei 2011.....	86
Tabel 5.13 Hasil Uji Perbedaan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok Intervensi dan Kontrol Setelah Supervisi ($n_1=n_2=61$), Mei 2011.....	87
Tabel 5.14 Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Keterampilan Berpikir Kritis Perawat ($n_1=n_2=61$), Mei 2011.....	87



DAFTAR DIAGRAM

	Halaman
Diagram 2.1 Hubungan Berpikir Kritis, Penyelesaian Masalah, dan Pengambilan Keputusan	22
Diagram 2.2 Kerangka Teori	48
Diagram 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	50
Diagram 4.1 Desain Penelitian	54
Diagram 4.2 Kerangka Kerja Penelitian Penerapan Supervisi Reflektif Interaktif terhadap Keterampilan Berpikir Kritis Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin 2011	73
Diagram 5.1 Pencapaian Mingguan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat..	79



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 3 Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 4 Permohonan Ijin Penelitian
 - a. Kepada Direktur RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin
 - b. Kepada Direktur RS.Ulin Banjarmasin
- Lampiran 5 Persetujuan Pelaksanaan Penelitian
 - a. RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin
 - b. RS.Ulin Banjarmasin
- Lampiran 6 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 7 Lembar Persetujuan
- Lampiran 8 Kisi-Kisi Instrumen Pengukuran Keterampilan Berpikir Kritis
- Lampiran 9 Instrumen Data Karakteristik
- Lampiran 10 Instrumen Pengukuran Keterampilan Berpikir Kritis
- Lampiran 11 Format Observasi Pencapaian Perawat
- Lampiran 12 Format Pelaksanaan Supervisi oleh Supervisor
- Lampiran 13 Pedoman Pelatihan & Materi Supervisi Reflektif Interaktif
- Lampiran 14 Peta Rumah Sakit

BAB 1 PENDAHULUAN

Bab ini menyampaikan latar belakang penelitian, rumusan masalah, pertanyaan penelitian, tujuan, dan manfaat penelitian. Uraian ini diperlukan sebagai dasar dalam melaksanakan penelitian.

1.1 Latar Belakang

Perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan informasi pada abad ini menyebabkan perubahan perspektif pelanggan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan bermutu menjadi pilihan utama. *Provider* pelayanan kesehatan termasuk keperawatan dituntut memberikan pelayanan terbaik dengan jaminan mutu. Pendekatan jaminan mutu layanan kesehatan merupakan salah satu cara langsung melayani klien (Pohan, 2007). Pelayanan keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan meningkatkan mutu pelayanan melalui peningkatan mutu asuhan keperawatan.

Mutu asuhan keperawatan menjadi alat utama menjaga kepercayaan pelanggan pelayanan. Asuhan keperawatan bermutu dilakukan dengan meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat dalam melakukan proses keperawatan. Pelayanan keperawatan didasarkan pada pendekatan pengambilan keputusan yang dapat ditingkatkan dengan berpikir kritis (Ignatavicius & Workman, 2006).

Berpikir kritis dalam keperawatan merupakan keterampilan berpikir perawat menguji berbagai alasan secara rasional sebelum mengambil keputusan dalam asuhan keperawatan. Berpikir kritis dalam asuhan keperawatan memberikan jaminan keamanan dan memenuhi standar pelayanan. Berpikir kritis merupakan suatu pengujian yang rasional terhadap beberapa ide, kesimpulan, prinsip, argumen, penjelasan, persoalan, pernyataan, keyakinan dan tindakan, serta inti dari praktik keperawatan profesional (Ignatavicius, 2001; Potter & Perry, 1997; Taylor, 2006). Berpikir kritis menjadi bagian tak terpisahkan dari asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat.

Perawat bertanggung jawab untuk berpikir kritis ketika mengambil keputusan dalam asuhan keperawatan. Tim kerja perawat mengasuh klien selama perawatan,

menghadapi respon klien yang tidak sama dan terkadang tidak ada dalam teori. Perawat dituntut berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan (Potter & Perry, 1997).

Berpikir kritis penting dilakukan sebelum mengambil keputusan dalam asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan salah satu metode ilmiah dalam penyelesaian masalah klien. Kemampuan perawat mengidentifikasi masalah klien dan memilih solusi intervensi yang tepat tidak lepas dari kemampuan perawat berpikir kritis, yaitu kemampuan perawat menggali alasan berdasarkan *evidence base* dari setiap problem dan solusi yang teridentifikasi. Kemampuan berpikir kritis dan disposisinya dapat digunakan ketika menyelesaikan masalah keperawatan (Zori & Morrison, 2009).

Masalah keperawatan klien dikelola oleh perawat yang telah melewati pendidikan keperawatan dan semestinya telah mengenal keterampilan berpikir kritis. Keterampilan berpikir kritis sangat dibutuhkan di area praktik sebagai aplikasi dari keterampilan yang didapat di area pendidikan. Turner (2005) menyatakan berpikir kritis berada pada area pendidikan dan praktik keperawatan. Pendidikan di Indonesia sejak tahun 2000 mengakui berpikir kritis dalam pendidikan keperawatan melalui Keputusan menteri pendidikan nasional No.232/U/2000 dan No.045/U/2002. Kurikulum berbasis kompetensi mengharapkan *output* pendidikan memiliki kemampuan mengintegrasikan *intellectual skill, knowledge* dan *afektif* dalam sebuah perilaku secara utuh (Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, 2008). Perubahan kurikulum pendidikan ini berdampak terhadap *output* pendidikan terutama variasi dalam keterampilan berpikir kritis perawat yang lulus sebelum dan sesudah perubahan kurikulum.

Kemampuan berpikir kritis perawat yang belum berpengalaman cenderung masih rendah. Dari beberapa hasil riset dinyatakan bahwa perawat baru terdaftar memiliki keterampilan berpikir kritis kurang, temuan 65-76% dari perawat terdaftar yang belum berpengalaman tidak mempunyai kemampuan berpikir kritis (Del Bueno, 2006; Shell, 2001). Masalah klien tidak mungkin dikelola dengan aman apabila perawat tidak dapat berpikir kritis dalam memberikan asuhan

keperawatan. Perawat diharapkan mampu secara akurat mengenali data klinis pasien atau fokus pada masalah yang utama.

Keakuratan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan menjadi alasan pentingnya meningkatkan keterampilan berpikir kritis. Kemampuan berpikir kritis yang baik membuat perawat jeli dalam mengkaji sampai dengan merumuskan diagnosa keperawatan. Kompetensi perawat sebagai penerapan pengetahuan, keterampilan dan penilaian yang efektif dalam kinerja dengan mencerminkan pemahaman dan keputusan menggunakan pengetahuan, berbagai keterampilan kognitif, psikomotor dan interpersonal, serta berbagai atribut pribadi dan sikap, riset menyatakan berpikir kritis menunjang keakuratan perawat dalam penentuan diagnosa keperawatan (*International Council of Nurse*, 2009; Lunney, 2010).

Pengembangan keterampilan berpikir kritis memerlukan latihan bagi perawat dan perlu dukungan. Hakim (2009) dan Susan, et al (2010) melakukan riset tentang keterampilan berpikir kritis perawat menyatakan aplikasi berpikir kritis perawat memerlukan dukungan dan lingkungan yang kolaboratif dan riset ini merekomendasikan penelitian lebih lanjut mengenai suatu strategi yang dapat mendukung pengembangan dan penggunaan berpikir kritis dalam keperawatan. Beberapa riset telah dilakukan untuk mendukung pengembangan keterampilan berpikir kritis perawat.

Pengembangan berpikir kritis merupakan peningkatan kemampuan berpikir lebih mendalam ketika perawat melakukan asuhan keperawatan. Berpikir kritis dengan merenungkan subyek khususnya pendapat dan berpikir lebih mendalam untuk memahami dan mengevaluasi (Rubenfeld & Scheffer, 2000). Pengembangan berpikir kritis melalui pendalaman pemikiran ini dapat dilakukan dengan berbagai cara. Beberapa hasil riset menyatakan pengembangan berpikir kritis perawat dapat dilakukan dengan menganalisis dan mengkritisi jurnal riset, melatih intelegensi sosial dan emosional, melakukan riset, menganalisis kejadian kritis, konsep *mapping*, studi kasus, *role play*, dan dialog (Facione & Facione, 2008; Raymond & Profetto-McGrath, 2005; Toofany, 2008; Zori & Morrison, 2009).

Pengembangan berpikir kritis perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dapat dilakukan melalui supervisi. Penerapan model supervisi dapat disesuaikan dengan situasi dan kebutuhan. Supervisi model reflektif merupakan salah satu model supervisi yang bertujuan agar perawat dapat berpikir lebih mendalam dengan metode ini dapat membantu perawat melatih proses berpikir dan meningkatkan keterampilan berpikir kritis Daly et, al. (2004 dalam Lynch, et al, 2008). Supervisi dengan model reflektif merupakan supervisi dengan mengarahkan perawat untuk berpikir mendalam ketika melakukan asuhan keperawatan. Lynch, et al, (2008) menyatakan berdasarkan dari kajian terhadap beberapa literatur model supervisi reflektif masih relevan sampai saat ini.

Supervisi dengan model interaktif merupakan salah satu model supervisi untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan. Supervisi dengan model interaktif merupakan model supervisi yang banyak diterapkan dalam pelayanan keperawatan (Brunero & Stein-Parbury, 2008). Supervisi interaktif menerapkan tiga fungsi supervisi meliputi fungsi meningkatkan keterampilan dan riset pelayanan keperawatan, fungsi mempromosikan dan audit standar pelayanan keperawatan dan fungsi memberikan dukungan bagi pemberi layanan keperawatan dalam menghadapi tantangan tugas.

Supervisi merupakan suatu kegiatan pengendalian dengan pengarahan, dukungan dan bimbingan kepada perawat pelaksana untuk menjamin pencapaian tujuan kegiatan. Supervisor menjadi tempat bertanya dan berdiskusi terutama terhadap kesulitan yang dihadapi perawat pelaksana. Supervisi merupakan pertukaran informasi diantara perawat untuk mengembangkan keterampilan profesional dan fungsi inti supervisi dalam keperawatan mencakup pendidikan dan dukungan untuk perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu (Butterworth, Bishop, & Carson, 1992; Lynch, et al, 2008; Sloan, 2005).

Supervisi dilakukan oleh supervisor kepada perawat pelaksana secara berjenjang. Supervisi dilakukan dari atasan kepada bawahan, misalnya dari kepala ruang kepada ketua tim dan dari ketua tim ke perawat pelaksana. Umumnya kepala ruang dan ketua tim ditentukan karena mempunyai pengalaman dan masa kerja di lapangan. Bekal pengalaman dan masa kerja membantu supervisor memberikan

informasi, dukungan, dan bimbingan kepada perawat yang disupervisi. Hasil penelitian menyatakan supervisor haruslah seorang manajer yang berpengalaman, terdapat perbedaan signifikan dari nilai supervisi terkait dengan pengalaman kerja (Bittel & Newstrom, 1990; Cutcliff & Hyrkas, 2006).

Perawat saat melakukan asuhan keperawatan perlu disupervisi, untuk mengetahui sejauh mana dan bagaimana rencana keperawatan telah dilaksanakan. Supervisi dilakukan untuk memastikan perawat mengerjakan tugas sesuai dengan standar dan kewenangan dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Supervisi menjadikan setiap orang berfokus mengerjakan tugas mereka masing-masing (Karvinen & Hyrkas, 2008). Pelayanan keperawatan yang dilakukan perawat sepanjang waktu menangani berbagai masalah dan tantangan sehingga dengan adanya supervisi dapat membantu perawat melalui bimbingan, dukungan dan motivasi dari supervisor. Supervisi membantu memberikan dukungan dan mengurangi tekanan stress para perawat, mempromosikan tanggung jawab profesi, pengembangan keterampilan serta pengetahuan (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Kegiatan supervisi keperawatan sebagai salah satu kegiatan manajemen yang harus dilaksanakan saat ini masih menjadi kekurangan, karena belum terlaksana dengan tepat. Selama ini supervisi praktik keperawatan pada banyak fasilitas pelayanan diketahui tidak cukup adekuat (Dellfield, 2008). Hal ini juga sesuai dengan beberapa hasil penelitian di Indonesia pada beberapa rumah sakit yang menyatakan bahwa kegiatan supervisi keperawatan masih belum maksimal (Hamzah, 2001; Izzah, 2003). Supervisi klinik dalam keperawatan mengawal pencapaian tujuan pelayanan bermutu.

Supervisi memberikan bimbingan, dukungan dan membantu perkembangan profesional perawat. Supervisi dalam pelayanan keperawatan bertujuan menjaga dan meningkatkan kualitas dan mensosialisasikan standar pelayanan (Cutcliff & Hyrkas, 2006). Ada peningkatan bermakna (18,5%) pada motivasi kerja dan kinerja perawat setelah mendapat pelatihan asuhan keperawatan dan disupervisi oleh kepala ruang yang telah dilatih dan dibimbing supervisi (Saefulloh, 2009). Supervisi keperawatan menjadi salah satu solusi untuk meningkatkan pendokumentasian asuhan. Supervisi merupakan variabel dominan yang

berhubungan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan (Lusianah, 2008). Supervisi keperawatan mempunyai manfaat terhadap asuhan keperawatan secara umum.

Supervisi dilakukan di area praktik, sebagai tempat perawat melakukan asuhan keperawatan. Tantangan pelayanan bermutu di area praktik keperawatan memerlukan supervisi untuk menjamin pencapaian mutu tersebut. Supervisi membantu perawat pelaksana meningkatkan keterampilan profesional dan mengatasi stress dalam lingkungan kerja. Praktik keperawatan dapat dikembangkan melalui salah satu cara terbaik adalah supervisi dan telah diakui sebagai salah satu cara efektif mengenalkan standar keperawatan dalam praktik keperawatan (Fowler, 1996; Jones, 2006; Sexton-Breadshaw, 1999). Supervisi dalam pelayanan keperawatan dapat diaplikasikan di area praktik seperti rumah sakit.

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Rumah Sakit Umum Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin memberikan pelayanan keperawatan sebagai salah satu pelayanan kesehatan. Rumah sakit ini merupakan Rumah Sakit pemerintah provinsi Kalimantan Selatan dengan tipe B Non Pendidikan memiliki fasilitas pelayanan medik dan keperawatan terdiri 4 instalasi yaitu instalasi rawat inap, rawat jalan, gawat darurat (IGD) termasuk VK bersalin, kamar operasi dan *Intensive Care Unit* (ICU). Instalasi rawat inap memiliki 10 (sepuluh) ruang rawat dengan fasilitas kamar VIP, kelas 1,2 dan 3 terdiri 208 tempat tidur. Tenaga keperawatan sampai dengan Desember 2010 berjumlah 319 orang tersebar di seluruh instalasi, instalasi rawat inap memiliki tenaga 207 orang perawat.

Indikator kinerja Rumah Sakit Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin tahun 2010 *bed occupancy rate* (BOR) 64,67% (Standar 60-85%), *length of stay* (LOS) 7 hari (Standar 6-9 Hari), *turn over interval* (TOI) 3 hari (Standar 1-3 hari), *bed turn over* (BTO) 39x/th (Standar 40-50x/Tahun), *gross death rate* (GDR) 32‰ (Standar <45‰) dan *net death rate* (NDR) 17‰ (Standar <25‰) (Sub.Bid.PPL, 2010). Indikator kinerja rumah sakit ini menjadi salah satu alasan bagi manajemen rumah sakit untuk melakukan strategi peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.

Manajemen rumah sakit meningkatkan pelayanan dengan berpedoman pada visi, misi dan strategi rumah sakit.

Salah satu misi Rumah Sakit Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin adalah meningkatkan dan mengembangkan kualitas pelayanan dan sumber daya manusia. Pengembangan kualitas pelayanan dan sumber daya manusia dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan. Setiap perawat minimal 1x dalam setahun mengikuti pelatihan tetapi keterbatasan rumah sakit membuat hal tersebut tak dapat dilaksanakan. Tahun 2010 dapat diberikan pelatihan pada 60% perawat pegawai negeri sipil dan 20% perawat magang. Pelatihan yang diberikan diharapkan berdampak terhadap kemampuan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

Hasil observasi terhadap 10 dokumen asuhan keperawatan dari salah satu ruang rawat menggunakan instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan, dengan total nilai 65%, dan ditemukan 80% dokumentasi mencatat pelaksanaan tindakan kolaborasi. Hasil wawancara secara acak pada 5 perawat di ruang rawat tersebut tidak dapat memberikan penjelasan alasan pengkajian, rumusan diagnosa, rencana keperawatan, melaksanakan tindakan, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang mereka laksanakan pada klien yang mereka asuh. Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan perawat yang melakukan asuhan keperawatan sebagai rutinitas menggambarkan tidak berpikir kritis. Berpikir kritis akan membedakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat yang berpikir kritis lebih proaktif dan dinamik dalam melaksanakan asuhan keperawatan, sedangkan perawat tanpa berpikir kritis akan bekerja sebagai suatu rutinitas. Perawat yang diobservasi dan diwawancarai ini mempunyai masa kerja yang berbeda antara (2-10 tahun) dan latar belakang pendidikan DIII keperawatan 4 orang dan S1 Keperawatan 1 orang.

Pengakuan kurikulum berbasis kompetensi yang menekankan pendidikan mengajarkan dan mengembangkan berpikir kritis pada perawat sejak dalam masa pendidikan diakui sejak tahun 2000. Tenaga perawat yang telah lulus pendidikan sebelum tahun 2000 diprediksi belum mendapatkan pendidikan berbasis kompetensi, sehingga diprediksi kemampuan berpikir kritis masih ada potensi

belum terlatih. Tenaga keperawatan sejumlah 319 orang di Sakit Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin, didapatkan 19% menyelesaikan pendidikan sebelum tahun 2000 dan tidak melanjutkan pada jenjang berikutnya (Bidang Keperawatan, 2010). Tenaga perawat sejumlah 19% ini mempunyai potensi tidak berpikir kritis dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Beberapa kepala ruang (10 orang) dan ketua tim (20 orang) menyatakan kegiatan supervisi tidak dilaksanakan melalui suatu program kerja. Dampak dari tidak ada kegiatan supervisi di antaranya perawat bekerja tidak mandiri karena kebanyakan melaksanakan fungsi kolaborasi. Ruang rawat berjumlah 10 ruang telah menggunakan metode tim sebagai metode asuhan keperawatan, tetapi belum menjalankan *pre conference* dan *case conference*. Evaluasi mutu pelayanan keperawatan tidak melalui audit mutu asuhan keperawatan yang dilakukan pada tahun 2009 dengan nilai rata-rata 79% dan tidak dilaksanakan berkelanjutan. Tidak pernah dilakukan pengukuran kepuasan kerja perawat. Belum ada evaluasi terhadap standar asuhan keperawatan dan prosedur operasional yang ada.

Penelitian-penelitian telah dilakukan untuk mengembangkan berpikir kritis. Pengembangan berpikir kritis melalui supervisi modifikasi model reflektif dan model interaktif belum dilakukan. Data-data tersebut menarik minat penulis untuk melakukan penelitian tentang pengaruh supervisi model reflektif interaktif terhadap kemampuan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin.

1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Pernyataan masalah

Fenomena pelayanan keperawatan di RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin menggambarkan kecenderungan rendahnya kemampuan berpikir kritis dan kurangnya kegiatan pengarahannya dalam manajemen keperawatan terutama supervisi.

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi menuntut pelayanan kesehatan yang bermutu, termasuk perawat sebagai pemberi layanan langsung dituntut mempunyai kemampuan berpikir kritis dalam menyelesaikan masalah dan

pengambilan keputusan ketika memberikan asuhan keperawatan karena menurut Potter & Perry (1997) berpikir kritis sebagai inti dari keperawatan. Pelayanan keperawatan didasarkan pada pendekatan pengambilan keputusan yang dapat ditingkatkan dengan berpikir kritis (Ignatavicius & Workman, 2006). Dari beberapa hasil riset dinyatakan bahwa perawat baru terdaftar memiliki keterampilan berpikir kritis kurang, temuan 65-76% dari perawat terdaftar yang belum berpengalaman tidak mempunyai kemampuan berpikir kritis (Del Bueno, 2006; Shell, 2001). Penelitian Susan (2001) merekomendasikan penelitian lebih lanjut mengenai suatu strategi yang dapat mendukung pengembangan dan penggunaan berpikir kritis pada perawat. Berbagai teknik telah dilakukan melalui penelitian sebelumnya untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis, tetapi belum dilakukan melalui supervisi.

1.2.2 Pertanyaan penelitian

Apakah ada pengaruh pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini untuk mengidentifikasi:

- a. Gambaran keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan setelah dilakukan supervisi di Instalasi Rawat Inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin.
- b. Gambaran karakteristik perawat.

- c. Gambaran pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif oleh supervisor sebelum dan setelah pelaksanaan supervisi pada kelompok intervensi.
- d. Perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi sebelum dan setelah dilakukan supervisi pada kelompok intervensi di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.
- e. Perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok kontrol sebelum dan setelah dilakukan supervisi pada kelompok intervensi di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.
- f. Perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi dan kontrol setelah dilakukan supervisi di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini memberikan manfaat bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit, ilmu keperawatan, dan penelitian keperawatan manfaat tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

1.4.1 Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

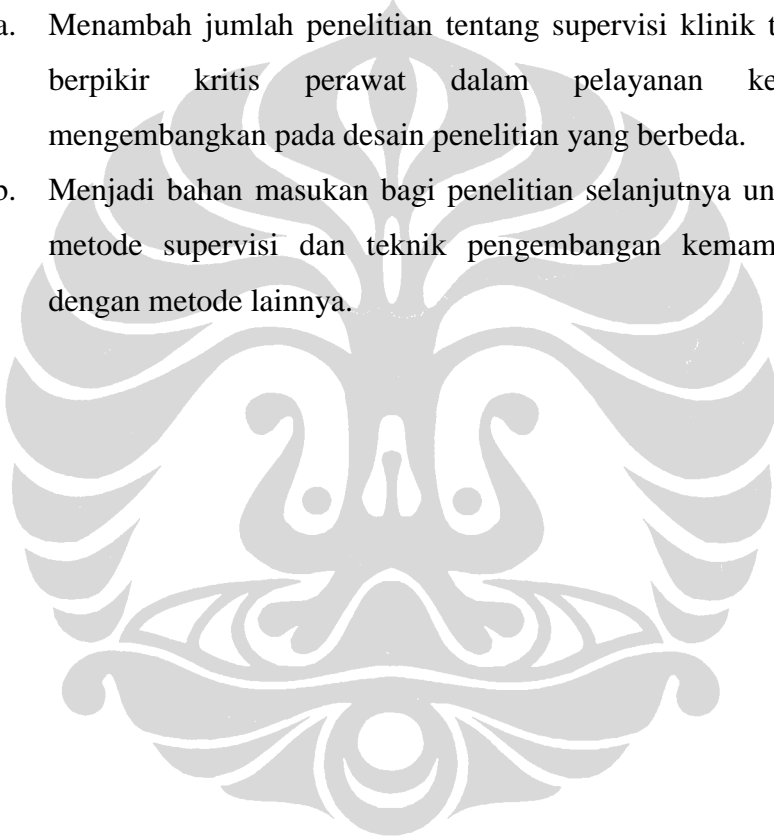
- a. Hasil penelitian ini bermanfaat sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit dalam membuat standar supervisi dan program pengembangan kemampuan berpikir kritis bagi perawat untuk meningkatkan mutu sumber daya tenaga keperawatan melalui kegiatan manajemen keperawatan.
- b. Meningkatkan kemampuan kepala ruang dalam melaksanakan fungsi supervisi khususnya supervisi model reflektif interaktif di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.
- c. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

1.4.2 Ilmu Keperawatan

- a. Hasil penelitian ini memperkaya ilmu keperawatan khususnya mengenai supervisi model reflektif interaktif dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan.
- b. Hasil penelitian ini memperkaya ilmu keperawatan khususnya mengenai kemampuan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan.

1.4.3 Penelitian Keperawatan

- a. Menambah jumlah penelitian tentang supervisi klinik terhadap kemampuan berpikir kritis perawat dalam pelayanan keperawatan dengan mengembangkan pada desain penelitian yang berbeda.
- b. Menjadi bahan masukan bagi penelitian selanjutnya untuk mengembangkan metode supervisi dan teknik pengembangan kemampuan berpikir kritis dengan metode lainnya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini memaparkan teori-teori yang berkaitan dengan variabel yang diteliti yaitu berpikir kritis dan supervisi dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Teori-teori tersebut diperlukan untuk menjadi dasar teori penelitian yang dilaksanakan.

2.1 Berpikir Kritis

2.1.1 Pengertian

Pengertian berpikir kritis dinyatakan oleh beberapa ahli sebagai pertimbangan aktif, terus menerus dan teliti mengenai sebuah keyakinan atau bentuk pengetahuan yang diterima dipandang dari sudut alasan-alasan yang mendukungnya dan kesimpulan-kesimpulan lanjutan yang menjadi kecenderungannya. Dewey (1910 dalam McGregor, 2007), Glaser (1941 dalam Fisher, 2001), Norris & Ennis (1989 dalam Fisher, 2001), dan (Paul & Elder, 2002) menyatakan sebagai suatu sikap mau berpikir secara mendalam tentang masalah-masalah dan hal-hal yang berada dalam jangkauan pengalaman seseorang yang berfokus untuk memutuskan apa yang mesti dipercaya atau dilakukan dengan menerapkan standar-standar intelektual. Pengetahuan tentang metode-metode pemeriksaan dan penalaran yang logis dan semacam suatu keterampilan untuk menerapkan metode-metode tersebut dan berpikir kritis menuntut upaya keras untuk menguji keyakinan atau pengetahuan asertif berdasarkan bukti pendukungnya dan kesimpulan-kesimpulan selanjutnya sebagai akibat.

Berpikir kritis merupakan keterampilan berpikir mendalam. Keterampilan berpikir meliputi kemampuan menguji secara rasional dengan menginterpretasikan, menganalisa, menyimpulkan, mengevaluasi, menjelaskan, mengontrol diri. Keterampilan berpikir juga disertai dasar disposisi berpikir kritis yang terdiri dari melihat dengan jelas, berpikiran terbuka, berpikir analitis, sistematis, percaya diri, rasa ingin tahu dan kematangan dalam berpikir (Cottrell, 2005; Facione & Facione, 1996; Fisher, 2001; McGregor, 2007; Wilkinson, 1996).

Pengertian berpikir kritis sampai saat ini masih belum dirumuskan persis sama, berbagai ahli mendefinisikan secara berbeda belum ada definisi yang bersifat

universal (Paul, 2010). Secara umum pernyataan definisi dari beberapa ahli tentang berpikir kritis dapat disimpulkan berpikir kritis merupakan suatu proses aktif dari fungsi kognitif seseorang ketika akan menetapkan keputusan berdasarkan *evidence base*.

2.1.2 Karakteristik Berpikir Kritis

Karakteristik berpikir kritis dari beberapa ahli antara lain Facione & Facione (1996), Paul & Elders (2002), dan Rubinfeld & Scheffer (1999) yang dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Disposisi Berpikir Kritis oleh Facione & Facione (1996)
 - a) Melihat jelas (*Truth seeking*)
Keberanian untuk mendapatkan pengetahuan dan memahami arti sebenarnya dari suatu situasi, meskipun bertentangan dengan pendapat yang telah ada.
 - b) Berpikiran terbuka (*Oven mindedness*)
Toleransi terhadap pendapat lain, mengontrol terhadap pendapat yang menyimpang.
 - c) Berpikir analitis (*Analicity*)
Analisis situasi yang berpotensi menjadi masalah,antisipasi kemungkinan hasil atau konsekuensi, penjelasan berharga, menggunakan pengetahuan berdasarkan bukti.
 - d) Sistematis (*Systematicity*)
Berpikir terorganisasi, fokus dan bekerja keras dalam tiap pekerjaan.
 - e) Percaya diri (*Self Confidence*)
Percaya terhadap penjelasan diri sendiri.
 - f) Rasa ingin tahu (*Inquisitiveness*)
Mempunyai keinginan untuk mendapatkan pengetahuan dan belajar menjelaskan walaupun dalam penerapan tidak selalu baik.
- b. Karakteristik Intelektual oleh Paul & Elder (2002)
 - a) Kerendahan hati (*Intelektual Humility*)
Kesadaran terhadap keterbatasan pengetahuan diri sendiri, dengan bijak mengakui kekurangan diri.

- b) Keberanian (*Intelektual courage*)
Kesadaran membutuhkan ide, keyakinan dan pandangan yang pada kenyataan sulit untuk diterima.
 - c) Empati (*Intelektual empathy*)
Kesadaran untuk memahami orang lain.
 - d) Kemandirian (*Intelektual autonomy*)
Mempunyai kontrol terhadap keyakinan, nilai dan kesimpulan sendiri dari pemikiran sendiri.
 - e) Integritas (*Intelektual integrity*)
Mengaplikasikan standar intelektual berpikir, melakukan sesuai standar dan bijak mengakui kemungkinan kekurangan diri.
 - f) Keyakinan beralasan (*Confidence reason*)
Keyakinan merupakan proses yang panjang, menggunakan pemikiran dan keberanian untuk meyakini sesuatu berdasarkan suatu alasan yang telah dipelajari.
 - g) Tanpa prasangka (*Fair mindedness*)
Kesadaran secara pribadi membutuhkan berbagai sudut pandang.
 - g) Dewasa (*Berpikir matang*)
Bijaksana dalam melakukan sesuatu, meninjau ulang pernyataan, menyadari berbagai solusi dapat diakui, menghargai kekurangan.
- c. Budaya Berpikir oleh Rubinfeld & Scheffer (2000)
- a) Kepercayaan (*Confidence*)
Memberikan jaminan terhadap suatu alasan.
 - b) Pertimbangan (*Contextual perspective*)
Selalu menimbang segala sesuatu dari berbagai sudut pandang, hubungan, latar belakang, lingkungan terkait dengan suatu kejadian.
 - c) Kreativitas (*Creativity*)
Kemampuan intelektual untuk menciptakan dan digunakan untuk menghasilkan, menemukan atau memperbaiki suatu ide dalam membuat suatu pilihan.

- d) *Fleksibel (Flexibility)*
Kemampuan beradaptasi, mengakomodasi, memodifikasi atau perubahan ide dan perilaku.
- e) *Ingin tahu (Inquisitiveness)*
Keingintahuan dengan mencari pengetahuan dan berpikir memahami hasil pengamatan dan menggali berbagai alternative yang memungkinkan.
- f) *Keutuhan (Intelektual integrity)*
Melihat kebenaran secara bersungguh-sungguh, jujur dalam proses bahkan jika hasil berbeda dengan keyakinan.
- g) *Intuisi (Intuition)*
Pemahaman mendalam tentang pengetahuan tanpa menggunakan alasan yang disadari.
- h) *Berpikiran terbuka (Open mindedness)*
Karakteristik suatu pendapat dengan menerima perbedaan dari persepsi yang berbeda.
- i) *Terus menerus (Perseverance)*
Terus menerus mengejar pengetahuan dengan berbagai hambatan.
- j) *Pemikiran mendalam (Reflection)*
Merenungkan subyek khususnya pendapat dan berpikir lebih dalam untuk memahami dan mengevaluasi diri.

Kemampuan berpikir kritis tergambar pada seseorang dengan kriteria berdasarkan sintesis dari tiga pendapat ahli tersebut diatas dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. **Keberanian Intelektual**
Kesadaran membutuhkan pengetahuan, ide, keyakinan dan pandangan meskipun bertentangan dengan pendapat yang telah ada yang didasari kesadaran keterbatasan pengetahuan diri sendiri dan dengan bijak mengakui kekurangan diri.
- b. **Berpikiran terbuka**
Kesadaran dan toleransi untuk memahami pendapat dari sudut pandang yang berbeda.

- c. Fleksibel
Kemampuan beradaptasi, mengakomodasi, memodifikasi atau perubahan ide dan perilaku.
- d. Berpikir analitis
Menganalisis situasi yang berpotensi menjadi masalah, mengantisipasi kemungkinan hasil atau konsekuensi, penjelasan berharga, menggunakan pengetahuan berdasarkan bukti sebagai jaminan terhadap suatu alasan.
- e. Sistematis (*Systematicity*)
Berpikir terorganisasi, fokus dan bekerja keras dalam tiap pekerjaan.
- f. Percaya diri (*Self Confidence*)
Mempunyai kontrol terhadap keyakinan, nilai dan kesimpulan sendiri dari pemikiran sendiri.
- g. Rasa ingin tahu (*Inquisitiveness*)
Mempunyai keinginan untuk mendapatkan pengetahuan dan belajar menjelaskan walaupun dalam penerapan tidak selalu baik, menggali berbagai alternative yang memungkinkan.
- h. Dewasa (Berpikir matang)
Bijaksana dalam melakukan sesuatu, meninjau ulang pernyataan dari berbagai sudut pandang, hubungan, latar belakang, lingkungan terkait dengan suatu kejadian. menyadari berbagai solusi yang dapat diakui, menghargai kekurangan.
- i. Kreativitas (*Creativity*)
Kemampuan intelektual untuk menciptakan dan digunakan untuk menghasilkan, menemukan atau memperbaiki suatu ide dalam membuat suatu pilihan.
- j. Intuisi (*Intuition*)
Pemahaman mendalam tentang pengetahuan tanpa menggunakan alasan yang disadari.
- k. Pemikiran mendalam (*Reflection*)
Merenungkan subyek khususnya pendapat dan berpikir lebih dalam untuk memahami dan mengevaluasi diri.

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Berpikir Kritis

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan berpikir kritis yang disampaikan oleh Alfaro-LeFevre (2004) adalah faktor individu dan situasi yang dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Faktor Individu

Faktor individu yang mempengaruhi kemampuan berpikir kritis meliputi:

a) Perkembangan moral dan berpikir jujur

Ada hubungan positif antara perkembangan moral, berpikir jujur dan berpikir kritis. Seseorang dengan perkembangan moral yang matang akan berpikir jelas, penalaran hati-hati terhadap apa yang benar, salah dan jujur lebih baik dari pada berpikir kritis.

b) Usia

Sebagian besar penulis mengakui bahwa usia berhubungan dengan kemampuan berpikir kritis, semakin bertambah usia semakin meningkat kemampuan berpikir kritis hal ini disebabkan semakin bertambah usia biasanya seseorang semakin matang dan semakin bertambah usia seseorang mempunyai banyak peluang pengalaman dalam berbagai situasi (Alfaro-LeFevre, 2004).

c) Kepercayaan diri

Kepercayaan diri dapat membantu individu berpikir kritis. Tetapi bila percaya diri berlebihan akan menghambat kemampuan berpikir kritis, karena tidak mau belajar dari orang lain.

d) Kecerdasan emosional

Kecerdasan emosional merupakan kemampuan membuat emosi bekerja secara positif dan meningkatkan berpikir kritis. Sebagaimana sesuatu mempengaruhi pikiran kita tetapi kita sering tidak menyadari besarnya kekuatan emosi yang mempengaruhi.

e) Keterampilan komunikasi interpersonal yang efektif

Keterampilan komunikasi interpersonal yang efektif merupakan dasar berpikir kritis untuk memahami orang lain, saling mempercayai untuk mendapatkan fakta terkait dengan untuk alasan dalam pemikiran kritis.

Komunikasi bukan sekedar berbicara dan mendengarkan tetapi memahami komunikasi melalui bahasa tersirat.

f) Budaya evaluasi

Budaya evaluasi merupakan kebiasaan yang dilakukan segera menguji segala sesuatu secara akurat, lengkap dan berdasarkan data terbaru untuk dapat segera mengoreksi kesalahan.

g) Pengalaman yang lalu

Pengalaman dapat menjadi faktor yang meningkatkan berpikir kritis tetapi dapat juga menghambat bila mempunyai pengalaman yang buruk. Pengalaman kerja seseorang menentukan bagaimana seorang perawat menjalankan fungsinya sehari-hari, karena semakin lama perawat bekerja maka akan semakin terampil dan berpengalaman dalam menghadapi masalah dalam pekerjaannya (Arichman, 1999).

h) Keterampilan menulis, membaca dan belajar efektif.

Keterampilan menulis efektif membuat individu belajar menerapkan prinsip-prinsip berpikir kritis dengan mengidentifikasi pendekatan terorganisir, menentukan apa yang sesuai dan fokus sudut pandang yang berbeda. Keterampilan membaca dan belajar efektif merupakan cara belajar bagaimana membaca efisien, mengidentifikasi hal-hal penting dan menggambarkan kesimpulan tentang materi yang dibaca.

b. Faktor situasi

Faktor situasi yang mempengaruhi kemampuan berpikir kritis meliputi:

a) Kecemasan, stress dan kelelahan

Kecemasan, stress dan kelelahan menguras energi otak membuat sulit berkonsentrasi. Tetapi kecemasan pada tingkat rendah dapat meningkatkan berpikir kritis karena memotivasi untuk selalu siaga.

b) Pengetahuan faktor terkait

Semakin banyak individu mengetahui faktor terkait akan membantu meningkatkan berpikir kritis. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin kritis, logis dan sistematis cara berpikir. sehingga meningkat pula kualitas kerjanya, sesuai dengan pernyataan (Gillies,

1996) yang menyatakan bahwa perawat berpendidikan tinggi mempunyai kemampuan kerja yang lebih baik.

c) Kesadaran terhadap risiko

Kesadaran terhadap risiko merupakan faktor yang meningkatkan berpikir kritis karena individu akan berpikir hati-hati tetapi dapat menghambat karena dapat menimbulkan kecemasan.

d) Penghargaan positif

Penghargaan positif meningkatkan berpikir kritis dan membangun rasa percaya diri.

e) Faktor motivasi

Adanya faktor-faktor yang memotivasi akan membuat individu berpikir kritis.

2.1.4 Keterampilan Kognitif

Keterampilan kognitif dalam berpikir kritis (Facione & Facione, 1996; Ignatavicius, 2001) terdiri atas:

a. Interpretasi

Interpretasi merupakan kegiatan memperjelas makna dari data yang ditemukan dengan data pendukung lainnya, seperti menentukan pentingnya nilai-nilai laboratorium, tanda vital dan data penilaian fisik termasuk pemahaman arti perilaku pasien atau pernyataan termasuk dalam kegiatan ini adalah mengkategorikan, menandai suatu kalimat dan mengklarifikasi makna dari suatu data.

b. Analisis

Analisis merupakan kegiatan menguji ide, mengidentifikasi argumen dan menentukan masalah atau ide berdasarkan data untuk mengidentifikasi hubungan terkait antara laporan, pertanyaan, konsep, deskripsi, atau bentuk lain dari representasi yang dimaksudkan untuk mengekspresikan kepercayaan, penilaian, pengalaman, alasan, informasi, atau pendapat. Komponen kognitif analisis meliputi kegiatan mengkategorikan, menentukan signifikansi, menafsirkan makna, mendeteksi hubungan yang mungkin dapat disimpulkan, atau mengidentifikasi elemen komponen.

c. Evaluasi

Mengidentifikasi hasil yang diharapkan dan menilai apakah dapat mencapai tujuan. Sebuah komponen kognitif utama ketika menilai kredibilitas laporan-laporan seseorang: menilai kekuatan argumen, mengungkapkan hasil penalaran atau membenarkan alasan dalam hal konseptual, metodologi, kriteria dan pertimbangan bukti.

d. Kesimpulan (*Inference*)

Kemampuan untuk menentukan kesimpulan dari suatu kondisi berdasarkan fakta. Mengidentifikasi kesimpulan yang wajar dengan membentuk dugaan dengan berdasarkan informasi relevan dari data, pernyataan, prinsip, bukti, penilaian, keyakinan, pendapat, konsep, deskripsi, pertanyaan. Komponen kognitif dalam kesimpulan seperti membentuk dugaan dan hipotesis, kemungkinan konsekuensi, berdasarkan data, alternatif dugaan, dan menarik kesimpulan.

e. Penjelasan (*Explanation*)

Kemampuan kognitif dalam penjelasan merupakan kemampuan untuk memberikan gambaran lengkap tentang sesuatu. Kemampuan untuk memastikan tindakan dengan adanya standar dan menyampaikan alasan dari tindakan. Sub komponen penjelasan meliputi menjelaskan metode dan hasil, meyakini prosedur, menentukan alasan tepat yang digunakan dalam menjelaskan, dan menyampaikan penjelasan berdasarkan alasan dari konteks yang dapat dimengerti.

f. Pengontrolan diri (*Self regulation*)

Pengontrolan diri merupakan kemampuan kognitif untuk menguji kembali tindakan yang dilakukan terhadap diri sendiri. Menguji melalui evaluasi terhadap unsur-unsur yang digunakan dalam kegiatan kognitif, hasil terutama dalam menerapkan keterampilan analisis dan menggunakan penilaian orang lain. Sub keterampilan kognitif ini meliputi menguji dan mengoreksi diri sendiri.

Konsep berpikir kritis Facione & Facione, (1997) dikembangkan dalam bentuk instrumen pengukuran keterampilan berpikir kritis. Keterampilan berpikir kritis ini meliputi:

- a. Analisis
Menentukan makna, menafsirkan makna, dan mendeteksi kemungkinan hubungan yang dapat disimpulkan. Penguraian suatu pokok atas berbagai bagiannya dan penelaahan bagian itu sendiri serta hubungan antar bagian untuk memperoleh pengertian yang tepat dan pemahaman arti keseluruhan.
- b. Menyimpulkan
Mengambil generalisasi dari topik yang diproses mempertemukan berbagai elemen yang diperlukan untuk menarik kesimpulan rasional dalam bentuk dugaan dan hipotesis.
- c. Evaluasi
Menilai kredibilitas laporan dan kekuatan argumen, penalaran berdasarkan bukti yang relevan, konsep metode, atau standar.
- d. Penalaran deduktif
Proses berpikir yang bertolak dari pengamatan langsung yang menghasilkan sejumlah konsep dan pengertian dengan bertolak dari hal-hal khusus ke umum.
- e. Penalaran induktif
Proses berpikir yang bertolak dari pengamatan langsung yang menghasilkan sejumlah konsep dan pengertian dengan bertolak dari hal-hal umum ke khusus.

2.1.5 Penyelesaian Masalah, Pengambilan Keputusan dan Berpikir Kritis

Penyelesaian masalah, berpikir kritis dan pengambilan keputusan bukan kata yang sama hal ini mempunyai makna sendiri dan saling berkaitan (Huber, 2006). Masalah adalah sesuatu yang menyimpang dari keadaan yang seharusnya/keadaan yang normal. Masalah juga didefinisikan sebagai sesuatu sistem, mekanisme ataupun kondisi yang berbeda dari keadaan normal yang menghasilkan efek-efek yang tidak diinginkan. Masalah dapat juga berarti sesuatu (sistem, mekanisme, kondisi) yang berbeda dari keadaan normal yang menghasilkan efek-efek yang tidak diinginkan. Langkah atau tahapan yang dilakukan dalam proses mendefinisikan masalah, yaitu:

- a. Aktivitas apa yang tidak berjalan seperti biasa (tidak normal).
- b. Apakah tindakan itu bisa diterima?

- c. Haruskah hal tersebut diubah?
- d. Apa hasil yang diharapkan dari penyelesaian masalah?
- e. Klasifikasi masalah menurut tingkat risikonya.

Asuhan keperawatan merupakan salah satu metode ilmiah dalam penyelesaian masalah (Burn & Grove, 1993; Tanner, 2001 dalam Huber, 2006). Asuhan keperawatan perawat membantu klien mengatasi masalah sebagai dampak dari kondisi yang dialami klien. Penyelesaian masalah merupakan usaha mengidentifikasi hambatan dalam pencapaian tujuan Luft (1970 dalam Potter & Perry, 1997). Keberhasilan penyelesaian masalah terkait dengan menetapkan solusi yang tepat dan problem yang tepat Ackoff (1974 dalam Potter & Perry, 1997). Penyelesaian masalah meliputi langkah-langkah mendefinisikan masalah, mengumpulkan informasi, faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian tujuan, mengembangkan solusi, memahami konsekuensi, membuat keputusan dan melaksanakan serta mengevaluasi solusi Davidhizer & Bowen (1999) dan Finkelman (2001 dalam Huber, 2006).

Pengambilan keputusan (*Decision making*) merupakan suatu produk dari pemikiran kritis yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah (Potter & Perry, 1997). Grainger, 1982 (dalam Huber, 2006) menyatakan pengambilan keputusan merupakan tindakan memilih suatu diantara berbagai alternatif pilihan keputusan. Huber (2006) pengambilan keputusan sebagai suatu perilaku dalam memilih dan melaksanakan tindakan dari beberapa pilihan dalam suatu situasi atau kondisi masalah. Kaitan ketiga bagian tersebut dapat dilihat pada diagram 2.1 berikut:

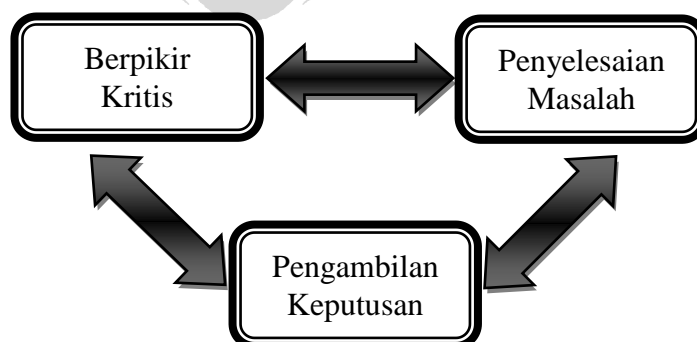


Diagram 2.1 Hubungan Berpikir Kritis, Penyelesaian Masalah, dan Pengambilan Keputusan

2.1.6 Manfaat dan Hambatan Berpikir Kritis

a. Manfaat berpikir kritis

Manfaat berpikir kritis meningkatkan perhatian dan observasi, lebih fokus terhadap bacaan, meningkatkan kemampuan dalam mengidentifikasi poin-poin penting pada suatu teks, meningkatkan kemampuan berespon terhadap poin penting dalam suatu pesan, melakukan pilihan dengan mudah, keterampilan menganalisa yang dipilih dalam beberapa situasi (Cottrell, 2005).

Manfaat berpikir kritis dalam keperawatan (Sumartini, 2010) meliputi penggunaan proses berpikir kritis dalam aktivitas keperawatan sehari-hari, mengidentifikasi dan merumuskan masalah keperawatan, menganalisis pengertian hubungan dari masing-masing indikasi, penyebab dan tujuan serta tingkat hubungan, menguji asumsi-asumsi yang berkembang dalam keperawatan, melaporkan data dan petunjuk-petunjuk yang akurat dalam keperawatan, membuat dan memeriksa kembali dasar analisis dan validasi data keperawatan, merumuskan dan menjelaskan tentang aktifitas keperawatan.

b. Hambatan dalam berpikir kritis

Hambatan dalam berpikir kritis keliru memahami makna kritis, kurangnya metode dan strategi, kurangnya praktik, segan melakukan kritik terhadap suatu keahlian, respon afektif, salah informasi untuk dipahami, kurangnya fokus dan perhatian terhadap detail menurut (Cottrell, 2005).

2.1.7 Berpikir Kritis dalam Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu tahapan untuk memenuhi upaya mempertahankan kesehatan klien yang optimal dan bila ada perubahan pada kondisi klien, asuhan keperawatan memodifikasi jumlah dan kualitas tindakan keperawatan guna mengembalikan status kesehatan klien kembali ke keadaan normal dinyatakan oleh Yura dan Walsh (1967 dalam NANDA 2009). Wilkinson (1996) menyatakan asuhan keperawatan merupakan kerangka kerja perawat dalam menggunakan pengetahuan dan keterampilan untuk menolong klien memenuhi kebutuhan kesehatan. Asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa

keperawatan, perencanaan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi dalam mengatasi masalah klien (Kozier et al, 1997).

Asuhan keperawatan merupakan suatu kegiatan yang kompleks. Asuhan keperawatan menuntut keterampilan kognitif, psikomotor dan afektif untuk merasakan dan menilai (Lewis, et al, 2004 dalam Paul, 2010), intuitive (Ignatavicius & Workman, 2006) dan kreativitas (Alfaro-LeFevre, 2004). Berpikir kritis meliputi berpikir kritis dalam melaksanakan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat rencana intervensi, implementasi dan evaluasi.

2.3.1.2 Berpikir Kritis dalam Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data dari berbagai sumber (wawancara, pengumpulan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnostik, serta *review* catatan sebelumnya) yang berhubungan dengan kondisi klien secara sistematis meliputi fisik, psikologi, sosiokultural, spiritual, kognitif, kemampuan fungsional, perkembangan ekonomi dan gaya hidup untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Kozier et al 1997; Craven & Hirnle, 2003). Pengkajian keperawatan dapat dikatakan bersifat individual sesuai dengan kebutuhan klien pada saat itu (Alfaro-LeFevre, 2004). Data yang diperoleh kemudian dikelompokkan menjadi data subyektif disebut gejala dan data obyektif disebut tanda (Carpenito-Moyet, 2008; Potter & Perry, 1997).

Keterampilan berpikir kritis dalam pengkajian asuhan keperawatan dilakukan dengan melakukan observasi yang dapat dipercaya, membedakan data yang relevan diantara data yang tidak relevan, membedakan data penting diantara data yang tidak penting, memvalidasi data, mengorganisasikan data, mengkategorikan sesuai kerangka data, dapat menerima asumsi Wilkinson (1996). Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan pengkajian dalam berpikir kritis merupakan proses mengumpulkan dan merekam data untuk memberikan informasi yang dibutuhkan dalam memprediksi, mendeteksi, mencegah, mengelola dan menghilangkan masalah kesehatan dan faktor risiko.

2.3.1.2 Berpikir Kritis dalam Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok di mana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien baik aktual, risiko maupun *wellnes* (Kozier et al, 1997; NANDA, 2009; Perry & Potter, 1997). NANDA International (2009) menjelaskan komponen-komponen dalam pernyataan diagnosa keperawatan meliputi: masalah (*problem*), penyebab (*etiology*), dan data (*sign and symptom*) dapat disingkat dengan kata PES.

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam menentukan diagnosa asuhan keperawatan menurut Wilkinson (1996) dilakukan dengan menemukan bentuk dan hubungan dari tanda-tanda, mengidentifikasi kesenjangan data, membuat kesimpulan, menunda pernyataan ketika data kurang, membuat hubungan antar profesi, menyatakan masalah, menguji asumsi, membandingkan dengan nilai normal, mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi masalah.

Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan diagnosa keperawatan merupakan kegiatan menganalisa dan sintesa data untuk menarik kesimpulan dan mengidentifikasi tanda dan gejala yang mungkin menunjukkan perlunya rujukan kepada yang lebih profesional. Proses ini meliputi mengidentifikasi pola, membuat daftar masalah yang dicurigai, dan mengesampingkan adanya masalah kesehatan, memperjelas potensi masalah kesehatan, aktual dan faktor yang mendasari, mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang terkait, menentukan sumber daya, kekuatan, penggunaan perilaku sehat dan mengenali pernyataan kesehatan yang memuaskan tetapi dapat ditingkatkan.

2.3.1.2 Berpikir Kritis dalam Membuat Rencana Intervensi

Menurut Kozier, et al, (1997) perencanaan keperawatan berisi langkah-langkah perencanaan yang telah dipertimbangkan secara sistematis dan mendalam saat membuat keputusan dan upaya mengatasi masalah dengan cara mencegah, mengurangi atau menurunkan permasalahan kesehatan dan keperawatan yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan klien. (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2006), menyatakan perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan di

mana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Penetapan prioritas rencana perawatan perlu memperhatikan dan mempertimbangkan nilai dan kepercayaan klien, sumber yang tersedia bagi klien dan perawat, urgensi masalah yang dihadapi dan rencana pengobatan medis (Carpenito-Moyet, 2008; Kozier, et al, 1997).

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam menentukan rencana keperawatan menurut Wilkinson (1996), perawat dapat melakukan generalisasi bentuk rencana berdasar standar rencana perawatan. Rencana intervensi dibuat berdasarkan standar ataupun dengan berbagi pengetahuan dari suatu situasi kepada perawat lainnya sebagai *evidence base*, mengembangkan kriteria evaluasi, membuat hipotesis, membuat hubungan antar profesi, memprioritaskan masalah klien, menggeneralisasi prinsip dari pengetahuan lainnya.

Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan perencanaan dalam berpikir kritis merupakan kegiatan untuk memastikan klien memiliki rencana komprehensif, individual, klarifikasi dari hasil yang diharapkan, intervensi individual dan memastikan rencana itu tercatat. Rencana harus dirancang untuk mencegah dan mengelola masalah-masalah kesehatan dan kontribusi faktor-faktor yang mendasari. Rencana berfokus pada masalah dan faktor risiko yang harus dikelola untuk mencapai keseluruhan hasil perawatan. Rencana perawatan meningkatkan fungsi optimal, kemandirian dan kesehatan klien. Rencana perawatan dikoordinasikan termasuk dengan klien dalam pengambilan keputusan untuk mencapai hasil yang diinginkan dengan aman, efisien dan biaya efektif.

2.3.1.2 Berpikir Kritis dalam Pelaksanaan (Implementasi)

Implementasi merupakan kategori dari perilaku keperawatan di mana tindakan keperawatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2006). Menurut Gordon (1994 dalam Potter & Perry, 1997) implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan membantu klien dari masalah kesehatan yang dialaminya agar dapat menjadi lebih baik dan mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan

dapat berupa tindakan independen perawat dan tindakan kolaboratif untuk membantu pemenuhan kebutuhan dasar fungsi kesehatan klien.

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan rencana keperawatan menurut Wilkinson (1996), perawat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dalam bentuk tindakan, menggunakan tindakan untuk menguji hipotesis. Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan implementasi sebagai salah satu langkah dalam berpikir kritis merupakan pelaksanaan rencana perawatan dengan menilai kesesuaian intervensi dan memutuskan apakah pasien siap. Memprioritaskan, mendelegasikan, dan koordinasi perawatan seperti yang ditunjukkan, termasuk pasien sebagai mitra dalam pengambilan keputusan dan perawatan. Menyiapkan lingkungan dan peralatan untuk keselamatan, kenyamanan, dan kemudahan. Melakukan intervensi kemudian menilai kembali untuk menentukan respon klien. Membuat perubahan segera yang diperlukan. Memantau kemajuan dan mengkomunikasikan dalam perawatan. Memperbarui rencana yang diperlukan.

2.3.1.2 Berpikir Kritis dalam Melakukan Evaluasi

Evaluasi merupakan proses perbandingan yang sistematis dan terencana dari hasil-hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Craven & Hirnle, 2003; Potter & Perry, 1997). Tahap ini perlu pengetahuan tentang tujuan dan kriteria hasil yang normal sehingga dapat membandingkan data yang diperoleh dengan kriteria, menarik kesimpulan atas pencapaian tujuan, menghubungkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil dan mengkaji kembali rencana keperawatan.

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan evaluasi keperawatan menurut Wilkinson (1996) perawat memutuskan apakah hipotesis tepat dan membuat kriteria dasar untuk evaluasi. Tahap evaluasi ini perawat melakukan observasi kembali untuk menentukan pencapaian tujuan klien.

Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan evaluasi sebagai salah satu langkah dalam berpikir kritis merupakan menilai status klien untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah terpenuhi dan apa faktor penghambat keberhasilan dari

rencana, menilai perbaikan dan kemandirian klien serta memodifikasi rencana sesuai indikasi dalam perkembangan klien.

2.1.8 Instrumen Pengukuran Kemampuan Berpikir Kritis

a. *California Critical Thinking Skill Test (CCTST)*

California Critical Thinking Skill Test (CCTST) dihasilkan dari studi Delphi tahun 1988 dan 1989 untuk mendapatkan konsensus di antara 46 anggota *American Philosophical Association (APA)*. Peter Facione sebagai panelis dalam kegiatan APA tersebut kemudian mengembangkan instrumen tersebut menjadi lebih sederhana menjadi 34 item tes pilihan ganda dengan 4 atau 5 pilihan jawaban untuk setiap item, pertanyaan dalam bentuk kasus pendek kemudian diikuti pertanyaan terkait kasus tersebut (mirip dengan pemahaman bacaan), nilai skor tergantung dari jawaban yang benar dari setiap item pertanyaan, batas waktu menjawab 34 item ini biasanya 45 menit (Facione, 1992 dalam Bart, 2010).

Alat uji CCTST diujikan oleh Facione terhadap 1.673 mahasiswa setingkat S1 pada tahun pendidikan 1989-1990 pada pendidikan California State University Fullerton. CCTST digunakan untuk mengukur tingkat berpikir kritis yang digambarkan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan dapat digunakan untuk menilai kemampuan berpikir kritis mahasiswa keperawatan. Dari konsep keterampilan berpikir kritis dikembangkan instrumen yang terdiri dari sub test analisis (9 item), kesimpulan (14 item), evaluasi (11 item), dan sub test sekunder penalaran deductive (*deductive reasoning*) dan penalaran inductive (*inductive reasoning*) tidak dimasukkan dalam instrumen test karena tidak reliabel (Cronbach's Alpha < 0,14). Reliabilitas CCTST dengan nilai Kuder Richardson 20 (KR 20) 0,68-0,69 yang bermakna reliabilitas alat uji ini pada tingkat moderat (Bart, 2010; Facione, 1990).

b. *Watson Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA)*

Pertama kali diterbitkan pada tahun 1942. Uji original diperluas pada tahun 1964 untuk mencakup 2 bentuk dan diberi nama saat ini. Publikasi tahun 1980 menyebutkan 5 sub skor dari *Glaser Critical Thinking Appraisal*:

- a) Kesimpulan (*inference*): Membedakan antara derajat kebenaran atau kesalahan dari kesimpulan yang diambil dari data yang diberikan.
- b) Pengakuan Asumsi (*recognition of assumptions*): Mengakui tak tertulis asumsi atau pengandaian dalam laporan diberikan atau pernyataan.
- c) Pengurangan (*deduction*): Menentukan apakah kesimpulan tertentu harus mengikuti dari informasi dalam laporan diberikan atau pernyataan.
- d) Interpretasi (*interpretation*): Berdasarkan fakta dan memutuskan apakah generalisasi atau kesimpulan berdasarkan data yang diberikan dijamin.
- e) Evaluasi argumen (*evaluation of arguments*): Membedakan antara argumen yang kuat dan relevan dan orang-orang yang lemah dan tidak relevan dengan pertanyaan tertentu pada masalah.

Bart, (2010) menyampaikan WGCTA merupakan pengukuran klasik berpikir kritis digunakan untuk memprediksi keberhasilan kerja profesional dan mengkaji keterampilan berpikir kritis. Bentuk test WGCTA terdiri dari *form S* (16 skenario dan 40 item pertanyaan), *form A* (80 item), dan *form B*. Nilai reliabel WGCTA berkisar 0,73-0,86 dengan *split-half reliability* 0,75 dan disimpulkan bahwa reliabilitas alat uji ini pada level moderat.

Alat uji WGCTA ini disimpulkan oleh Bart (2010) bahwa validitas dan reliabilitas kurang adekuat, tidak sistematis untuk mengukur keterampilan berpikir kritis dan kurang tepat untuk menentukan dan memprediksi suatu ukuran keterampilan berpikir kritis.

c. *Cornell Critical Thinking Test (CCTT)*

Dikembangkan oleh Robert Ennis dan Jason Millman tahun 1950-an, edisi ke-2 diterbitkan pada tahun 1971 dan edisi ke-3 diterbitkan pada tahun 1985. Tes ini terdiri 2 level yaitu level X untuk mahasiswa tingkat 4-14 terdiri 71 item multipel choice dengan nilai reliabel berkisar 0.67-0.90 dan level Z terdiri 52 item multipel choice untuk umum dan dewasa dengan nilai reliabel berkisar 0,52-0,77. Lima Sub skor Tingkat Z Test CCTT yaitu:

- a) Deduksi

Menentukan apakah suatu kesimpulan yang diusulkan dari laporan yang diberikan bertentangan atau tidak.

b) Induksi

Menilai hipotesis pada kemampuannya menjelaskan fakta.

c) Observasi dan kredibilitas

Menentukan kemampuan pernyataan yang terkait dengan informasi lainnya.

d) Semantik dan makna

Mengidentifikasi alasan yang mendasari pemikiran yang salah dan mengakui makna dimaksud berdasarkan pemakaian kata.

e) Asumsi

Mengidentifikasi asumsi kemungkinan tak tertulis yang melekat dalam berbagai pernyataan.

Penelitian ini menggunakan instrumen yang diadaptasi dari konsep Facione & Facione, 1997 karena instrumen yang berasal dari konsep berpikir kritis dapat diterapkan dalam keperawatan (Bart, 2010). Hasil riset literatur tahun 1981-2002 menyatakan konsep berpikir kritis yang dikembangkan Facione merupakan konsep yang paling banyak digunakan (Turner, 2005). Instrumen keterampilan berpikir kritis dikembangkan didasarkan bahwa alat uji mempunyai potensi untuk memprediksi dan menentukan ukuran keterampilan berpikir kritis, perbaikan alat uji dilakukan berkelanjutan, berkaitan dengan kerangka konsep dasar keterampilan berpikir kritis (Bart, 2010).

2.2 Karakteristik Perawat dan Keterampilan Berpikir Kritis

Latham (1996) dalam (Northhouse & Northhouse, 1998) menyatakan karakteristik personal meliputi umur, jenis kelamin, etnis, kepribadian dan nilai-nilai sedangkan karakteristik profesional meliputi spesialisasi, pendidikan, dan sosialisasi.

2.2.1 Jenis Kelamin

Keperawatan sebagai profesi pada awalnya berakar dari *mother instinct* (Nightingale, 1969 dalam Walker, 2011) yang menyatakan setiap wanita adalah perawat. Pendapat lain juga menyatakan keperawatan selalu dianggap sebagai

pekerjaan perempuan, sehingga sebagian besar perawat adalah perempuan (Brown, 2009 dalam McGee, 2009, Walker, 2011). Prayoga, (2009) yang menyatakan profesi keperawatan merupakan profesi yang dipandang lebih cocok untuk para perempuan daripada laki-laki, dan perempuan masih dianggap lebih mampu dalam menjalankan tugas-tugas keperawatan. Riset Walker (2011) menyatakan dalam 150 tahun terakhir, jenis kelamin laki-laki dalam profesi keperawatan $\pm 10\%$.

Sumartini (2010) menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan jenis kelamin perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis.

2.2.2 Tingkat Pendidikan

Perawat profesional memiliki karakteristik intelektual, personal dan interpersonal, adanya komitmen terhadap masyarakat, memiliki otonomi dan berbagi nilai personal. Perawat profesional merupakan individu yang telah menyelesaikan pendidikan pada tingkat sarjana (Craven & Hirnle, 2003; Taylor et al, 1997). Pendidikan profesional keperawatan dimulai dari jenjang pendidikan tinggi yaitu program Diploma III Keperawatan (DIII Keperawatan) seperti yang dijelaskan dalam kurikulum Nasional Pendidikan Keperawatan. Kurikulum Nasional Pendidikan D III Keperawatan (1999) menetapkan perawat profesional dimulai dari jenjang pendidikan D III dengan sebutan perawat profesional pemula.

Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan, semakin tinggi tingkat pendidikan perawat, semakin tinggi kemampuan melaksanakan asuhan keperawatan (Alfaro-LeFevre, 1998; Daly, Seedy & Jacson, 2000). Pendidikan tinggi akan meningkatkan kemampuan intelektual, interpersonal, dan teknikal yang dibutuhkan oleh seorang perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Wilkinson, 1996).

Siagian (1995) menyebutkan semakin tinggi pendidikan seseorang kinerja akan semakin baik karena dengan bertambahnya keahlian ada tuntutan untuk bekerja menjadi lebih baik terutama pada pendidikan yang bersifat kejuruan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan.

Di Indonesia berdasarkan data dari BPPSDM-KEMENKES (2011), tenaga perawat 80% berpendidikan DIII Keperawatan. Selain di Indonesia Rumah sakit *Intermountain Health Care Inc* yang menyatakan perbandingan tingkat pendidikan perawat di Rumah Sakit terdiri atas SI: DIII: SPK = 58%: 26%:16%, sedangkan Abdellah dan Levinne (1986) menyatakan perbandingan tenaga profesional (55%) dan Non profesional (45%) dari seluruh jumlah perawat.

Sumartini (2010) menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan tingkat pendidikan perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis.

2.2.3 Umur

Survey oleh *Health Resources and Services Administration* (HRSA) terhadap 250.000 perawat RN di Amerika tahun 1980 menyatakan 52,9% usia perawat <40 tahun, dan 25% (dari 52,9%) berusia <30 tahun dan survey tahun 2000 menyatakan 31,7% usia perawat <40 tahun, dan 9,1% (dari 31,7%) berusia <30 tahun (diunduh 3 Maret, 2011). Hasil survey tersebut menunjukkan terjadi pergeseran usia perawat dari tahun 1980-2000, usia perawat < 40 tahun semakin meningkat menjadi >40 tahun.

Usia produktif menurut Dessler (1997) adalah pada usia 25 tahun yang merupakan awal individu berkarir, dan usia 25-30 tahun merupakan tahap penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut, usia 30-40 tahun merupakan tahap pematangan pilihan karir untuk mencapai tujuan.

Erickson (dalam Craven & Hirnle, 2000) menyatakan salah satu fase perkembangan dewasa muda (20-40 tahun) mempunyai tugas membangun hubungan personal dan profesional, mengembangkan kreativitas serta produktifitas dalam pekerjaan dan hubungan personal dan profesional.

Kematangan individu dengan penambahan usia berhubungan erat dengan kemampuan analitis terhadap permasalahan atau fenomena yang ditemukan (Siagian, 2002) yang menyatakan bahwa umur mempunyai kaitan erat dengan berbagai segi organisasi, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan dalam arti individu menjadi semakin bijaksana dalam mengambil keputusan bagi kepentingan organisasi. Slameto (2003) menyatakan

bahwa kemampuan analitis akan berjalan sesuai dengan penambahan usia, seorang individu diharapkan dapat belajar untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan tertentu sesuai dengan kematangan usia. Sumartini (2010) menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan umur perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis.

2.2.4 Masa Kerja

Siagian (1997) menyebutkan seorang pekerja yang sudah lama bekerja dalam suatu organisasi memiliki relatif bekerja lebih baik karena tidak lagi berpikir untuk pindah bekerja ke tempat lain. Sedangkan pekerja yang lebih muda dan baru bekerja masih memikirkan dan merasa mudah untuk pindah ke tempat kerja yang lain.

Produktivitas seseorang tidak hanya tergantung pada keterampilan fisik saja, tetapi juga dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja (Robbins, 1996). Masa kerja melibatkan kebijakan moral dan kepekaan etik (Bishop & Scudder, 2001). Masa waktu seseorang menentukan pilihan pekerjaan yang cocok adalah 5 tahun (Dessler, 1997). Semakin bertambah masa waktu seseorang bekerja akan semakin bertambah pengalaman kerjanya sehingga pengalaman dan masa kerja ini saling terkait. Semakin bertambah masa kerja seseorang maka akan semakin bertambah pula pengalaman kerja dan keterampilan klinis (Swansburg, 1999).

Sumartini (2010) menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan masa kerja perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis.

2.3 Supervisi

2.3.1 Konsep Dasar Supervisi

2.3.1.1 Pengertian

Supervisi merupakan kegiatan merencanakan, meramalkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai dan mengevaluasi secara berkesinambungan anggota serta sesuai dengan kemampuan dan keterbatasan yang dimiliki anggota (Kron & Gray, 1987). Proses kegiatan pemberian dukungan sumber-sumber yang dibutuhkan perawat dalam rangka mengevaluasi tugas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (McFarland,

Leonard, & Morris, 1984). Azwar (1996) menyatakan sebagai upaya pengamatan secara langsung dan berkala yang dilakukan oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan dan memberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung untuk penyelesaian masalah. Supervisi merupakan pembinaan dengan menerapkan prinsip mengajar, mengarahkan, mengobservasi dan mengevaluasi terus menerus setiap perawat (Kron, 1987; Swansburg, 1999). *National council of state Boards of Nursing* (1990) menyatakan supervisi sebagai bimbingan untuk menyelesaikan tugas atau aktivitas keperawatan dengan pengarahan dan mengawasi secara periodik terhadap tugas dan aktivitas tersebut (dalam Huber, 2006). Supervisi merupakan proses memastikan kegiatan dilaksanakan sesuai dengan visi, misi dan tujuan organisasi. Selain itu supervisi dilakukan untuk memastikan kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Keliat, 2006).

2.3.1.2 Tujuan Supervisi

- a. Memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga melalui bantuan tersebut bawahan memiliki bekal yang cukup untuk melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil baik (Azwar, 1996).
- b. Mengorientasikan, melatih kerja, memimpin, memberi arahan dan untuk mengembangkan kemampuan yang dimiliki oleh perawat pelaksana (Swansburg, 1999).
- c. Memberikan kondisi kerja yang kondusif, menggali semangat kerja sama, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi hasil kerja yang telah ditentukan, orientasi, pelatihan dan pengarahan individu sesuai kebutuhan dan diarahkan kepada pemberdayaan kemampuan dan perkembangan mereka, memotivasi setiap orang yang menginginkan kebaikan diri (Kron & Gray, 1987).
- d. Tujuan supervisi diarahkan pada kegiatan mengorientasikan staf dan pelaksanaan keperawatan, memberikan arahan dalam pelaksanaan kegiatan sebagai upaya untuk menimbulkan kesadaran dan mengerti akan peran dan fungsinya sebagai staf dan difokuskan pada kemampuan staf pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Gillies, 1996).

- e. Menjamin kelangsungan pekerjaan yang dilaksanakan oleh karyawan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia, memperbaiki kekurangan yang dimiliki oleh karyawan dalam kemampuan, pengetahuan dan pemahaman, memberikan penghargaan atas hasil pekerjaan karyawan, mengetahui potensi yang dimiliki oleh karyawan dan meningkatkan produktivitas, efektivitas dan efisiensi kerja karyawan (Azwar, 1996).

2.3.1.3 Manfaat Supervisi

Kilminster & Jolly (2000) menyatakan supervisi dapat berdampak positif terhadap hasil pelayanan dan kurangnya supervisi dapat membahayakan klien. Manfaat supervisi disampaikan oleh Cutcliffe & Proctor (1998 dalam Whistanley & While, 2003) sebagai berikut:

- a. Meningkatkan dukungan dan kesejahteraan individu (Butterworth, 1996).
- b. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran akan solusi yang mungkin dilakukan dalam masalah klinik (Dudley & Butterworth, 1994).
- c. Meningkatkan kepercayaan, mengurangi kejadian ketegangan emosi dan *burnout* (Haliberg & Noberg, 1993).
- d. Meningkatkan moral staf dan kepuasan pimpinan dan mengurangi ketidakhadiran staf dan meningkatkan kepuasan staf (Butterworth et al, 1996).
- e. Meningkatkan partisipasi dan pendalaman praktik (Hawkins & Shohet, 1989).
- f. Meningkatkan kesadaran diri (Cutcliffe, 1997)

Azwar, (1996) menyatakan manfaat supervisi dalam pelayanan keperawatan:

- a. Meningkatkan efektifitas kerja
Peningkatan efektifitas kerja erat hubungannya dengan makin meningkatnya pengetahuan dan keterampilan bawahan serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dengan bawahan.
- b. Meningkatkan efisiensi kerja
Peningkatan efisiensi kerja erat hubungannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan dan karena itu pemakaian sumber daya (tenaga dana dan sarana) yang sia-sia dapat dicegah.

2.3.1.4 Kompetensi Supervisor

Kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang supervisor dalam Arwani & Supriyatno (2006) antara lain:

- a. Kemampuan memberikan pengarahan dan petunjuk yang jelas sehingga dapat dimengerti oleh pelaksana perawatan.
- b. Mampu memberikan saran, nasehat dan bantuan yang benar-benar dibutuhkan oleh perawat pelaksana. Pendekatan asertif dan pemilihan waktu yang tepat diperlukan saat memberikan saran, nasehat dan bantuan kepada perawat pelaksana
- c. Kemampuan dalam memberikan motivasi untuk meningkatkan semangat kerja perawat pelaksana pada waktu yang tepat.
- d. Kemampuan memberikan latihan dan bimbingan yang diperlukan oleh perawat pelaksana.
- e. Kemampuan untuk melakukan penilaian secara obyektif dan benar terhadap kinerja perawat.

2.3.1.5 Prinsip Supervisi

Azwar (1996) menyatakan prinsip supervisi:

- a. Supervisi dilaksanakan sesuai dengan struktur organisasi
- b. Edukatif dan supportif.
- c. Hubungan kerjasama
- d. Berdasarkan petunjuk, peraturan atau kebijakan, uraian tugas dan standar yang berlaku.
- e. Bertujuan utama untuk memberi rasa aman, hasil guna dan daya guna bagi pelayanan keperawatan.

2.3.1.6 Pelaksanaan Supervisi

Dalam melaksanakan supervisi ada beberapa hal pokok yang perlu mendapat perhatian antara lain pelaksana supervisi, frekuensi supervisi, tujuan dan teknik pelaksanaan supervisi (Azwar, 1996).

a. Pelaksana Supervisi

Supervisi dilakukan oleh atasan yang memiliki kelebihan terutama dalam pengetahuan dan keterampilan untuk memotivasi, mengarahkan, membimbing

dan mengendalikan kegiatan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Depkes RI, 1997). Hasil penelitian menyatakan seorang supervisor diharapkan adalah seorang manajer (Cutcliff, & Hyrkas, 2006).

b. Frekuensi supervisi

Tidak ada pedoman yang pasti tentang frekuensi supervisi yang harus dilakukan oleh supervisor. Terlalu banyak melakukan supervisi (*over control*) akan merusak delegasi yang diberikan kepada karyawan sehingga karyawan tidak dapat memikul tanggung jawab dengan baik dan sebaliknya supervisi yang kurang (*under control*) juga akan berdampak negatif pada pendelegasian tugas dan tanggung jawab yang diberikan. Supervisi yang baik dilakukan tepat waktu, sederhana, minimal dan luwes. Supervisor harus dapat menentukan waktu yang tepat dalam melakukan supervisi. Azwar (1996) menambahkan bahwa pelaksanaan supervisi dilakukan secara berkala dan periodik untuk memastikan bahwa kegiatan pencapaian tujuan dilaksanakan dengan baik.

c. Teknik Pelaksanaan Supervisi

Bittel (1987) dan Hands (1981) menyatakan pelaksanaan supervisi oleh supervisor dapat menggunakan berbagai cara, antara lain:

a) Secara langsung

Supervisi dilakukan secara langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung, supervisor terlibat dalam kegiatan, supervisor memberikan umpan balik dan perbaikan, berfokus pada masalah-masalah pokok dan strategis, bersifat obyektif menurut standar yang telah ditetapkan, dan dilakukan tanpa menimbulkan kesan negatif dengan pendekatan yang edukatif dan supportif.

b) Supervisi tidak langsung

Supervisor tidak melihat langsung kejadian yang terjadi di lapangan sehingga mungkin terjadi kesenjangan fakta. Namun demikian umpan balik harus tetap dilakukan untuk meningkatkan penampilan bawahan. Kegiatan tersebut akan terwujud dengan baik bila terjalin komunikasi dua arah antara supervisor dan perawat.

c) Kolaboratif

Supervisi dilakukan dengan mengkombinasikan supervisi langsung dengan tidak langsung, supervisor dan yang disupervisi secara bersama-sama menetapkan struktur, proses dan kriteria dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

2.3.2 Model Supervisi

Lynch, Hancox, Heppell, & Parker (2008) menyatakan beberapa model supervisi klinik antara lain model psikoanalitik, psikodinamik, reflektif, fungsi interaktif, dan Hancox/Lynch. Berbagai model dapat dikombinasikan menurut kebutuhan. Model supervisi yang akan dilaksanakan dalam penelitian ini adalah supervisi kombinasi model reflektif dan interaktif, yang akan diuraikan sebagai berikut:

2.3.2.1 Supervisi Model Reflektif

Supervisi reflektif merupakan hubungan kolaboratif untuk pertumbuhan profesional yang meningkatkan kualitas program dan praktik dengan menghargai kekuatan dan kemitraan serta kerentanan untuk meningkatkan kualitas (Britt & Hunter, 2010). Menggunakan model reflektif untuk supervisi klinis menyediakan sebuah tempat untuk refleksi dalam praktik. Keperawatan merupakan pekerjaan yang sibuk; kegiatan perawat melakukan asuhan keperawatan, meningkatnya tuntutan praktik profesional dan sesuai dengan kebijakan organisasi dan prosedur. Perawat sering merasa tak ada waktu untuk berpikir. Refleksi (bukan hanya berpikir keras) membutuhkan latihan dimana perawat belajar dari refleksi mereka, menyesuaikan ketepatan perspektif konseptual mereka dan melakukan perubahan pada waktu yang akan datang (Daly, Speedy, & Jackson, 2004).

Refleksi mempunyai tujuan keterampilan intelektual yang sangat membutuhkan usaha dan latihan. Ini bukan bawaan atau tidak aktif, bahkan model reflektif mencerminkan sangat interaktif dan belajar aktif (Greenwood, 2001; Daly, et al, 2004 dalam Lynch, Hancox, Happeell, & Parker 2008). Pendekatan supervisi klinis reflektif membutuhkan banyak waktu untuk merefleksikan dan menguji praktik dengan dukungan dan difasilitasi dari seorang supervisor klinis. Lynch, Hancox, Happeell, & Parker (2008) menyatakan dalam literatur selama ini terdapat

banyak model refleksi, tetapi supervisi reflektif tetap relevan bahkan sampai hari ini.

Pada dasarnya, refleksi mengacu kepada proses yang mendukung perawat dengan memberdayakan mereka untuk lebih memahami praktik keperawatan mereka dan bagaimana hal itu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kepribadian mereka yang unik. Hal ini memberikan dasar dalam pengujian asuhan keperawatan yang dilakukan dalam rangka mengidentifikasi di mana tindakan yang ditanamkan, diinformasikan dan diterima sebagai suatu pengetahuan yang berbeda. Hal ini kemudian menyebabkan pemahaman yang lebih besar dan kesadaran, sehingga memungkinkan perawat untuk mengembangkan dan bahkan mengubah praktik mereka sebagai hasil dari peningkatan pengetahuan. Ini adalah karakteristik penting untuk perkembangan praktik yang efektif.

Keterbatasan model reflektif dari model lainnya dalam hal ini adalah ketergantungan staf untuk fokus dalam suatu sesi diskusi. Jenis model tidak cocok untuk diskusi yang berbelit-belit diskusi difokuskan pada dinamika atau eksplorasi lingkungan kerja/tim bukan peristiwa aktual atau insiden.

Supervisi reflektif memaksimalkan kekuatan lingkungan belajar melalui hubungan (Pfleger, 2011) yang dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Belajar dalam konteks hubungan

Kekuatan terbesar lingkungan merupakan tempat belajar dalam konteks hubungan sebagian besar orang belajar dipengaruhi oleh interaksi dengan orang lain, termasuk para pimpinan (Bertacchi dan Norman-Murch, 1999). Peran sebagai supervisor dan guru menjadi sama pentingnya selama diskusi dalam teknik penyelesaian masalah sebagai bagian dari pembelajaran. Seringkali ketika melihat perilaku tertentu dicontohkan dalam hubungan tampak efektif, kemudian akan ditiru pada kesempatan lain sebagai penyelesaian masalah.

b. Sebuah dialog kolaborasi

Supervisi reflektif pada dasarnya merupakan sebuah proses kolaborasi yang membutuhkan komunikasi terbuka dan paling efektif dalam hubungan saling percaya. Supervisor mendorong staf untuk mengekspresikan diri mereka dan

secara bebas berbagai perspektif mereka tentang tantangan dan solusi yang mungkin. Komunikasi yang jelas dan nyaman akan memudahkan supervisor secara akurat menilai masalah dan tingkat bantuan yang diperlukan staf. Dengan melibatkan staf dalam percakapan dua arah tentang masalah yang dihadapi dan sungguh-sungguh mendengarkan perspektif dan ide-ide, supervisor juga memberikan contoh penyelesaian masalah efektif. Supervisor mengambil peran pelatih saat mendukung staf dalam penyelesaian masalah pengembangan profesional.

c. Membangun kekuatan

Supervisi reflektif juga merupakan pendekatan berbasis kekuatan. Supervisor harus berkonsentrasi pada nilai positif staf dan bekerja sama dalam penyelesaian masalah. Supervisor menggunakan nilai positif staf dalam penyelesaian masalah bersama staf.

d. Pengaruh proses paralel

Pengaruh kondisi psikologis sebagai dampak dari keadaan lain (misalnya kondisi hubungan dalam keluarga) akan mempengaruhi hubungan dalam melaksanakan pekerjaan. Hal ini semestinya dapat dikendalikan.

e. Mengatasi hambatan supervisi reflektif

Mengatasi hambatan supervisi reflektif memerlukan dukungan organisasi. Masalah yang menjadi hambatan dalam supervisi reflektif umumnya anggapan bahwa atasan tidak mengerti staff. Pengambilan keputusan bersama dan komunikasi dua arah merupakan sentral supervisi reflektif akan menyelesaikan hambatan supervisi reflektif.

Britt & Hunter (2010) menyatakan elemen supervisi reflektif meliputi refleksi, kolaboratif dan regulasi. Refleksi merupakan kemampuan berpikir (mengingat) dengan pikiran dan perasaan secara langsung tentang apa yang telah dilakukan. Kolaborasi merupakan hubungan yang tidak berdasarkan dominasi atau kekuasaan, merupakan suatu kerja sama, menekankan kekuatan bersama, kerentanan bersama. Regulasi (Pengaturan) merupakan keteraturan dari supervisi reflektif, dilakukan secara teratur (terjadwal), konsisten sehingga dapat diprediksi dan dapat melindungi.

2.3.2.2 Supervisi Model Interaktif

Supervisi model interaktif disebutkan oleh Farrington (1995) terdiri dari 3 fungsi supervisi yang saling mempengaruhi dalam suatu sistem. Fungsi dalam supervisi model interaktif meliputi fungsi *normative*, *formative* dan *restorative*. Model supervisi ini berasal dari model supervisi yang dikembangkan oleh Kadushin (1976) yang menyebutkan model fungsi supervisi meliputi fungsi *managerial*, *educative* dan *supportive* dan Proctor (1991) menyebutkan supervisi meliputi fungsi-fungsi *normative*, *formative* dan *restorative*. Supervisi model interaktif ini terdiri atas tiga fungsi yaitu:

a. Fungsi *Normative* (*Managerial*)

Komponen fungsi normatif merupakan upaya mengembangkan strategi mengelola tanggung jawab profesional dan issue kualitas keperawatan. Mengembangkan rasa identitas profesional yang kuat dan kepuasan kerja. Dengan adanya peningkatan kualitas maka dapat meningkatkan keselamatan klien. Mempromosikan kebijakan dan prosedur, mengembangkan standar dan berperan dalam audit klinik.

Brunero & Stein Parbury (2008) mengidentifikasi tujuan fungsi *normative* merupakan tanggung jawab profesional dalam keperawatan meliputi: Melakukan perubahan, moralitas, penyelesaian masalah, penegasan komitmen, Memastikan peran dan fungsi, mengidentifikasi solusi, meningkatkan praktik keperawatan, meningkatkan pemahaman issue profesional, identitas profesional, mengkonfirmasi keunikan peran, perubahan dalam organisasi keperawatan, meningkatkan asuhan keperawatan individu, mengkritisi praktik, meningkatkan praktik, menangani risiko, kepuasan kerja, solidaritas profesional, konfirmasi intervensi keperawatan, kerjasama dengan klien, mengurangi tuntutan klien, meningkatkan hubungan dengan klien.

Barkauskas (2000) menyatakan aplikasi model fungsi *normative* dapat dilakukan dengan rapat staf, observasi pelayanan, evaluasi formal, konsultasi lewat telepon, dokumentasi rekam medik klien, buku kegiatan harian perawat (*activity logs*).

b. Fungsi *Formative (Educative)*

Fungsi formative (Educative) merupakan area pengembangan keterampilan dan pengetahuan. Tujuan utama fungsi formative meningkatkan pengetahuan, kesadaran diri, kreasi dan inovasi. Fungsi *formative* berhubungan dengan perkembangan keperawatan. Bowles dan Young (1999) menyatakan bahwa pengalaman kerja perawat berhubungan dengan tingkat fungsi *formative*. Fungsi *formative* juga mengembangkan keterampilan dan riset klinik keperawatan.

Brunero & Stein Parbury (2008) mengidentifikasi tujuan fungsi *formative* merupakan pengembangan keterampilan dan ilmu pengetahuan meliputi: pembelajaran hal-hal baru, peningkatan pengetahuan, pengembangan profesional, kepercayaan diri, kesadaran akan pikiran dan perasaan, peningkatan pengetahuan tentang hak asasi manusia, menyadari banyaknya kebutuhan keluarga, kompetensi dan kreativitas, mengkonfirmasi keunikan klien, dukungan ide, inovasi, keterampilan komunikasi.

Barkauskas (2000) menyatakan fungsi *formative* dapat diaplikasikan salah satunya dengan pendidikan berkelanjutan.

c. Fungsi *Restorative (Supportive)*

Fungsi *restorative* dalam supervisi klinik ini berfokus mengevaluasi dan mengukur intensitas emosional staff. Fungsi *restorative* ini memberikan dukungan moral kepada staf, mengurangi kecemasan dan konflik, mengembangkan hubungan interpersonal yang lebih baik, meningkatkan kemampuan coping. Fungsi *restorative* memungkinkan perawat untuk memahami dan mengelola stress emosional dalam praktik keperawatan.

Brunero & Stein Parbury (2008) mengidentifikasi tujuan fungsi *restorative* yang merupakan dukungan sosial atau rekan sejawat meliputi mendengarkan dan mendukung, peningkatan kemampuan coping di tempat kerja, sebagai area pemberi dukungan, menjadikan hubungan lebih baik diantara staff, keterlibatan di tempat kerja, keamanan lingkungan kerja, rasa aman, kepuasan kerja, mengurangi kecemasan, memahami rekan kerja, meningkatkan

motivasi, mendiskusikan dan menggambarkan pikiran dan perasaan, empati, rasa kebersamaan, katarsis, memahami diri sendiri, meningkatkan hubungan diantara perawat, kepercayaan, mengurangi konflik, kebosanan, kelelahan, prestasi individu, pengembangan diri dan koping.

Barkauskas (2000) menyatakan fungsi *restorative* dapat diaplikasikan dengan supervisi kelompok, *case conference*, dan mengidentifikasi solusi masalah dalam praktik.

2.3.2.3 Supervisi model Reflektif Interaktif

Supervisi model reflektif interaktif merupakan supervisi secara langsung (*one to one supervision*) antara supervisor dan perawat yang disupervisi kombinasi antara supervisi interaktif dan reflektif. Supervisi dalam bentuk komunikasi langsung (diskusi) menekankan hubungan interpersonal (kolaboratif), terjadwal dan berpikir mendalam (reflektif) terkait dengan fungsi normatif, formatif, dan supportif. Penelitian ini menggunakan model supervisi model reflektif interaktif yang merupakan kombinasi dari supervisi model interaktif dan model reflektif. Supervisi model reflektif interaktif bertujuan untuk meningkatkan keterampilan kognitif berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Supervisi reflektif merupakan bentuk pemikiran lebih mendalam pada proses belajar bagi perawat dilakukan dengan sarana komunikasi dua arah dan diskusi antara supervisor dengan perawat untuk menyampaikan pertanyaan reflektif yang memotivasi perawat untuk berpikir kritis dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Model reflektif paling memungkinkan untuk membantu meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat. Supervisi interaktif dengan fungsi tugas *normative (managerial)*, *formative (educative)*, dan *restorative (supportive)* yang dilaksanakan supervisor merupakan model supervisi yang paling banyak digunakan (Brunero & Stein-Parbury, 2008). Tidak ada model supervisi terbaik, tetapi tergantung pelaksanaan di masing-masing tempat (Lynch, Hancox, Happell, & Parker, 2008). Model Supervisi kombinasi reflektif Interaktif memungkinkan untuk dilaksanakan dan menunjang peningkatan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Kombinasi supervisi model reflektif dan interaktif ini dilaksanakan melalui supervisi secara langsung, diskusi menekankan perawat untuk berpikir tentang asuhan yang telah dilakukan, pendapat perawat terkait standar keperawatan yang berlaku, permasalahan emosional individu perawat terkait dengan asuhan keperawatan yang dilakukan. Supervisi ini dilakukan dengan diskusi dan arahan dari supervisor, hubungan interpersonal dan terjadwal. Model supervisi ini dianggap tepat diterapkan pada kondisi tenaga keperawatan >50% belum cukup berpikir kritis dan tingkat pendidikan DIII Keperawatan.

Pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif dilaksanakan pada setiap perawat 1x/minggu dalam 3 minggu, sehingga setiap perawat mendapatkan supervisi sebanyak 3x dalam 3 minggu. Pelaksanaan supervisi dilakukan \pm 45 menit pada setiap perawat. Frekuensi supervisi ini terkait dengan akan dilakukan pengukuran keterampilan berpikir kritis sebagai dampak dari supervisi yang dilakukan. Butterworth et, al. (1997 dalam Whistanley & While, 2003) menyatakan waktu supervisi dilakukan minimal \pm 45 menit dalam setiap bulan pada setiap bawahan.

2.3.3 Supervisi dalam Manajemen Keperawatan

Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan dalam manajemen keperawatan. Supervisi dalam manajemen keperawatan diuraikan sebagai berikut:

2.3.1.2 Pengertian Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan merupakan koordinasi dan integrasi dari sumber-sumber keperawatan melalui penerapan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan sebagai upaya untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan (Huber, 2006). Manajemen keperawatan merupakan suatu proses pemberian asuhan keperawatan melalui upaya staf keperawatan dengan menggunakan sumber-sumber yang ada berupa dana, peralatan dan sumber daya manusia sehingga efektifitas dan efisiensi proses keperawatan dapat tercapai (Gillies, 1996).

2.3.1.2 Fungsi Manajemen Keperawatan

Fungsi manajemen dalam Huber (2006) terdiri atas:

a. Perencanaan

Fungsi manajemen yang pertama meliputi mendefinisikan tujuan organisasi, menetapkan strategi dan mengembangkan rencana untuk mengkoordinasikan kegiatan dalam upaya mencapai tujuan bersama (Robins, 1996). Perlu pemahaman tentang visi, misi dan nilai-nilai yang dimiliki, filosofi dan tujuan organisasi serta strategi yang akan digunakan untuk mencapai tujuan tersebut. Proses perencanaan ini melibatkan semua unsur dalam organisasi dilibatkan agar lebih aspiratif dan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi saat ini.

b. Pengorganisasian

Fungsi pengorganisasian berhubungan erat dengan bentuk organisasi, metode penugasan, penempatan dan pengaturan struktur organisasi, metode penugasan, uraian tugas jabatan, pengaturan ketenagaan, perumusan sistem evaluasi kinerja dan memberdayakan tim kerja dan kelompok untuk mencapai tujuan (Gillies, 1996; Swansburg, 1999).

c. Pengarahan

Pengarahan merupakan fungsi manajemen yang berhubungan dengan pelaksanaan berbagai rencana yang telah dibuat oleh manajer. Rencana kerja diuraikan menjadi tugas yang dapat dilaksanakan dan didelegasikan (Marquis & Houston, 2006). Proses pengarahan dilakukan melalui memaksimalkan kinerja staf melalui motivasi, efisiensi waktu dan sumber daya, keterampilan komunikasi, manajemen konflik, kolaborasi, dan negosiasi. Pengarahan berfokus pada upaya manajer keperawatan mengatur, mengarahkan dan memaksimalkan sumber daya untuk mencapai tujuan (Robbins, 2006). Pengarahan meliputi penggunaan sistem kekuasaan, pengambilan keputusan, komunikasi manajemen, memotivasi bawahan, supervisi, memilih saluran komunikasi yang paling efektif dan dapat memecahkan masalah (Huber, 2006; Kozier et al, 1997). Fungsi pengarahan ini mempunyai area yang paling besar karena terkait dengan sumber daya manusia yang sangat berkontribusi dalam mencapai tujuan organisasi (La Monica, 1994).

d. Pengendalian

Pengendalian meliputi kegiatan-kegiatan untuk memantau dan memastikan bahwa kegiatan yang direncanakan telah dicapai dengan baik. Pengendalian

ini dilakukan dengan membandingkan hasil kerja yang dicapai dengan standar penampilan dan target yang telah dirumuskan pada tahap perencanaan serta melakukan tindakan koreksi bila diperlukan terhadap setiap penyimpangan yang terjadi sehingga diharapkan pelayanan keperawatan dapat meningkat dari waktu ke waktu (Huber, 2006; Robbins, Bergman, & Stagg, 1997).

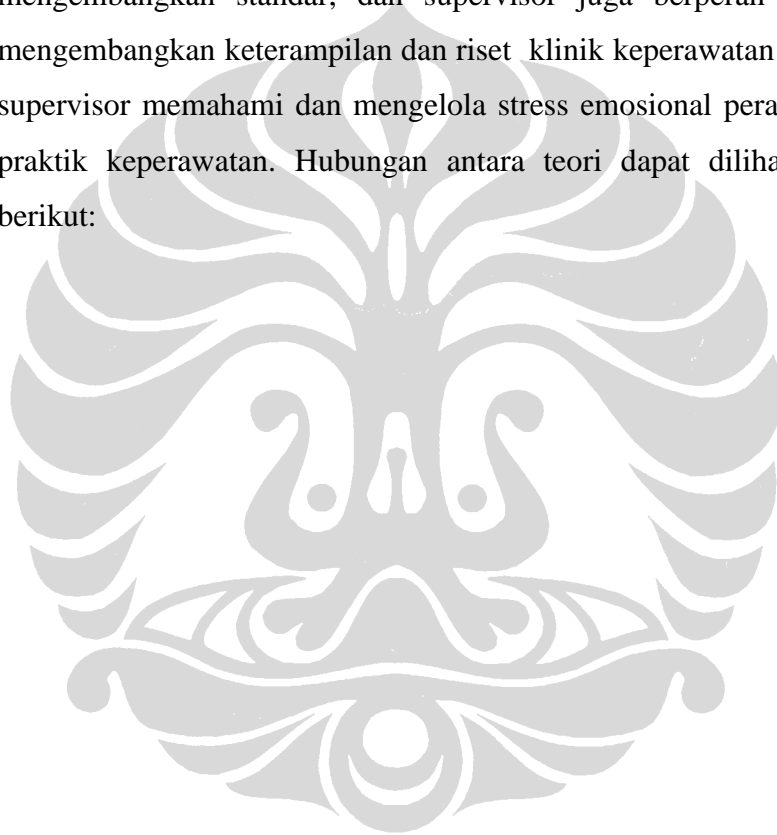
2.4 Kerangka Teori

Kerangka teori menjelaskan secara singkat konsep teori yang mendasari penelitian. Kerangka teori merupakan struktur logis pemahaman yang mengarahkan peneliti pada konsep teori yang mendasari penelitian (Burns & Grove, 1993). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

Keterampilan berpikir kritis merupakan kemampuan perawat untuk menginterpretasi, mengevaluasi, menganalisa, menyimpulkan, menjelaskan dan mengontrol diri terhadap kekurangan ketika menilai suatu masalah (Facione & Facione, 1996; Ignatavicius, 2001). Konsep keterampilan berpikir kritis ini seterusnya dikembangkan oleh Facione (1997) menjadi kemampuan kognitif dalam menganalisis, menyimpulkan, dan evaluasi.

Proses keperawatan merupakan suatu kegiatan yang kompleks karena tidak hanya menuntut keterampilan kognitif perawat, tetapi juga menuntut keterampilan psikomotor dan afektif untuk merasakan dan menilai (Lewis, et al, 2004 dalam Paul, 2010), intuitive (Ignatavicius & Workman, 2006) dan kreativitas (Alfaro-LeFevre, 2004). Keterampilan berpikir kritis ini digunakan dalam melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan intervensi, implementasi dan evaluasi pada proses keperawatan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami klien sebagai *problem solving* (Alfaro-LeFevre, 2004; Wilkinson, 1996). Berpikir kritis dapat meningkatkan kualitas keputusan dalam proses keperawatan (Ignatavicius & Workman, 2006). Salah satu upaya meningkatkan keterampilan berpikir kritis melalui kegiatan supervisi.

Supervisi merupakan kegiatan mengarahkan, mengobservasi dan mengevaluasi kegiatan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana dan supervisi dilakukan oleh atasan langsung (Kron, 1987). Penelitian ini menggunakan supervisi dengan kombinasi model reflektif yang dikembangkan oleh Daly (2004) dan interaktif oleh Kadushin (1976) dan Proctor (1987). Kegiatan supervisi ini menekankan perawat pelaksana untuk berpikir secara mendalam tentang kegiatan yang mereka lakukan, supervisor bertanya dengan model trigger untuk memotivasi perawat berpikir secara kritis dan mempromosikan kebijakan dan prosedur, mengembangkan standar, dan supervisor juga berperan dalam audit klinik, mengembangkan keterampilan dan riset klinik keperawatan serta memungkinkan supervisor memahami dan mengelola stress emosional perawat pelaksana dalam praktik keperawatan. Hubungan antara teori dapat dilihat pada diagram 2.2 berikut:



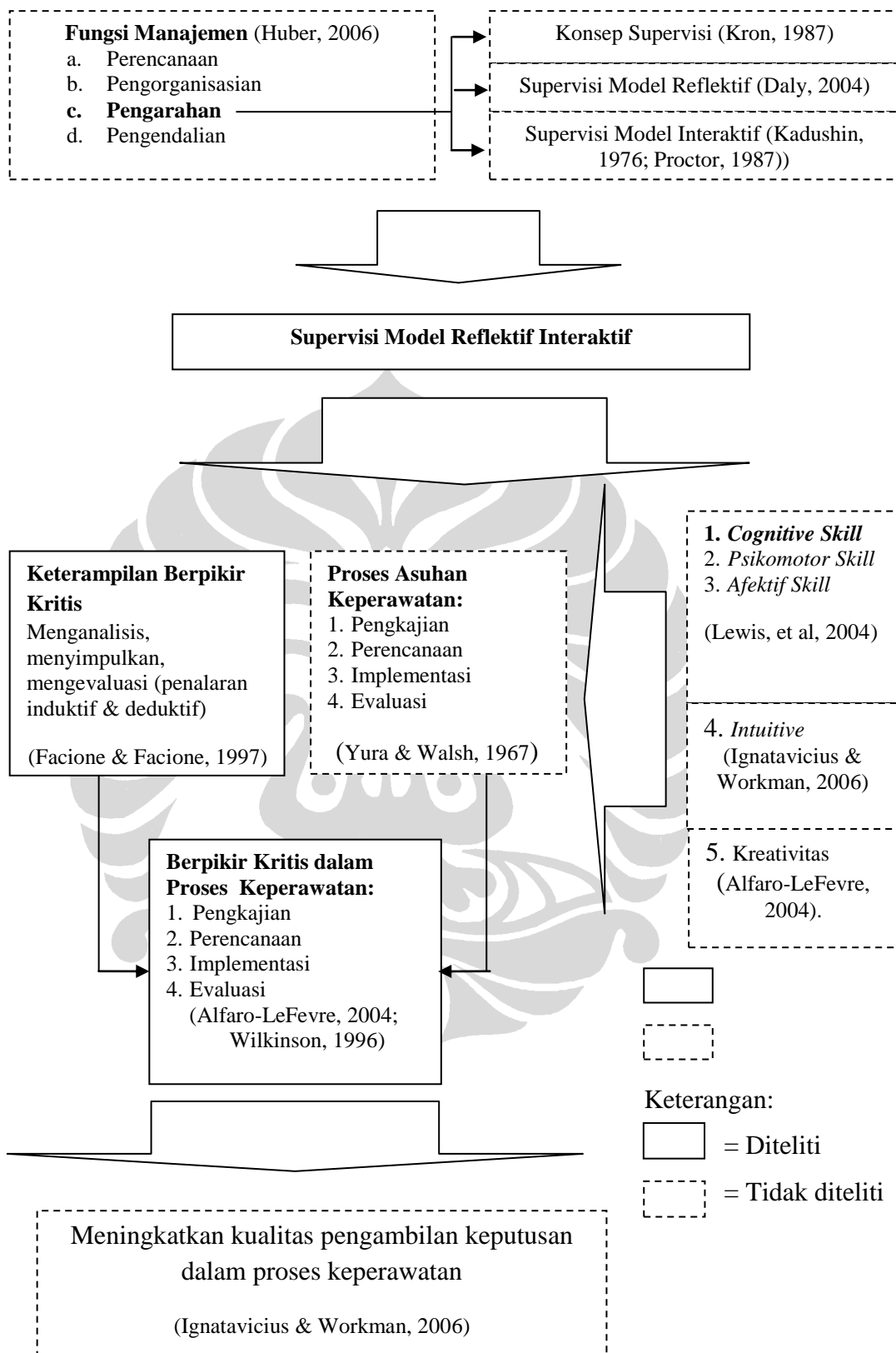


Diagram 2.2. Kerangka Teori

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menjelaskan kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional. Kerangka konsep penelitian membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penelitian dengan teori. Hipotesis penelitian merupakan pernyataan sementara peneliti yang diuji kebenarannya dan dinyatakan dalam hipotesis alternative. Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari variabel yang diteliti.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini berasal dari kerangka teori yang dijadikan suatu konsep dan pedoman bagi peneliti dalam proses penelitian. Kerangka konsep ini menjadi jembatan antara teori yang digunakan dan pelaksanaan penelitian. Kerangka konsep ini menguraikan variabel dependen dan variabel independen, .

3.2.1 Variabel Dependen

Variabel dependen merupakan variabel yang dapat berubah karena adanya variabel lain dalam penelitian. Variabel dependen (variabel terikat) disebut juga variabel *outcome*, efek, atau hasil. Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh/atau yang berubah karena perubahan variabel bebas (Creswel, 2009; Sastroasmoro & Ismael, 2010; Sugiyono, 2009).

Variabel dependen pada penelitian ini adalah keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien rawat inap di rumah sakit. Variabel ini diukur dengan instrumen keterampilan berpikir kritis perawat sebelum dan setelah dilakukan intervensi supervisi model reflektif interaktif selama 3 minggu oleh supervisor.

3.2.2 Variabel Independen

Variabel independen merupakan variabel yang dapat mempengaruhi variabel lain dalam penelitian. Variabel independen atau sering disebut variabel bebas, *predictor*, *causa*, atau risiko. Variabel independen adalah apabila variabel tersebut berubah dapat mengakibatkan perubahan pada variabel lain (Creswel, 2009; Sastroasmoro & Ismael, 2010; Sugiyono, 2006).

Variabel independen dalam penelitian ini adalah kegiatan supervisi model reflektif interaktif terhadap perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien rawat inap di rumah sakit. Kegiatan supervisi ini menggunakan kombinasi model reflektif interaktif dilaksanakan oleh supervisor sesuai jadwal jaga perawat sebagai responden (3x supervisi pada setiap responden) selama 3 minggu.

Variabel dependen dan variabel independen pengaruhnya melalui penelitian ini. Kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada diagram 3.1 berikut:

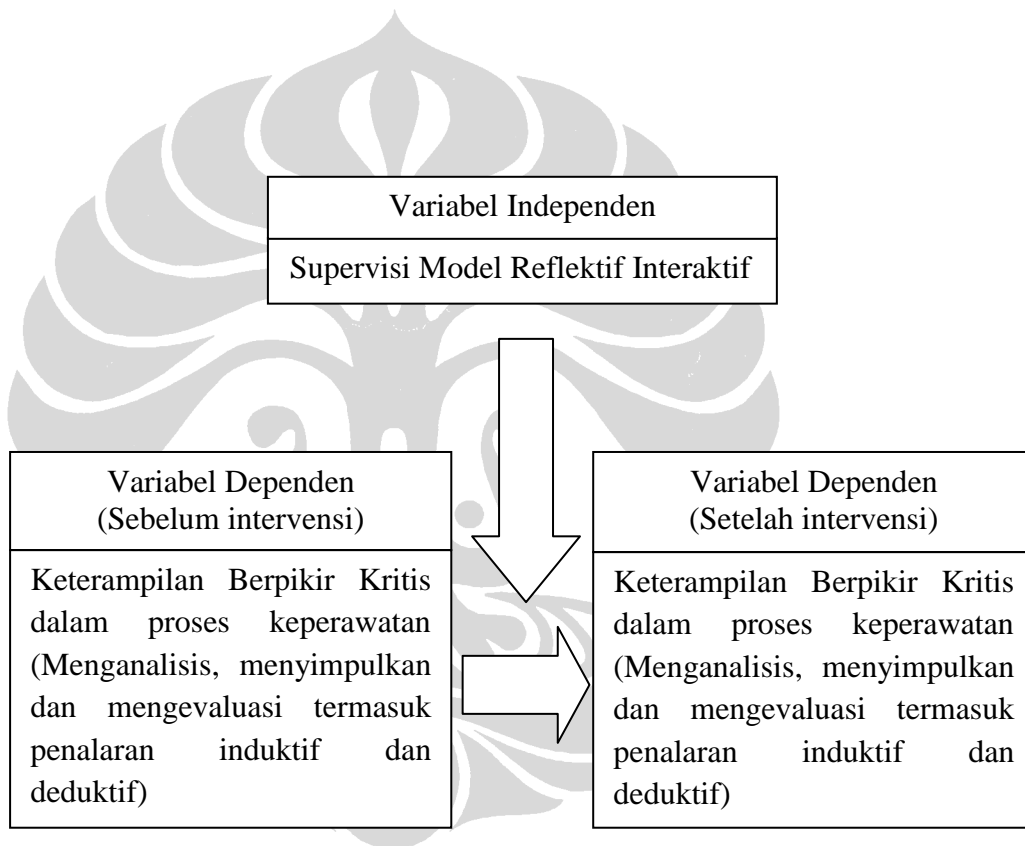


Diagram 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu jawaban sementara terhadap permasalahan penelitian yang diuji berdasarkan fakta empiris (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Hipotesis penelitian tentang pengaruh supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin sebagai berikut:

a. Hipotesis Mayor:

Ada pengaruh supervisi reflektif interaktif terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

b. Hipotesis Minor:

a) Ada perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi sebelum dan setelah dilakukan supervisi pada kelompok intervensi di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

b) Tidak ada perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok kontrol sebelum dan setelah dilakukan supervisi pada kelompok intervensi di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

c) Ada perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi dan kontrol setelah dilakukan supervisi pada kelompok intervensi di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional pada variabel dependen dan independen yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1. dan 3.2 berikut:

Tabel. 3.1 Definisi Operasional Variabel Dependen

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Keterampilan berpikir kritis dalam proses keperawatan	Kemampuan perawat menggunakan keterampilan kognitif yang terdiri dari analisis, membuat kesimpulan, dan evaluasi (termasuk melalui penalaran induktif dan deduktif) dalam melakukan asuhan keperawatan.	Instrumen B.	Menggunakan kuesioner B tentang keterampilan berpikir kritis, terdiri dari 25 item pertanyaan <i>multiple choice</i> . Setiap item jawaban diukur dengan skor 1 pada setiap item jawaban benar dan 0 bila salah. Skor nilai tertinggi 25 dan terendah 0.	7-25	Interval
Tingkat pendidikan	Pendidikan formal keperawatan terakhir dan mendapatkan ijazah saat penelitian.	Instrumen A.	Responden memberikan check list (√) pada salah satu option terkait tingkat pendidikan.	1. DIII Keperawatan.. 2. S1 Keperawatan.	Ordinal
Jenis kelamin	Penggolongan jenis kelamin perawat.	Instrumen A.	Responden Memberikan check list (√) pada salah satu option terkait tingkat pendidikan.	1.Laki-laki. 2.Perempuan	Nominal
Umur	Usia perawat sejak lahir sampai ulang tahun terakhir.	Instrumen A.	Responden menuliskan dengan angka pada kuesioner.	Umur dalam tahun. (23-44 tahun)	Interval
Masa Kerja	Lamanya kerja sebagai perawat sesuai dengan SK penempatan sampai dengan waktu penelitian.	Instrumen A.	Responden menuliskan dengan angka pada kuesioner.	Masa kerja dalam tahun. (5-25 tahun)	Interval

Tabel. 3.2 Definisi Operasional Variabel Independen

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Supervisi	Kegiatan yang dilakukan oleh supervisor secara langsung untuk mengarahkan, mengobservasi dan mengevaluasi dengan model reflektif interaktif terhadap perawat pelaksana.	Format pelaksanaan supervisi oleh supervisor.	Responden kelompok intervensi mengisi lembar evaluasi pelaksanaan supervisi oleh supervisor, sebelum dan setelah kegiatan supervisi reflektif interaktif.	93,28% dilaksanakan.	Ordinal
			1= Dilaksanakan lengkap sesuai kriteria.		
			0= Tidak dilaksanakan atau dilaksanakan tapi tidak lengkap		

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini memaparkan metodologi penelitian yang digunakan, meliputi desain, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, dan etika penelitian. Selain itu juga memaparkan alat yang digunakan dalam pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan proses serta analisis data yang dilakukan dalam penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan desain *quasi experiment pre-post test with control group* merupakan desain penelitian dengan menguji pengaruh suatu metode kepada responden dengan instrumen yang diujikan sebelum dan sesudah eksperimen dilakukan terhadap responden. Penelitian dengan desain kuasi eksperimen digunakan untuk mengetahui pengaruh dari perlakuan pada subyek dan mengukur hasil (efek) intervensi (Burns & Grove, 1993; Polit & Hungler, 1999; Sastroasmoro & Ismael, 2010). Desain ini menggunakan dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok intervensi. *Pre test* dilakukan untuk mengetahui dan memastikan kesetaraan masing-masing kelompok sebelum dilakukan intervensi pada kelompok intervensi sebagai keadaan awal serta perbedaan setelah intervensi. Kelompok kontrol sebagai pembanding efek intervensi terhadap kelompok intervensi yang diberi intervensi supervisi model reflektif interaktif.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh supervisi model reflektif interaktif terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan, dengan membandingkan kelompok yang mendapatkan supervisi asuhan keperawatan dengan kelompok kontrol yang tidak dilakukan supervisi asuhan keperawatan sehingga teridentifikasi pengaruh supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Efek intervensi diukur dengan melakukan *pre test* sebelum dan *post test* setelah intervensi supervisi model reflektif interaktif dilakukan pada kelompok intervensi. Secara lebih rinci desain penelitian ini dapat dilihat pada diagram 4.1 berikut:

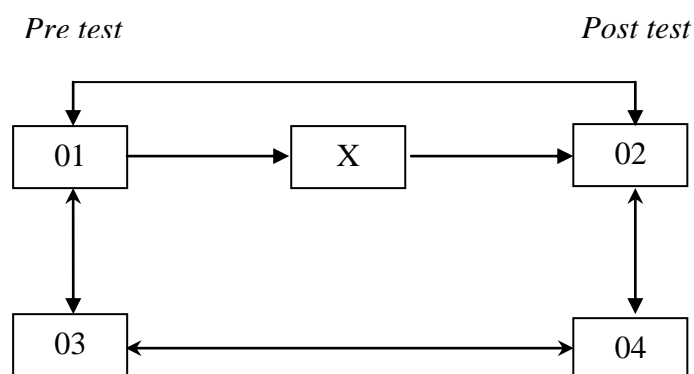


Diagram 4.1 Desain Penelitian

Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi) supervisi model reflektif interaktif dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
- 01 : Keterampilan berpikir kritis perawat sebelum mendapatkan perlakuan supervisi pada kelompok intervensi.
- 02 : Keterampilan berpikir kritis perawat setelah mendapatkan perlakuan supervisi pada kelompok intervensi.
- 03 : Keterampilan berpikir kritis perawat sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan supervisi pada kelompok kontrol.
- 04 : Keterampilan berpikir kritis perawat setelah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan supervisi pada kelompok kontrol.
- 01-02 : Perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat sebelum dan sesudah dilakukan supervisi asuhan keperawatan pada kelompok intervensi, yang diukur pada kelompok intervensi.
- 03-04 : Perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat sebelum dan sesudah dilakukan supervisi asuhan keperawatan pada kelompok intervensi, yang diukur pada kelompok kontrol.
- 01-03 : Perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat sebelum dilakukan supervisi pada kelompok intervensi yang diukur antara kelompok

intervensi dan kontrol.

02-04 : Perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat sesudah dilakukan supervisi pada kelompok intervensi yang diukur antara kelompok intervensi dan kontrol.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian (Polit & Hungler, 1999). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat meliputi ketua tim dan perawat pelaksana di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh (189 perawat) dan RSUD Ulin Banjarmasin (128 perawat) yang berjumlah 317 perawat.

4.2.2 Sampel

Penentuan jumlah sampel responden yaitu perawat di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh dan RSUD Ulin Banjarmasin pada penelitian ini menggunakan rumus ukuran sampel berdasarkan rumus besar sampel untuk penelitian analitik katagorik tidak berpasangan (Dahlan, 2008; Lemeshow, Hosmer, & Klar, 1990; Sastroasmoro & Ismael, 2010) sebagai berikut:

$$N1 = N2 = \frac{\{Z_{\alpha}\sqrt{2PQ} + Z_{\beta}\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

N1=N2	=	Besar sampel
Z_{α}	=	Deviasi baku Alfa = kesalahan tipe I = 5% pada hipotesis 2 arah = 1,96
Z_{β}	=	Deviasi baku Beta = kesalahan tipe II = 20% = 0,842
P	=	Proporsi total = $(P_1 + P_2)/2 = 0,827$
Q	=	$1 - P = 1 - 0,827 = 0,173$
P_1	=	$P_2 + 0,2 = 0,73 + 0,02 = 0,927$
Q_1	=	$1 - P_1 = 1 - 0,927 = 0,073$
P_2	=	Proporsi pada kelompok intervensi penelitian (Sumartini, 2010) = 72,7% = 0,727
Q_2	=	$1 - P_2 = 1 - 0,727 = 0,273$
$P_1 - P_2$	=	Selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna = 20% = 0,2

$$N1 = N2 = \frac{\{1,96\sqrt{2 * 0,827 * 0,173} + 0,842\sqrt{(0,927 * 0,073) + (0,727 * 0,273)}\}^2}{(0,93 - 0,73)^2}$$

= 55 responden

Besar sampel minimal dalam penelitian ini berdasarkan rumus tersebut maka jumlah sampel kelompok intervensi 55 responden dan pada kelompok kontrol 55 responden untuk mengantisipasi adanya *drop out* dalam penelitian ini maka perlu memperbesar jumlah sampel dilakukan dengan rumus sebagai berikut (Lemeshow, Hosmer, & Klar, 1990; Sastroasmoro & Ismael, 2010):

$$n' = \frac{n}{1 - L}$$

Keterangan	
n'	= Ukuran sampel setelah revisi
n	= Ukuran sampel asli
L	= Non response rate (Proporsi subyek yang hilang = 10%)

Besar sampel setelah direvisi untuk kelompok kontrol dan intervensi masing-masing adalah 61 responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan apabila populasi terdiri dari unit yang dapat mempunyai karakteristik tidak homogen adalah *proportionate stratified random sampling (Probability sampling)* dan apabila menggunakan pertimbangan tertentu maka disebut *purposive sampling (Nonprobability sampling)* (Notoatmodjo, 2005; Sugiyono, 2005). Kesahihan sampel *nonprobability sampling* terletak pada berapa benar karakteristik sampel yang dipilih menyerupai karakteristik sampel bila pemilihan dilakukan dengan cara *probability sampling* dan bila pemilihan sampel tidak dilakukan dengan baik sehingga sampel tidak mewakili populasi maka apapun hasilnya tidak dapat digeneralisasi ke populasi (Sastroasmoro & Ismael 2010).

Penelitian ini menggunakan kombinasi teknik sampling *proportionate stratified random sampling* dan *purposive sampling*, hal ini karena intervensi supervisi melibatkan kepala ruang untuk melatih kemampuan supervisi model reflektif interaktif. Penentuan sampel kelompok intervensi diawali secara proporsi dari setiap ruang rawat. Jumlah sampel yang memenuhi kriteria inklusi berdasarkan jumlah tenaga bidang keperawatan pada IRNA RS. Dr H. M. Ansari Saleh lebih dari 61 perawat (jumlah sampel penelitian kelompok intervensi), maka digunakan pertimbangan kepentingan supervisi oleh kepala ruang sebagai supervisor yang dilaksanakan pada *shift* pagi sehingga responden yang dipilih adalah responden

yang lebih banyak *shift* pagi ketika pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif serta kriteria inklusi. Sampel penelitian pada kelompok intervensi yang diambil dengan teknik sampling ini berjumlah 61 perawat. Penentuan sampel secara proporsi dapat dilihat pada tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1.
Jumlah Sampel Kelompok Intervensi di Instalasi Rawat Inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin, Mei 2011

No	Ruang		Jumlah Perawat	Jumlah Sampel
	Nama	Jenis		
1	Nilam	Penyakit Dalam	25	$25/189 \times 61 = 8$
2	Kumala	Bedah	22	$22/189 \times 61 = 7$
3	Safir	Penyakit Dalam	18	$18/189 \times 61 = 6$
4	Emerald	VIP	22	$22/189 \times 61 = 7$
5	Berlian	THT, Mata, & Kukel	21	$21/189 \times 61 = 7$
6	Alexandri	Anak	24	$24/189 \times 61 = 8$
7	Merah Delima	Bayi	18	$18/189 \times 61 = 6$
8	Giok	Jiwa Wanita	16	$16/189 \times 61 = 5$
9	Yakut	Jiwa Pria	23	$23/189 \times 61 = 7$
Jumlah			189	61

Keterangan: Sumber Bidang Keperawatan RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin

Penentuan sampel kelompok kontrol diawali dengan cara proporsi dari jumlah perawat setiap ruang rawat. Jumlah sampel sesuai kriteria inklusi lebih dari 61 perawat sehingga dipilih berdasarkan jadwal shift perawat yang lebih diutamakan *shift* pagi dan sore ketika penelitian dilakukan (*pre test*) dan ketika *post test* peneliti dibantu kepala ruang dilakukan sesuai jadwal *shift* perawat yang menjadi responden. Sampel penelitian kelompok kontrol yang diambil dengan teknik sampling ini berjumlah 61 perawat dan diuraikan pada tabel 4.2 berikut:

Tabel 4.2.
Jumlah Sampel Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap Non Bedah RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2011

No	Ruang		Jumlah Perawat	Jumlah Sampel
	Nama	Jenis		
1	Flamboyan	Penyakit Dalam Wanita	14	$14/128 \times 61 = 7$
2	Tanjung	Penyakit Dalam Pria	20	$20/128 \times 61 = 9$
3	Seruni	Saraf	14	$14/128 \times 61 = 7$
4	Alamanda	Jantung	17	$17/128 \times 61 = 8$
5	Sedap Malam	Anak	23	$23/128 \times 61 = 11$
6	Angelir	Kulit Kelamin	13	$13/128 \times 61 = 6$
7	Teratai	Bayi	17	$17/128 \times 61 = 8$
8	Dahlia	Paru	10	$10/128 \times 61 = 5$
Jumlah			128	61

Keterangan: Sumber Bidang Keperawatan RSUD Ulin Banjarmasin

4.2.4 Kriteria Inklusi

Karakteristik sampel yang layak untuk diteliti (kriteria *inklusi*) adalah:

- a. Perawat pelaksana dan ketua tim di ruang rawat.
- b. Pendidikan minimal DIII Keperawatan.
- c. Tidak sedang cuti kerja.
- d. Tidak sedang menjadi responden penelitian lain.
- e. Bersedia menjadi responden.
- f. Tidak sedang mengikuti pendidikan/pelatihan.
- g. Masa kerja ≥ 5 tahun.

4.2.5 Supervisor

Penelitian ini melibatkan kepala ruang sebagai supervisor terhadap perawat di ruang rawat (responden) yang mereka kelola. Kepala ruang berjumlah 9 orang yang sebelumnya dilatih supervisi model reflektif interaktif oleh peneliti selama 2 hari. Kriteria supervisor adalah perawat yang menjabat sebagai kepala ruang, pendidikan minimal S1 Keperawatan dan bersedia mengikuti proses penelitian.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin sebagai kelompok intervensi. Pemilihan lokasi ini berdasarkan kesesuaian fenomena lapangan dengan masalah penelitian dan merupakan tempat kerja peneliti. Kelompok kontrol menggunakan tempat di Instalasi Rawat Inap Non Bedah RSUD Ulin Banjarmasin sebagai rumah sakit dengan tipe yang sama dengan RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin. Jarak ke dua rumah sakit ini $\pm 6,093$ km melewati rute jalan provinsi (lampiran 15).

4.4 Etika Penelitian

Proses etika dalam penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan persetujuan pembimbing tesis FIK UI dan lolos uji etik dari komisi etik FIK UI (Lampiran 3). Pengajuan ijin di rumah sakit melalui Direktur RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin dan RSUD Ulin Banjarmasin dengan surat permohonan ijin untuk melakukan penelitian.

4.4.4 Prinsip Etik Penelitian

Ada beberapa prinsip-prinsip etika dalam penelitian antara lain menurut *American Nurses Association* (LoBiondo-Wood & Haber, 2010) meliputi responden berhak untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian (*Right of self-determination*), responden berhak dijaga kerahasiaan dan martabatnya (*Right to privacy and dignity*), responden mempunyai hak untuk tidak diketahui nama dan dijaga kerahasiaannya dari orang lain yang tidak diinginkan oleh responden (*Right to anonymity and confidentiality*), responden berhak mendapatkan perlakuan adil (*Right to fair treatment*), responden berhak dijaga dari ketidaknyamanan (*Right to protection from discomfort and harm*). Prinsip etik dari Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan (KNEPK) meliputi prinsip menghormati seseorang (*Respect for persons*) yaitu menghormati dan melindungi otonomi, prinsip kemanfaatan (*Beneficence*) yaitu manfaat maksimal dan risiko minimal, dan prinsip keadilan (*justice*) memperlakukan setiap orang dengan moral yang benar dan pantas serta memberi setiap orang haknya yang distribusi secara seimbang dan adil antara beban & manfaat keikutsertaan. Prinsip etik menurut Polit & Hungler (1999) meliputi prinsip kemanfaatan (*The Principle of Beneficence*), prinsip menghargai martabat (*The principle of respect for human dignity*), prinsip keadilan (*The principle of justice*), dan *Inform consent* yang dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Prinsip Kemanfaatan (*The Principle of Beneficence*)

Prinsip kemanfaatan ini mengharuskan peneliti untuk mempertimbangkan agar responden tidak dirugikan, bebas dari eksploitasi, mendapatkan manfaat dari penelitian, dan peneliti mempertimbangkan antara risiko dan manfaat yang didapat responden dari penelitian. Responden berhak dijaga dari ketidaknyamanan baik secara fisik, psikologis maupun sosial. Intervensi dalam kegiatan ini adalah supervisi dengan model reflektif interaktif kepada perawat pelaksana, untuk menjaga kenyamanan responden penelitian ini dilakukan pada jam kerja perawat, tidak ada paksaan dan dilakukan dengan komunikasi dalam bentuk diskusi. Melalui penelitian ini responden mendapatkan latihan keterampilan berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan.

b. Prinsip Menghargai Martabat (*The principle of respect for human dignity*)

Peneliti berkewajiban menjelaskan secara detail hal-hal terkait penelitian yang akan dilakukan dengan responden. Responden bebas untuk menentukan secara sukarela kesediaannya untuk terlibat dalam penelitian. Responden tidak akan mendapatkan sanksi jika menolak menjadi responden, bahkan ketika proses penelitian sedang dilaksanakan responden dapat bebas mengundurkan diri dari penelitian apabila merasa tidak nyaman. Responden penelitian ini tidak ada yang mengundurkan diri dari proses penelitian.

c. Prinsip Keadilan (*The Principle of Justice*)

Prinsip keadilan ini meliputi prinsip mendapatkan intervensi yang baik (*the right to fair treatment*) dan prinsip hak pribadi (*the right privacy*). *The right to fair treatment* pada penelitian ini dalam bentuk intervensi kepada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan sama baiknya sebelum, selama dan setelah intervensi dalam penelitian dengan tidak mendiskriminasikan. Kelompok intervensi dalam penelitian ini diberikan supervisi model reflektif interaktif selama 3 minggu (2 s.d 24 Mei 2011) oleh supervisor pada masing-masing ruang rawat. Supervisi model reflektif interaktif pada kelompok kontrol direncanakan dilaksanakan bulan Agustus 2011. Prinsip hak pribadi (*the right privacy*) yaitu identitas responden dijaga kerahasiaannya (*anonymity*), data yang diperoleh dari responden hanya diketahui oleh peneliti dan responden, identitas pada instrumen menggunakan kode responden.

4.4.5 Informed Consent

Peneliti terlebih dahulu menjelaskan tentang tujuan penelitian, waktu penelitian yang digunakan, resiko dan manfaat penelitian terhadap responden dan keperawatan, jaminan bahwa tidak ada pengaruh penelitian terhadap individu, pekerjaan dan jaminan kerahasiaan data yang diberikan tidak disebarluaskan ataupun dapat merugikan responden, sebelum responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti menjelaskan hak-hak responden untuk berhenti menjadi responden bila mendapatkan ketidak nyamanan selama proses penelitian berlangsung.

Peneliti dibantu kepala ruang yang telah diberikan informasi terlebih dahulu tentang penjelasan dan *informed consent*. Kepala ruang membantu peneliti memberikan penjelasan dan meminta kesediaan responden pada ruang rawat masing-masing untuk menanda tangani lembar *informed consent*.

Lembar *informed consent* memuat status responden, tujuan penelitian, jenis data yang akan dikumpulkan peneliti, sifat dan lama waktu penelitian, persyaratan responden, prosedur penelitian, potensial risiko dan biaya, potensial manfaat, jaminan keamanan/kerahasiaan, pernyataan partisipasi dengan sukarela, responden bebas untuk menghentikan partisipasi dalam penelitian tanpa sanksi, memilih alternatif prosedur yang menguntungkan bagi responden dan mencantumkan sumber informasi yang dapat dihubungi responden. Penjelasan penelitian dan *informed consent* dibuat secara tertulis (lampiran 6 dan 7).

4.5 Alat Pengumpulan Data

Instrumen pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner dan format observasi yang diuraikan sebagai berikut:

a. Instrumen A

Merupakan instrumen untuk mendapatkan data karakteristik perawat pelaksana terdiri atas usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja. Responden mengisi instrumen pada lembar yang tersedia (Lampiran 9).

b. Instrumen B

Instrumen B sebagai alat uji keterampilan berpikir kritis perawat diadaptasi oleh peneliti berdasarkan berbagai sumber. Instrumen ini mengukur keterampilan berpikir kritis perawat yang meliputi kemampuan analisis, membuat kesimpulan, mengevaluasi dapat dengan penalaran deduktif dan induktif. Instrumen ini mengadaptasi konsep keterampilan berpikir kritis Facione & Facione (1997) yang meliputi kemampuan analisis, membuat kesimpulan, dan mengevaluasi.

Instrumen ini memuat pertanyaan yang menggambarkan proses berpikir kritis perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Instrumen ini terdiri atas 25 item, jawaban benar diberi skor 1 dan jawaban salah diberi skor 0. Nilai

terendah 0 dan nilai tertinggi 25, rentang nilai 0-25 perbandingan hasil ukur dengan skor maksimal >75% (18,75 *point*) setara dengan optimal. Nilai optimal dihitung berdasarkan rentang *quartile* yaitu interval nilai yang dibagi menjadi 4 bagian dan *quartile* ke-1 0-25% (0-6,25 *point*), *quartile* ke-2 25-50% (6,25-12,50 *point*), *quartile* ke-3 50-75% (12,50-18,75 *point*), dan bagian tertinggi (optimal) adalah *quartile* ke-4 75-100% (18,75-25 *point*). Instrumen ini telah diuji validitas dan reliabilitas sebelum digunakan dalam penelitian (Lampiran 10).

c. Format observasi pencapaian perawat

Format observasi pencapaian perawat terdiri 15 item observasi yang dilakukan oleh supervisor setiap kali melakukan intervensi supervisi kepada perawat sebagai responden selama 3x pertemuan dalam 3 minggu. Format ini untuk melihat perkembangan pencapaian keterampilan berpikir kritis perawat selama dilakukan supervisi, format ini juga digunakan untuk uji *interrater reliability* (Lampiran 11).

d. Format pelaksanaan supervisi oleh supervisor

Format pelaksanaan supervisi oleh supervisor terdiri 10 item observasi yang diisi oleh perawat yang disupervisi sebelum dan setelah pelaksanaan supervisi. Format ini untuk mengetahui pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif oleh supervisor (Lampiran 12).

e. Pedoman Pelaksanaan Supervisi

Pedoman pelaksanaan supervisi memuat kurikulum dan materi tentang supervisi. Salah satu materi memuat konsep dan pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif (Lampiran 13).

4.6 Uji Instrumen

Instrumen pengukuran keterampilan berpikir kritis perawat telah dilakukan pengujian pada kelompok perawat dengan karakteristik yang sama dengan kriteria inklusi penelitian. Uji instrumen ini dilakukan pada 62 perawat di RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin dan bukan responden penelitian. Responden uji validitas minimal 30 orang (Hastono, 2007).

4.6.1 Uji Validitas

Uji validitas merupakan pengujian terhadap ketepatan suatu instrumen dalam mengukur data penelitian. Kerlinger (1990) membagi validitas menjadi tiga, yaitu validitas konstruk (*construct validity*), validitas isi (*content validity*), dan validitas berdasar kriteria (*criterion-related validity*). Penelitian ini menggunakan validitas konstruk dan validitas isi.

Uji validitas konstruk dilakukan dengan membuat instrumen berdasarkan konsep teori dari materi yang diuji, membandingkan dengan instrumen sejenis, menyusun kisi-kisi instrumen, dan mendiskusikan dengan pembimbing. Uji validitas isi dilakukan dengan menganalisis hasil instrumen yang diuji coba pada 62 perawat menggunakan teknik korelasi *Pearson Product Moment*. Rumus *Pearson Product Moment* sebagai berikut:

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Suatu item pertanyaan dikatakan valid bila skor variabel berkorelasi secara signifikan dengan skor total, $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$ yang berarti item pertanyaan tersebut valid, tetapi bila r_{hitung} lebih kecil dari r_{tabel} maka item tersebut tidak valid (Hastono, 2007). Nilai r_{tabel} koefisien korelasi *Pearson Product Moment* untuk sampel 62 orang ($df = n - 2 = 62 - 2 = 60$) dengan tingkat kemaknaan 5% adalah 0,250. Hasil uji terhadap nilai setiap item soal pada instrumen apabila nilai $r_{\text{hitung}} > 0,250$ maka item soal tersebut dikatakan valid. Apabila nilai $r_{\text{hitung}} < 0,250$ maka item soal tersebut dikatakan tidak valid dan bila nilai $r_{\text{hitung}} < 0,2$ item soal tersebut harus dikeluarkan dari instrumen, apabila nilai $0,2 < r_{\text{hitung}} < 0,250$ item soal tersebut masih dapat digunakan dalam instrumen tetapi tidak diperhitungkan dalam uji statistik. Apabila item soal yang tidak valid secara makna sangat penting, maka item soal tersebut tetap digunakan. Validitas instrumen penelitian pada 62 perawat r_{tabel} 0,250 (0,252-0,648).

4.6.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas alat uji merupakan gambaran sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan berulang kali terhadap suatu kondisi yang sama dengan

alat ukur yang sama. Uji reliabilitas dilakukan pada alat ukur yang telah dinyatakan valid. Pengujian reliabilitas pada instrumen ini dengan menggunakan koefisien *alpha Cronbach* jika $r\ alpha > r\ tabel$ maka dikatakan bahwa pertanyaan tersebut reliabel dan jika sebaliknya maka tidak reliabel (Hastono, 2007).

Nilai uji instrumen terhadap 62 perawat setelah diuji validitasnya dan item soal yang dinyatakan valid setelah diuji validitas dilanjutkan dengan uji reliabilitas dengan mengeluarkan setiap item soal yang tidak reliabel dilakukan berulang kali sampai ditemukan semua item yang tersisa mempunyai nilai $r\ alpha > r\ tabel$ maka item soal tersebut dinyatakan reliabel. Hasil uji kuesioner dapat dilihat pada tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.3
Hasil Validitas dan Reliabilitas Kuesioner B Pengukuran Keterampilan Berpikir Kritis Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan, Mei 2011

Variabel	Pengujian (n=62; r tabel 0,250)			Penelitian (n=122; r tabel 0,18)	
	Σ pertanyaan Awal Akhir	Validitas	Cronbach's Alpha	Validitas	Cronbach's Alpha
1. Pengkajian	5 5				
2. Diagnosa	5 5				
3. Rencana Intervensi	5 5	0,252-0,648	0,889	0,160-0,488	0,745
4. Implementasi	5 5				
5. Evaluasi	5 5				

4.6.3 Uji Kesamaan Persepsi (*Interrater Reliability*)

Uji *interrater reliability* merupakan jenis uji yang digunakan untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan petugas pengumpul (numerator) data dengan menggunakan uji statistik Kappa (Hastono, 2007). Bila hasil uji kappa signifikan/bermakna maka persepsi antara peneliti dengan numerator sama, sebaliknya bila hasil uji kappa tidak signifikan/bermakna, maka persepsi antara peneliti dengan numerator terjadi perbedaan.

Pelaksanaan uji kesamaan persepsi (*Interrater reliability*) antara peneliti dan supervisor (kepala ruang yang telah dilatih supervisi) dilaksanakan tanggal 30 April 2011. Supervisor sebanyak 9 orang masing-masing melakukan supervisi

reflektif interaktif dengan mengisi format pencapaian perawat sebagai hasil pengamatan ketika melakukan supervisi terhadap 9 perawat secara bergiliran, masing-masing melakukan supervisi pada seorang perawat. Pengamatan memuat 15 item dari format pencapaian perawat. Ketika satu orang supervisor sedang melakukan supervisi maka peneliti dan 8 supervisor lainnya ikut melakukan penilaian melalui observasi. Observasi dan penilaian ini dilakukan bergiliran pada 9 supervisor dengan masing-masing perawat yang mereka supervisi. Hasil observasi ini dianalisis melalui uji *interrater reliability* yang dapat dilihat pada tabel 4.4 berikut:

Tabel 4.4. Hasil Uji *Interrater reliability* pada Supervisor, Mei 2011

Supervisor	Koefisien Kappa	<i>p</i>
1	0,727-0,780	0,016-0,023
2	0,727-0,780	0,016-0,047
3	0,727-0,780	0,016-0,023
4	0,727-0,780	0,016-0,023
5	0,609-0,780	0,016-0,047
6	0,609-1,000	0,003-0,047
7	0,609-0,780	0,016-0,047
8	0,609-0,780	0,016-0,047
9	0,609-0,780	0,016-0,047
Rata-rata	0,760	0,020
$\alpha = 0,05$		

Hasil uji *interrater reliability* menunjukkan tidak ada perbedaan persepsi antara supervisor dan peneliti dalam mengobservasi pencapaian keterampilan berpikir kritis perawat dengan koefisien *kappa* (0,609-1,000).

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

4.7.1 Persiapan

- a. Penelitian dilakukan setelah melalui prosedur *ethical clearance* dan mendapatkan surat lolos uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada 28 April 2011 (lampiran 3).

- b. Prosedur administrasi
- a) Pembuatan surat ijin penelitian dari FIK UI yang ditujukan kepada Direktur RS.Dr.H.M.Ansari Saleh dan RSUD Ulin Banjarmasin sebagai tempat penelitian pada 5 April 2011 (lampiran 4).
 - b) Permintaan ijin penelitian melalui surat yang ditujukan kepada Direktur RS.Dr.H.M.Ansari Saleh dan RSUD Ulin Banjarmasin disampaikan sendiri oleh peneliti pada 18 April 2011. RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin sebagai tempat penelitian pada prinsipnya memberikan ijin untuk melakukan penelitian pada 27 April (lampiran 5a) dan RSUD Ulin memberikan surat ijin pada 4 Mei 2011 (lampiran 5b).
- c. Melakukan pemetaan tenaga perawat yang memenuhi kriteria menjadi responden penelitian dan uji validitas kuesioner penelitian, serta ruang rawat dan kepala ruang rawat yang memenuhi kriteria fasilitator supervisi. Pemetaan tenaga ini difasilitasi oleh Kepala Seksi SDM Bidang Keperawatan RS. Dr.H.M.Ansari Saleh dan peneliti juga mengkonfirmasi informasi kepada masing-masing kepala ruang rawat pada 19 April 2011, demikian juga pada kelompok kontrol. Gambaran hasil pemetaan tenaga untuk kegiatan penelitian dapat diuraikan pada tabel 4.6 berikut:

Tabel 4.5 Pemetaan SDM Perawat untuk Kegiatan Penelitian, Mei 2011

No	SDM Perawat	Populasi	Sampel
1	Perawat di IRNA RS Dr.H.M.Ansari Saleh	189	
	a. Responden penelitian		61
	b. Responden uji validitas		62
2	Kepala Ruang di IRNA RS Dr.H.M.Ansari Saleh	10	9
3	Perawat di IRNA Non Bedah RSUD. Ulin	128	61

- d. Melaksanakan uji instrumen B pengukuran keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok perawat (62 orang) di Instalasi rawat inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh yang bukan responden penelitian pada 25 s.d 28 April 2011.
- e. Melaksanakan pelatihan supervisi model reflektif interaktif kepada 9 kepala ruang rawat selama 2 hari (rencana 3 hari dengan remedial) tanggal 28-29 April. Pelatihan dilakukan melalui 1 hari pertemuan di kelas, 1 hari latihan di

lapangan dan remedial bagi peserta yang belum berhasil lulus selama 1 hari, tetapi remedial tidak dilaksanakan karena nilai praktik lapangan peserta pelatihan >75%. Seluruh peserta hadir dan terlibat aktif dalam kegiatan di kelas dan lapangan. Evaluasi pelatihan melalui dua tahapan yaitu evaluasi kognitif melalui *pre test* dan *post test* serta evaluasi praktik lapangan yang diuraikan sebagai berikut:

- a) Evaluasi kemampuan kognitif melalui *pre test* dan *post tes* tanggal 28 April 2011 didapatkan hasil *pre test* kognitif peserta menunjukkan rerata skor 5,78 dan hasil *post test* kognitif didapatkan rerata skor sebesar 9,00. Hasil ini menunjukkan adanya peningkatan kognitif peserta sebesar 32%, setelah mengikuti kegiatan pelatihan di kelas. Nilai *post test* semua peserta memenuhi kriteria diatas nilai batas lulus (NBL) 7,39. Semua peserta dapat dinyatakan lulus.
- b) Evaluasi kemampuan melakukan supervisi sebagai hasil pelatihan dilakukan melalui evaluasi praktik lapangan pada hari ke-2 pelatihan tanggal 29 April 2011. Hasil kegiatan di lapangan menunjukkan nilai rerata 88% dapat dicapai dengan standar keberhasilan bila nilai >75%. Kegiatan remedial tidak dilaksanakan, karena seluruh peserta mendapatkan nilai evaluasi praktik lapangan >75%.
- f. Melaksanakan uji kesamaan persepsi (*Interrater reliability*) antara peneliti dan supervisor (kepala ruang yang telah dilatih supervisi) dilaksanakan pada tanggal 30 April 2011.

4.7.2 Pelaksanaan

Kegiatan pelaksanaan intervensi dalam penelitian dilaksanakan sejak 2 s.d 28 Mei 2011. Setiap responden mendapatkan kode dengan nomor urut I.1- I.61 (kelompok intervensi) dan K.1-K.61 (kelompok kontrol) sesuai dengan jumlah responden dalam penelitian. Nomor ini digunakan untuk mengisi kode pada lembar jawaban kuesioner *pre* dan *post test*, sebagai pengganti nama. Tahapan kegiatan dalam penelitian dapat diuraikan sebagai berikut:

a. *Informed Consent*

Peneliti dibantu oleh kepala ruang menginformasikan rencana, jadwal kegiatan dan *informed consent* kepada perawat yang bersedia menjadi

responden dalam penelitian ini sebelum kegiatan dilaksanakan dengan mengundang semua responden pada hari pertama kegiatan di ruang rawat masing-masing. *Informed Consent* merupakan salah satu kegiatan pemberian informasi dan kesepakatan antara peneliti dan responden, dilakukan sebelum penelitian dilakukan. Peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian, jenis data yang akan dikumpulkan peneliti, sifat dan lama waktu penelitian, persyaratan responden, prosedur penelitian, potensial manfaat, jaminan keamanan/kerahasiaan, pernyataan partisipasi dengan sukarela, responden bebas untuk menghentikan partisipasi dalam penelitian tanpa sanksi, dan mencantumkan sumber informasi yang dapat dihubungi responden seperti yang tertulis pada format *informed consent* setelah penjelasan dapat dilanjutkan dengan menandatangani format *informed consent* yang telah disediakan peneliti.

Responden yang tidak bersedia menandatangani *informed consent* atau tidak bersedia menjadi responden, bahkan meskipun ketika proses penelitian telah berjalan responden mempunyai hak untuk tidak terlibat ataupun mengundurkan diri dari proses penelitian tanpa ada sanksi apapun. Pada penelitian ini tidak ada responden yang menolak untuk menandatangani *informed consent* juga tidak ada responden yang mengundurkan diri dari proses penelitian.

Kegiatan *informed consent* pada kelompok intervensi di RS Dr.H.M.Ansari Saleh dilakukan oleh peneliti dengan bantuan kepala ruang sebagai supervisor di ruang rawat masing-masing responden bekerja pada 2 Mei 2011. Kegiatan *informed consent* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilaksanakan secara terpisah (hari yang berbeda), hal ini karena jarak antara kedua rumah sakit (± 6 km), serta waktu yang cukup lama untuk kegiatan pada setiap kelompok. Kegiatan *informed consent* dan pengambilan data *pre test* pada kelompok kontrol dilakukan pada 3 s.d. 4 Mei 2011. Penyampaian *informed consent* pada kelompok kontrol dilaksanakan oleh peneliti dibantu oleh masing-masing kepala ruang rawat.

b. *Pre test*

Pelaksanaan penelitian ini diawali dengan melakukan pengukuran keterampilan berpikir kritis perawat pelaksana pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan kuesioner A (data karakteristik perawat) dan kuesioner B (kuesioner keterampilan berpikir kritis), kuesioner evaluasi pelaksanaan supervisi oleh supervisor. Kuesioner evaluasi pelaksanaan supervisi oleh supervisor hanya diberikan pada kelompok intervensi. *Pre test* dilaksanakan pada 2 Mei 2011 pada kelompok intervensi dan pada 3 s.d. 4 Mei 2011 pada kelompok kontrol, dikelola oleh kepala ruang di ruang rawat masing-masing. *Pre test* dilaksanakan sebelum pelaksanaan intervensi supervisi oleh supervisor. Nilai rata-rata *pre test* keterampilan berpikir kritis yang dicapai kelompok intervensi 56,72%, sedangkan kelompok kontrol 53,92%.

c. *Intervensi*

Supervisi dilaksanakan pada kelompok intervensi oleh masing-masing kepala ruang sebagai supervisor yang telah dilatih kepada sampel terpilih di ruang rawat mereka masing-masing sejak tanggal 3 s.d 24 Mei 2011. Intervensi dalam bentuk supervisi model reflektif interaktif dilakukan selama 3 minggu oleh supervisor (kepala ruang yang telah dilatih) pada *shift* pagi terhadap perawat pelaksana pada kelompok intervensi, setiap perawat mendapatkan supervisi sebanyak 3x selama 3 minggu dengan waktu ± 45 menit setiap kali pertemuan. Kegiatan supervisi dilakukan sesuai jadwal yang disepakati antara supervisor dan perawat sebagai responden.

Supervisi dilaksanakan dengan diskusi, bertukar ilmu dan pengalaman tentang asuhan keperawatan antara supervisor dan perawat untuk menyelesaikan permasalahan yang dialami perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan serta untuk meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat dengan dorongan dari supervisor. Diskusi dalam supervisi ini ditekankan agar perawat dapat berpikir lebih mendalam, menganalisis, menyimpulkan dan mengevaluasi proses keperawatan yang dilaksanakan dengan berdasarkan *evidence base*.

Pencapaian keterampilan berpikir kritis perawat yang didorong melalui supervisi dari hasil observasi supervisor didapatkan nilai rata-rata pada supervisi I (68,42%), pada supervisi II (79,67%), dan pada supervisi III (93,66%). Data tersebut menggambarkan peningkatan pencapaian perawat dalam berpikir kritis selama disupervisi oleh kepala ruang dalam 3x pertemuan.

Pelaksanaan supervisi oleh kepala ruang yang dinilai oleh perawat yang disupervisi 3x didapatkan nilai rata-rata pelaksanaan supervisi pada hasil sebelum pelaksanaan 2,22% dan setelah pelaksanaan mencapai 93,28%.

d. *Post test*

Post test untuk mengukur keterampilan berpikir kritis perawat dilakukan setelah 3 x intervensi pada kelompok intervensi oleh supervisor. Pengukuran keterampilan berpikir kritis melalui kuesioner langsung diberikan kepada responden setelah supervisi ke 3 oleh supervisor. *Post test* pada kelompok kontrol dilakukan pada minggu ke 4 (25 s.d 28 Mei 2011) setelah intervensi supervisi ke 3 pada responden terakhir kelompok intervensi selesai. Seluruh kuesioner terkumpul pada 28 Mei 2011. Nilai *post test* kelompok intervensi setelah dilakukan supervisi rata-rata mencapai 84% dengan standar keberhasilan 75%. Nilai pada kelompok intervensi terdapat peningkatan 27,28%. Nilai *post test* pada kelompok kontrol rata-rata 54,36%, peningkatan dari *pre test* sebanyak 0,44% .

Prosedur pengumpulan data secara lebih ringkas dapat dilihat pada tabel 4.5 dan diagram 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.6 Alur Kegiatan Intervensi Supervisi

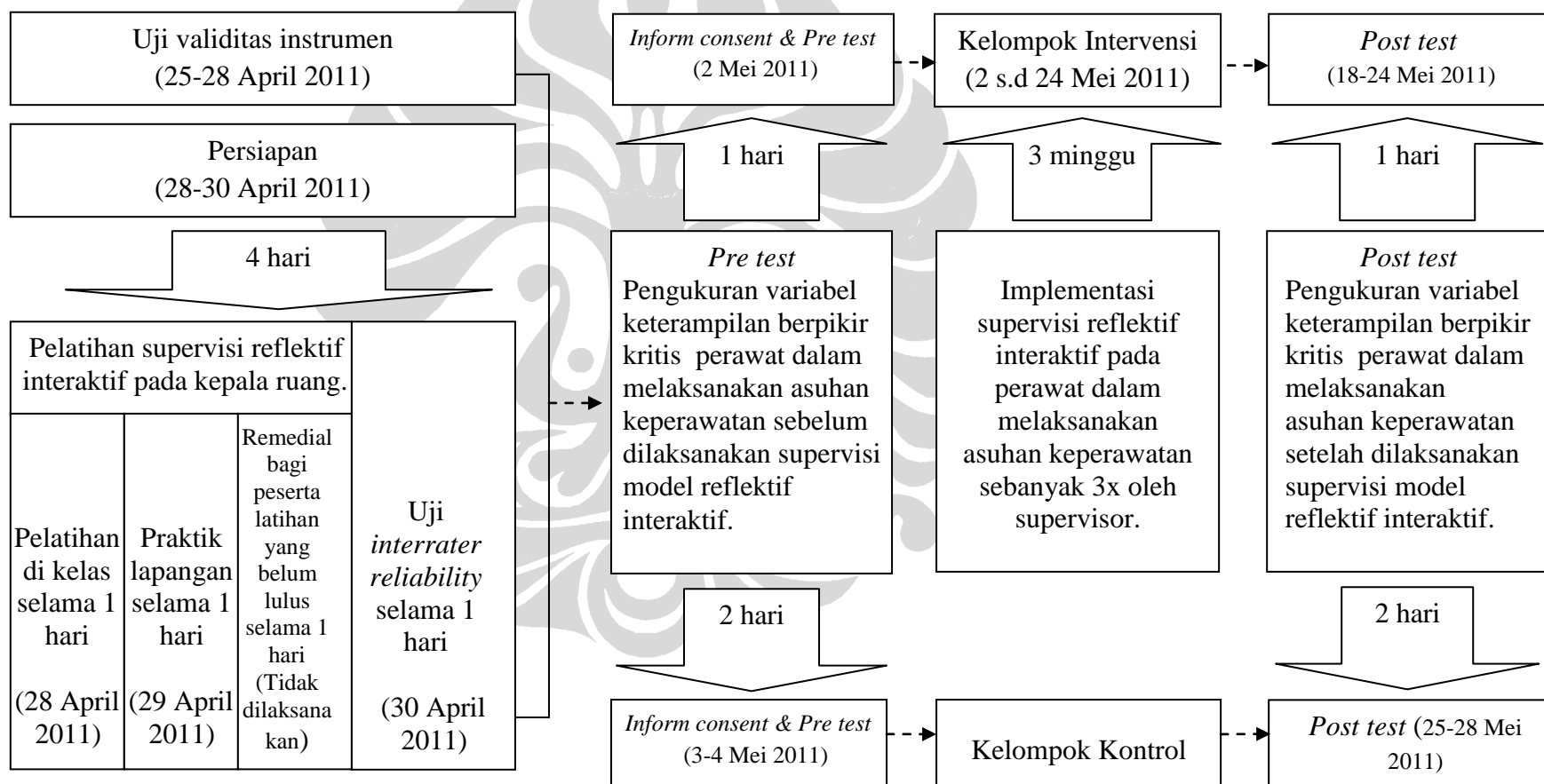
Alur kegiatan	Pelatihan supervisi model Reflektif Interaktif			Pelaksanaan Supervisi		
	Pelatihan di kelas	Praktik lapangan	Remedial	Supervisi I	Supervisi II	Supervisi III
Isi dan bentuk kegiatan.	Peneliti memberikan pelatihan tentang supervisi model reflektif interaktif (Diskusi, presentasi oleh peserta, role play, <i>pre & post test</i>)	Peneliti memberikan bimbingan kepada kepala ruang tentang pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif di lapangan.	Peneliti melakukan bimbingan pada kepala ruang yang belum lulus.	Kepala ruang sebagai supervisor melakukan supervisi model reflektif interaktif kepada responden dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien yang dirawat pada saat supervisi dilakukan.	Kepala ruang sebagai supervisor melakukan supervisi model reflektif interaktif kepada responden dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien yang dirawat pada saat supervisi dilakukan.	Kepala ruang sebagai supervisor melakukan supervisi model reflektif interaktif kepada responden dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien yang dirawat pada saat supervisi dilakukan.
Waktu pelaksanaan	1 hari	1 hari	1 hari	1x/minggu (3 s.d 10 Mei 2011)	1x/minggu (11 s.d 17 Mei 2011)	1x/minggu (18 s.d 24 Mei 2011)
Sasaran	9 kepala ruang.	9 kepala ruang.	Kepala ruang yang tidak lulus praktik lapangan.	Responden pada masing-masing ruang rawat.	Responden pada masing-masing ruang rawat.	Responden pada masing-masing ruang rawat.
Tujuan pelaksanaan kegiatan	Memberikan dasar pengetahuan tentang supervisi model reflektif interaktif.	Memberikan keterampilan psikomotor tentang supervisi model reflektif interaktif.	Memantapkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan melaksanakan supervisi.	Mengarahkan perawat untuk berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan.	Mengarahkan perawat untuk berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan.	Mengarahkan perawat untuk berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan.
Hasil kegiatan yang diharapkan	Adanya standarisasi pengetahuan para kepala ruang tentang konsep supervisi model reflektif interaktif.	Adanya standarisasi keterampilan psikomotor para kepala ruang tentang pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif.	Adanya peningkatan kemampuan kepala ruang tentang supervisi model reflektif interaktif.	Responden dapat menerapkan keterampilan berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan.	Responden dapat menerapkan keterampilan berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan.	Responden dapat menerapkan keterampilan berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan.
Evaluasi pelaksanaan	Standar lulus jika hasil <i>post test</i> \geq NBL.	Standar lulus jika hasil test observasi $>$ 75%.	Standar lulus jika hasil test $>$ 75%.	Penilaian keterampilan berpikir kritis perawat sebelum dan sesudah intervensi supervisi. Standar keberhasilan $>$ 75 %		

Uji interrater reliability selama 1 hari

Pre test

Post test

Diagram 4.2 Kerangka Kerja Penelitian
Penerapan Supervisi Reflektif Interaktif terhadap Keterampilan Berpikir Kritis Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin 2011



4.8 Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1 Pengolahan Data

Data hasil penelitian yang dikumpulkan oleh peneliti, selanjutnya diolah melalui urutan proses pengolahan data. Pengolahan data merupakan rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data (Hastono, 2007). Secara garis besar, pekerjaan analisis data sebagai berikut:

a. *Editing*

Peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan isi instrumen termasuk kode responden, dan kejelasan tulisan pada lembar jawaban instrumen. Pengecekan dilakukan sejak awal mendapatkan data dari kepala ruang, peneliti langsung memeriksa kelengkapan isi instrumen. Peneliti meminta klarifikasi langsung melalui kepala ruang apabila ada instrumen yang tidak lengkap. Kegiatan ini dimulai sejak tanggal 2 s.d 28 Mei 2011.

b. *Coding*

Peneliti memberikan kode dari data hasil kuesioner yang berupa data huruf diganti ke data angka. Data jenis kelamin laki-laki (1) dan perempuan (2), tingkat pendidikan DIII keperawatan (1), DIV Keperawatan (2) dan S1 Keperawatan (3). Instrumen keterampilan berpikir kritis jawaban benar (1), dan salah (0). *Coding* dilakukan secara bertahap sejak setiap data terkumpul dilakukan tanggal 3 s.d 29 Mei 2011.

c. *Processing*

Peneliti memproses data dengan melakukan *entry* dari semua instrumen yang digunakan dari masing-masing responden ke dalam salah satu program analisis data pada komputer. Kegiatan *processing* dilakukan secara bertahap terhadap setiap data yang terkumpul, dilakukan sejak tanggal 3 s.d 29 Mei 2011.

d. *Cleaning*

Peneliti mengecek kembali data yang sudah di *entry* dengan cara mengetahui *missing* data melalui *list* (distribusi frekuensi) dan konsistensi data dari *out put* program komputer yang digunakan dilihat pada nilai total akhir tidak ada yang berbeda kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing 61, variasi data dengan melihat kode pada *out put*, tidak ada yang berbeda dengan kode yang digunakan. *Missing* data dapat juga dilihat pada hasil analisis pada

tabel frekuensi data dari *out put* akan tertulis *missing* apabila ada data yang tidak tepat. Kegiatan *cleaning* dilakukan pada 09 Juni 2011.

4.8.2 Analisis data

Analisis data dilakukan setelah proses pengolahan data dilaksanakan. Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif yaitu analisis univariat (deskriptif) dan analisis bivariat (analitik) sebagai berikut:

4.8.2.1 Analisis Univariat (Deskriptif)

Analisis univariat untuk mendeskripsikan masing-masing variabel yang diteliti yaitu untuk data katagorik seperti jenis kelamin, dan tingkat pendidikan disajikan dalam distribusi frekuensi dan proporsi sedangkan data numerik seperti data umur dan masa kerja serta nilai keterampilan berpikir kritis disajikan dalam bentuk mean, median, standar deviasi, nilai minimum-maksimum, dan *confident interval* (CI) 95%. Data yang digunakan dalam analisis selanjutnya hanya data keterampilan berpikir kritis perawat.

4.8.2.2 Analisis Bivariat (Analitik)

Analisis bivariat (analitik) diawali dengan uji kesetaraan/homogenitas antara data kelompok intervensi dan kontrol. Pada penelitian dengan desain *quasi eksperimen* sebaiknya data awal kelompok kontrol dan intervensi setara atau homogen (Polit & Hungler, 1999). Uji kesetaraan menggunakan uji *independent sample t test* (*Pooled t test*) dan uji *Chi square*.

Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji *t test* yaitu *independent sample t test* (*Pooled t test*) dan *dependent sample t test* (*Paired t test*) untuk mengetahui pengaruh supervisi terhadap kemampuan berpikir kritis perawat pada kelompok intervensi dan kontrol dalam melaksanakan asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin. Variabel yang diuji dan cara uji dalam analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 4.6 dan 4.7 berikut:

Tabel 4.7 Uji Kesetaraan

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara analisis
1	Umur (Data interval)	Umur (Data interval)	<i>Independent sample t test</i>
2	Masa kerja (Data interval)	Masa kerja (Data interval)	<i>Independent sample t test</i>
3	Jenis kelamin (Data nominal)	Jenis kelamin (Data nominal)	<i>Chi square</i>
4	Tingkat pendidikan (Data ordinal)	Tingkat pendidikan (Data ordinal)	<i>Chi square</i>
5	Keterampilan berpikir kritis perawat sebelum intervensi pada kelompok intervensi (Data interval)	Keterampilan berpikir kritis perawat sebelum intervensi pada kelompok intervensi (Data interval)	<i>Independent sample t test</i>

Data hasil penelitian tentang umur, masa kerja dan nilai keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok intervensi dan kontrol diuji dengan uji *independent sample t test* dan data jenis kelamin serta tingkat pendidikan diuji dengan *Chi square*.

Tabel 4.7 Uji Perbedaan

No	Variabel Dependen	Variabel Independen		Cara Analisis
	Keterampilan Berpikir Kritis	Pelaksanaan supervisi		
1	Keterampilan berpikir kritis sebelum dan sesudah supervisi (Interval)	Kelompok intervensi	Kelompok intervensi	<i>Dependent sample t test</i>
2	Keterampilan berpikir kritis sebelum dan sesudah supervisi (Interval)	Kelompok kontrol	Kelompok kontrol	<i>Dependent sample t test</i>
3	Keterampilan berpikir kritis perawat setelah intervensi (Interval)	Kelompok intervensi	Kelompok kontrol	<i>Independent sample t test</i>

Pembuktian hipotesis dilakukan dengan menguji data hasil penelitian dalam bentuk analisis bivariat terhadap nilai keterampilan berpikir kritis sebelum dan sesudah intervensi yang diukur pada kelompok intervensi, dan kelompok kontrol masing-masing diuji dengan *dependent sample t test*, sedangkan nilai keterampilan berpikir kritis perawat setelah intervensi pada masing-masing kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol diuji dengan *independent sample t test*.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini memaparkan hasil penelitian tentang pengaruh supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin yang dilakukan selama ± 4 minggu sejak tanggal 25 April s.d. 28 Mei 2011. Perawat yang berpartisipasi sebagai sampel dalam penelitian ini pada kelompok intervensi yaitu perawat di RS. Dr. H. M. Ansari Saleh dan perawat pada kelompok kontrol yaitu perawat di RSUD Ulin Banjarmasin masing-masing berjumlah 61 perawat. Tidak ada sampel yang *drop out* sehingga jumlah sampel keseluruhan berjumlah 122 orang. Hasil penelitian ini menguraikan hasil analisis univariat dan bivariat.

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Keterampilan Berpikir Kritis Perawat

a. Keterampilan Berpikir Kritis Sebelum Supervisi

Hasil analisis univariat keterampilan berpikir kritis sebelum dilakukan intervensi dalam bentuk supervisi dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut.

Tabel 5.1
Distribusi Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum Supervisi (n=122), Mei 2011

Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95%CI
Intervensi	61	14,18	14,00	2,76	9-21	13,47-14,89
Kontrol	61	13,48	13,00	2,25	7-18	12,90-14,05
Total	122	13,83	14,00	2,53	7-21	13,37-14,28

Nilai optimal keterampilan berpikir kritis adalah 18,75 (75%). Nilai rata-rata keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok intervensi sebesar 14,18 atau 56,72% (belum optimal) dan pada kelompok kontrol rata-rata 13,48 atau 53,92% (belum optimal).

Hasil ini berdasarkan tabel 5.1 menjelaskan bahwa nilai rata-rata keterampilan berpikir kritis sebelum mendapatkan intervensi supervisi pada kelompok intervensi rata-rata 14,18 dengan standar deviasi 2,76, nilai terendah 9 dan

tertinggi 21. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan 95% diyakini rata-rata keterampilan berpikir kritis perawat berada pada 13,47-14,89.

Keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok kontrol sebelum intervensi supervisi pada kelompok intervensi rata-rata 13,48 dengan standar deviasi 2,25 nilai terendah 7 dan tertinggi 18. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan 95% diyakini rata-rata keterampilan berpikir kritis perawat berada pada 12,90-14,05.

Keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum intervensi supervisi pada kelompok intervensi rata-rata 13,83 dengan standar deviasi 2,531 nilai terendah 7 dan tertinggi 21. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan 95% diyakini rata-rata keterampilan berpikir kritis perawat berada pada 13,37-14,28.

b. Keterampilan Berpikir Kritis Setelah Supervisi

Hasil analisis univariat keterampilan berpikir kritis setelah dilakukan intervensi berupa supervisi dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut:

Tabel 5.2
Distribusi Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok Intervensi dan Kontrol Setelah Supervisi (n=122), Mei 2011

Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95%CI
Intervensi	61	21,00	21,00	1,78	18-25	20,54-21,46
Kontrol	61	13,59	13,00	2,25	7-18	13,01-14,17
Total	122	17,30	18,00	4,23	7-25	16,54-18,05

Hasil analisis nilai keterampilan berpikir kritis kelompok intervensi setelah mendapatkan supervisi rata-rata 21,00 atau setara dengan 84,00% (optimal) dan pada kelompok kontrol rata-rata 13,59 atau setara dengan 54,36% (belum optimal). Nilai optimal keterampilan berpikir kritis adalah 18,75 (75%).

Tabel 5.2 menjelaskan bahwa nilai rata-rata keterampilan berpikir kritis setelah mendapatkan intervensi supervisi pada kelompok intervensi 21,00 dengan standar deviasi 1,78 dan nilai terendah 18 dan tertinggi 25. Hasil estimasi interval dapat

disimpulkan 95% diyakini nilai keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok intervensi berada diantara 20,54-21,46.

Nilai keterampilan berpikir kritis pada kelompok kontrol setelah mendapatkan intervensi supervisi pada kelompok intervensi rata-rata 13,59 dengan standar deviasi 2,25 dan nilai terendah 7 dan nilai tertinggi 18. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan 95% diyakini nilai keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok kontrol berada diantara 13,01-14,17.

Nilai keterampilan berpikir kritis pada kelompok intervensi dan kontrol setelah mendapatkan intervensi supervisi pada kelompok intervensi rata-rata 17,30 dengan standar deviasi 4,23 dan nilai terendah 7 dan nilai tertinggi 25. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan 95% diyakini nilai keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok intervensi dan kontrol berada diantara 16,54-18,05.

Hasil penilaian supervisor selama 3 minggu melakukan supervisi terhadap perawat pada kelompok intervensi yang dilakukan supervisi, pencapaian keterampilan berpikir kritis melalui observasi didapatkan nilai pencapaian rata-rata setiap minggu seperti pada diagram 5.1 berikut:

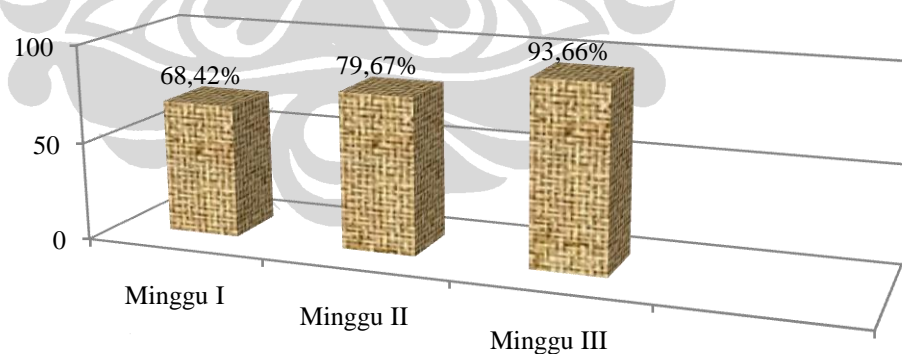


Diagram 5.1 Pencapaian Mingguan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat

Perkembangan pencapaian keterampilan berpikir kritis perawat melalui supervisi terjadi peningkatan setiap minggu, minggu I sebesar 68,42%, minggu II 79,67%, dan pada minggu III menjadi 93,66%.

Keterampilan berpikir kritis perawat setelah dilakukan supervisi pada kelompok intervensi berdasarkan karakteristik perawat dapat dilihat pada tabel 5.3 sebagai berikut:

Tabel 5.3
Keterampilan Berpikir Kritis Perawat setelah Supervisi Reflektif Interaktif Berdasarkan Karakteristik Perawat, Mei 2011 ($n_1=n_2=61$)

Karakteristik	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol			
	Optimal		Belum Optimal		Optimal		Belum Optimal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jenis Kelamin								
a. Laki-laki	22	100,00	0	0	0	0	43	70,49
b. Perempuan	36	92,31	3	4,92	0	0	18	29,51
Tingkat Pendidikan								
a. D III Keperawatan	54	94,74	3	4,92	0	0	51	83,61
b. S 1 Keperawatan	4	100	0	0	0	0	10	16,39
Umur								
a. > 31,29 tahun	25	96,15	1	1,64	0	0	21	34,43
b. < 31,29 tahun	33	94,29	2	3,28	0	0	40	65,57
Masa Kerja								
a. > 9,07 tahun	19	95,00	1	1,64	0	0	26	42,62
b. < 9,07 tahun	39	95,12	2	3,28	0	0	35	57,38

Keterampilan berpikir kritis perawat setelah dilakukan intervensi supervisi berdasarkan karakteristik keterampilan berpikir kritis optimal lebih banyak responden laki-laki dari pada perempuan, lebih banyak tingkat pendidikan S1 dari pendidikan DIII keperawatan, lebih banyak umur > 31,29 tahun dibandingkan dengan yang <31,29 tahun, dan masa kerja hampir tidak ada perbedaan antara > dari 9,07 tahun dan yang < 9,07 tahun.

5.1.2 Karakteristik Perawat

Karakteristik perawat pada penelitian ini meliputi jenis kelamin, tingkat pendidikan, umur, dan masa kerja.

a. Karakteristik Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan

Karakteristik perawat ini dideskripsikan sesuai dengan jenis data katagorik meliputi jenis kelamin dan tingkat pendidikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan proporsi seperti pada tabel 5.4 berikut:

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Karakteristik Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan
Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=61), Mei 2011

Karakteristik	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	N	%	n	%
Jenis Kelamin						
a. Laki-laki	22	36,1	18	29,5	40	32,8
b. Perempuan	39	63,9	43	70,5	82	67,2
Total	61	100	61	100	122	100
Tingkat Pendidikan						
a. D III Keperawatan	57	93,4	51	83,6	108	88,5
b. S 1 Keperawatan	4	6,6	10	16,4	14	11,5
Total	61	100	61	100	122	100

Karakteristik perawat dari jenis kelamin secara keseluruhan 67,2% berjenis kelamin perempuan dan sebagian besar atau 88,5% berpendidikan DIII keperawatan hasil ini ditunjukkan pada tabel 5.4.

b. Karakteristik Umur dan Masa Kerja

Data dengan jenis numerik yang meliputi umur dan masa kerja disajikan dalam bentuk tendensi sentral yaitu mean, median, standar deviasi, nilai minimum-maksimum, dan *confident interval* (CI) 95% seperti pada tabel 5.5 berikut:

Tabel 5.5
Distribusi Karakteristik Umur dan Masa Kerja Perawat Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=122), Mei 2011

Variabel	n	Mean	Median	SD	(Min-Maks)	95%CI
Umur						
a. Kelompok Intervensi	61	31,57	30,00	4,82	24-44	30,34-32,81
b. Kelompok Kontrol	61	31,00	30,00	4,75	23-43	29,78-32,22
Total	122	31,29	30,00	4,78	23-44	30,43-32,14
Masa Kerja						
a. Kelompok Intervensi	61	8,93	7,00	4,98	5-25	7,66-10,21
b. Kelompok Kontrol	61	9,20	8,00	4,44	5-20	8,06-10,33
Total	122	9,07	7,50	4,70	5-25	8,22-9,91

Hasil analisis menunjukkan rata-rata umur perawat 31,29 tahun dengan masa kerja rata-rata 9,07 tahun. Interpretasi berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan umur rata-rata perawat 31,29 dengan standar deviasi 4,78 tahun. Umur termuda 23

tahun dan tertua 44 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat berada diantara 30,43 sampai dengan 32,14 tahun. Masa kerja rata-rata 9,07 tahun, dengan standar deviasi 4,70 tahun. Pada tingkat kepercayaan 95% diyakini masa kerja perawat berada diantara 8,22 sampai dengan 9,91 tahun. Masa termuda 5 tahun dan masa kerja paling lama 25 tahun.

5.1.2 Pelaksanaan Supervisi

Pelaksanaan supervisi diobservasi oleh responden berdasarkan kondisi supervisi sebelum dan sesudah pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif melalui format observasi menilai 10 item penilaian pelaksanaan supervisi terhadap 9 supervisor oleh masing-masing perawat yang disupervisi. Hasil penilaian dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut:

Tabel 5.6 Pelaksanaan Supervisi, Mei 2011

Supervisor	Pelaksanaan Supervisi		Selisih (%)
	Sebelum (%)	Sesudah (%)	
1	0,00	90,00	90,00
2	0,00	92,86	92,86
3	0,00	90,00	90,00
4	0,00	95,71	95,71
5	0,00	95,71	95,71
6	10,00	96,25	86,25
7	0,00	90,00	90,00
8	10,00	96,00	86,00
9	0,00	92,86	92,86
Rata-rata	2,22	93,28	91,06

Supervisi yang dilaksanakan oleh supervisor dan dinilai oleh perawat yang disupervisi, sebelum pelaksanaan mempunyai nilai rata-rata 2,22% bila dibandingkan dengan standar nilai >75% maka nilai 2% termasuk sangat kurang. Setelah kegiatan intervensi dilaksanakan terjadi peningkatan menjadi rata-rata 93,28%, bila dibandingkan dengan nilai >75% maka nilai ini termasuk optimal.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat antara kelompok yang mendapatkan supervisi (kelompok intervensi) dan kelompok yang tidak disupervisi (kelompok kontrol). Sebelum dilakukan analisis bivariat data dianalisis kesetaraannya sebagai berikut:

5.2.2 Uji Kesetaraan

5.2.1.1 Kesetaraan karakteristik perawat

Kesetaraan data sebelum dilakukan intervensi pada penelitian *quasi experiment* untuk menjamin validitas intervensi yang dilaksanakan. Kesetaraan data karakteristik perawat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol diuji dengan teknik uji *chi square* untuk jenis data katagorik dan untuk jenis data numerik di uji dengan *independent sample t test* yang dapat dilihat pada tabel 5.7 dan 5.8 sebagai berikut:

Tabel 5.7
Kesetaraan Karakteristik Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Perawat
Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=122), Mei 2011

Variabel Karakteristik	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		p
	%	Frekuensi	%	Frekuensi	
Jenis Kelamin					
a. Laki-laki	55	22	45	18	0,563
b. Perempuan	47,6	39	52,4	43	
Tingkat Pendidikan					
a. D III Keperawatan	52,8	57	47,2	51	0,156
b. S 1 Keperawatan	28,6	4	71,4	10	

* α 0,05

Hasil analisis data katagorik dengan uji *chi square* diinterpretasikan tidak ada perbedaan proporsi antara kelompok intervensi dan kontrol. Hasil analisis ini dijelaskan pada tabel 5.7 yang menunjukkan jenis kelamin (p 0,563; α 0,05), dan tingkat pendidikan (p 0,156; α 0,05). Karakteristik jenis kelamin, dan tingkat pendidikan pada kelompok intervensi dan kontrol disebut setara, sehingga dapat dilanjutkan pada analisis bivariat.

Kesetaraan karakteristik umur dan masa kerja perawat pada kelompok intervensi dan kontrol dapat diuraikan pada tabel 5.8 sebagai berikut:

Tabel 5.8
Kesetaraan Karakteristik Umur dan Masa Kerja Perawat Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=122), Mei 2011

Variabel	Mean		Levene's test	p
	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol		
Umur	31,57	31,00	0,941	0,509
Masa Kerja	8,69	9,20	0,952	0,545

* α 0,05

Hasil analisis dengan *independent sample t test* untuk mengetahui kesetaraan karakteristik umur kelompok intervensi dan kontrol didapatkan hasil tidak ada perbedaan yang signifikan karakteristik umur dan masa kerja antara kelompok intervensi dan kontrol. Hasil ini berdasarkan tabel 5.8 ditunjukkan umur (p 0,509; α 0,05) dan masa kerja (p 0,545; α 0,05).

5.2.1.2 Kesetaraan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat

Uji kesetaraan keterampilan berpikir kritis perawat sebelum intervensi supervisi bertujuan untuk melihat kesetaraan keterampilan berpikir kritis perawat antara kelompok intervensi dan kontrol yang dianalisis dengan *independent sample t test* dapat dilihat pada tabel 5.9 sebagai berikut:

Tabel 5.9
Kesetaraan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Sebelum Supervisi Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=122), Mei 2011

Variabel	Mean		Levene's test	p
	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol		
	14,18	13,48	0,065	0,125

* α 0,05

Hasil uji menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata keterampilan berpikir kritis perawat sebelum supervisi antara kelompok intervensi dan kontrol (p 0,125; α 0,05).

5.2.2 Uji Perbedaan

5.2.2.1 Keterampilan Berpikir Kritis Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi sebelum dan setelah dilakukan supervisi dianalisis dengan *dependent sample t test* seperti pada tabel 5.10 berikut:

Tabel 5.10
Hasil Uji Perbedaan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok Intervensi Sebelum dan Setelah Supervisi ($n_1= 61$), Mei 2011

Supervisi	Mean	SD	SE	<i>p</i>
Sebelum	14,18	2,760	0,353	0,000
Sesudah	21,00	1,780	0,228	

* $\alpha 0,05$

Hasil analisis dengan *dependent sample t test* diinterpretasikan bahwa ada perbedaan signifikan keterampilan berpikir kritis perawat sebelum dan sesudah dilaksanakan intervensi supervisi ($p 0,000$; $\alpha 0,05$).

5.2.2.2 Keterampilan Berpikir Kritis Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Kontrol

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada kelompok kontrol sebelum dan setelah dilakukan supervisi dianalisis dengan *dependent sample t test* seperti pada tabel 5.11 berikut:

Tabel 5.11
Hasil Uji Perbedaan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok Kontrol Sebelum dan Setelah Supervisi ($n_2= 61$), Mei 2011

Supervisi	Mean	SD	SE	<i>p</i>
Sebelum	13,48	2,248	0,288	0,090
Setelah	13,59	2,254	0,254	

* $\alpha 0,05$

Hasil analisis dengan *dependent sample t test* diinterpretasikan bahwa tidak ada perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat sebelum dan sesudah dilaksanakan intervensi supervisi yang diukur pada kelompok kontrol ($p 0,090$; $\alpha 0,05$).

5.2.2.3 Selisih Keterampilan Berpikir Kritis Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Selisih kenaikan rata-rata keterampilan berpikir kritis perawat setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol dapat dilihat pada tabel 5.12 berikut:

Tabel 5.12
Analisis Selisih Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol ($n_1=n_2=61$), Mei 2011

Kelompok	n	Mean		Selisih	p
		Sebelum	Sesudah		
Intervensi	61	14,18	21,00	6,82	0,000
Kontrol	61	13,48	13,59	0,11	

* α 0,05

Hasil analisis dengan *dependent sample t test* diinterpretasikan bahwa ada perbedaan keterampilan berpikir kritis antara kelompok intervensi dan kontrol (p 0,000; α 0,05). Analisis menunjukkan kenaikan keterampilan berpikir kritis perawat yang mendapatkan intervensi supervisi lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan keterampilan berpikir kritis perawat yang tidak mendapatkan supervisi.

Hasil ini dapat dilihat pada tabel 5.12 kenaikan rata-rata keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok intervensi nilai rata-rata pre test sebelum supervisi 14,18 (56,72%) dan nilai post test 21,00 (84,00%) dan ini menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna sebesar +6,82 atau sebesar 27%, untuk mencapai nilai maksimal diperlukan nilai sebesar 4 poin (16%). Nilai kelompok intervensi bila dibandingkan dengan nilai keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok kontrol dengan nilai rata-rata *pre test* sebelum supervisi 13,48 (53,92%) dan nilai post test 13,59 (54,36%) atau terjadi peningkatan sebesar +0,11 (0,44%) dan masih perlu peningkatan sebesar 11,41 poin (45,64%) untuk mencapai nilai optimal.

5.2.2.4 Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Setelah Supervisi

Keterampilan berpikir kritis perawat setelah dilakukan supervisi pada kelompok intervensi dan diukur pada kelompok intervensi dan kontrol dilakukan melalui *independent sample t test* dengan hasil uji seperti pada tabel 5.13 berikut:

Tabel 5.13
 Hasil Uji Perbedaan Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Kelompok
 Intervensi dan Kontrol Setelah Supervisi ($n_1=n_2=61$), Mei 2011

Kelompok	N	Mean	SD	SE	Levene's test	p
Intervensi	61	21,00	1,780	0,228	0,029	0,000
Kontrol	61	13,59	2,255	0,289		

* α 0,05

Hasil analisis melalui *independent sample t test* diinterpretasikan bahwa ada perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat kelompok intervensi dan kontrol setelah dilakukan intervensi supervisi pada kelompok intervensi (p 0,000; α 0,05). Hasil ini membuktikan adanya pengaruh yang bermakna dari intervensi supervisi kepada perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi. Hasil analisis univariat dan bivariat nilai keterampilan berpikir kritis sebelum dan sesudah dilakukan supervisi pada kelompok intervensi dan kontrol sebagai kesimpulan proses analisis dapat dilihat pada tabel 5.14 berikut:

Tabel 5.14
 Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Keterampilan Berpikir Kritis Perawat
 ($n_1=n_2=61$), Mei 2011

Kelompok	Nilai maksimal	Nilai <i>pre test</i>	Selisih	Nilai <i>post test</i>	Gap	Dependen <i>t test</i>	Independen <i>t test</i>
Intervensi	25	14,18 (56,72%) Belum optimal	6,82 (27,28%)	21,00 (84,00%) Optimal	4,00 (16%)	Bermakna (p 0,000; α 0,05)	Bermakna (p 0,000; α 0,05)
		13,48 (53,92%) Belum optimal	0,11 (0,44%)	13,59 (54,36%) Belum optimal	11,41 (45,64%)		

*Gap= selisih nilai maksimal dan nilai *post test*

BAB 6 PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian ini dengan hasil penelitian sebelumnya disertai dengan studi kepustakaan yang mendasari. Pembahasan meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian tentang pengaruh supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan, keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, ilmu keperawatan dan penelitian yang diuraikan sebagai berikut:

6.1 Keterampilan Berpikir Kritis Perawat

6.1.1 Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Sebelum Supervisi

Nilai keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan supervisi rata-rata sebesar 14,18 atau 56,72% bila dibandingkan dengan standar optimal yaitu 18,75 (75%) maka nilai ini masih belum optimal. Nilai keterampilan berpikir kritis kelompok kontrol rata-rata 13,48 atau setara dengan 53,92% (belum optimal). Hasil penelitian ini menggambarkan perawat dengan masa kerja ≥ 5 tahun mempunyai keterampilan berpikir kritis belum optimal hasil ini berbeda dari hasil penelitian Del Bueno (2006) yang menyatakan perawat baru terdaftar memiliki keterampilan berpikir kritis kurang, dan menemukan 65-76% dari perawat terdaftar yang belum berpengalaman tidak mempunyai kemampuan berpikir kritis. Hasil penelitian Del Bueno sesuai dengan pernyataan Shell (2001) yang menyebutkan bahwa kebanyakan perawat yang belum mempunyai pengalaman kerja memiliki kemampuan berpikir kritis kurang.

Keterampilan berpikir kritis perawat yang kurang berdampak terhadap mutu asuhan keperawatan. Masalah klien tidak mungkin dikelola dengan aman apabila perawat tidak dapat berpikir kritis. Perawat dituntut berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan (Potter & Perry, 1997). Riset Lunney (2010) menyatakan berpikir kritis menunjang keakuratan perawat dalam penentuan diagnosa keperawatan.

6.1.2 Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Setelah Supervisi

Supervisi reflektif interaktif yang dilakukan kepada perawat melalui supervisi meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat. Keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok intervensi setelah dilakukan supervisi terjadi peningkatan, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan setelah tidak disupervisi.

Intervensi supervisi terhadap kelompok intervensi dalam penelitian ini menunjukkan peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok intervensi. Hasil ini didukung pernyataan bahwa keterampilan berpikir kritis dapat ditingkatkan dalam profesi keperawatan (Benefield, et.al., 2000, dalam Delaune & Ladner, 2002). Ignatavicius (2002) menyatakan setiap orang dapat belajar berpikir kritis dan memerlukan jangka waktu panjang, dilatih dan diperkuat. Ward (2006) juga menyatakan berpikir kritis diajarkan sebagai suatu keterampilan yang dapat ditingkatkan melalui peningkatan penggunaannya dan akan menurun bila tidak digunakan.

6.2 Karakteristik Perawat

a. Karakteristik Jenis Kelamin

Hasil penelitian mendapatkan karakteristik jenis kelamin perawat dari 122 perawat yang menjadi responden, disimpulkan jenis kelamin perempuan lebih banyak dari pada laki-laki. Kelompok intervensi dan kontrol masing-masing berjumlah 61 perawat dengan 63,9% perempuan pada kelompok intervensi dan 70,5% perempuan pada kelompok kontrol, dari analisis secara total dari 122 perawat maka terdapat 67,2% perawat berjenis kelamin perempuan.

Hasil penelitian ini menggambarkan jenis kelamin perempuan pada perawat yang menjadi responden penelitian lebih banyak dari pada laki-laki, hal ini sejalan dengan pendapat Prayoga, (2009) yang menyatakan profesi keperawatan merupakan profesi yang dipandang lebih cocok untuk para perempuan daripada laki-laki, dan perempuan masih dianggap lebih mampu dalam menjalankan tugas-tugas keperawatan. Dalam 150 tahun terakhir, jenis kelamin laki-laki dalam profesi keperawatan $\pm 10\%$ (Walker, 2011). Konsep *mother instinct* (Nightingale, 1969, dalam Walker 2009) yang menyatakan setiap wanita adalah perawat.

Pendapat lain juga menyatakan keperawatan selalu dianggap sebagai pekerjaan perempuan, sehingga sebagian besar perawat adalah perempuan (Brown, 2009 dalam McGee, 2009, Walker, 2009). Gambaran karakteristik jenis kelamin perawat dalam penelitian ini sesuai dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya.

Keterampilan berpikir kritis berdasarkan jenis kelamin dari proporsi menunjukkan bahwa lebih banyak laki-laki (100%) mempunyai keterampilan berpikir kritis optimal dibanding perempuan (93,31%). Sumartini (2010) menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan tingkat pendidikan perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis.

b. Karakteristik Tingkat Pendidikan

Karakteristik tingkat pendidikan perawat dengan tingkat pendidikan DIII Keperawatan memiliki jumlah terbanyak. Kelompok intervensi 93,4% DIII keperawatan, 83,6% pendidikan DIII Keperawatan pada kelompok kontrol, dari analisa terhadap seluruh responden penelitian didapatkan 88,5% pendidikan DIII Keperawatan.

Hasil penelitian ini menggambarkan perawat yang menjadi responden dalam penelitian ini terbanyak dengan pendidikan dari D III Keperawatan. Hasil ini sesuai dengan data bahwa perawat yang bekerja di rumah sakit vertikal berpendidikan Diploma III Keperawatan 80% (BPPSDM-KEMENKES, 2011). Perawat RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin dengan pendidikan D III Keperawatan 55% (Bidang Keperawatan RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin, 2010). Hasil penelitian ini bila dibandingkan dengan kebijakan Rumah sakit *Intermountain Health Care Inc* yang menyatakan perbandingan tingkat pendidikan perawat di Rumah Sakit terdiri atas SI: DIII: SPK = 58%: 26%:16%, sedangkan Abdallah dan Levinne (1986) menyatakan perbandingan tenaga profesional (55%) dan Non profesional (45%) dari seluruh jumlah perawat, sedangkan dari hasil penelitian ini masih berbeda dengan standar internasional yang mengutamakan perawat profesional. Kondisi tingkat pendidikan perawat di Indonesia masih didominasi oleh D III Keperawatan.

Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan, semakin tinggi tingkat pendidikan perawat, semakin tinggi kemampuan melaksanakan asuhan keperawatan (Alfaro-LeFevre, 1998; Daly, Seedy & Jacson, 2000). Pendidikan tinggi akan meningkatkan kemampuan intelektual, interpersonal, dan teknikal yang dibutuhkan oleh seorang perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Wilkinson, 1996).

Siagian (1995) menyebutkan semakin tinggi pendidikan seseorang kinerja akan semakin baik karena dengan bertambahnya keahlian ada tuntutan untuk bekerja menjadi lebih baik terutama pada pendidikan yang bersifat kejuruan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan.

Hasil analisis univariat melalui proporsi berkaitan dengan keterampilan berpikir kritis menunjukkan bahwa lebih banyak tingkat pendidikan S1 (100%) yang memiliki keterampilan berpikir kritis dibandingkan dengan DIII Keperawatan (94,74%). Sumartini (2010) menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan tingkat pendidikan perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis.

c. Karakteristik Umur

Karakteristik umur sebagian besar perawat berada pada usia produktif. Perawat yang menjadi responden dalam penelitian rata-rata berumur 31,29 tahun dengan standar deviasi 4,78 tahun. Umur termuda 23 tahun dan tertua 44 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat berada diantara 30,43 sampai dengan 32,14 tahun.

Hasil penelitian ini menggambarkan umur rata-rata 31,29 tahun dengan kisaran berdasarkan estimasi berada pada 30,43-32,14 tahun serta umur termuda 23 tahun sedangkan tertua 44 tahun. Survey oleh *Health Resources and Services Administration* (HRSA) terhadap 250.000 perawat RN di Amerika tentang rata-rata umur perawat ini berbeda dengan hasil survey perawat di Amerika yang terjadi pergeseran sejak tahun 1980-2000, terjadi peningkatan dari <40 tahun menjadi > 40 tahun.

Analisis lebih lanjut dari umur dan keterampilan berpikir kritis menunjukkan jumlah responden lebih banyak berpikir kritis pada umur > 31,29 tahun (96,15%) dari pada <31,29 tahun (94,29 %). Hasil analisis ini sesuai dengan hasil penelitian Sigit (2009) yang menyatakan perawat yang lebih tua memiliki pengalaman menyesuaikan diri dengan lingkungan pekerjaan, sedikit memiliki alternatif, lebih banyak kesempatan meningkatkan karir dan senioritas kerja. Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan usia berhubungan dengan kemampuan berpikir kritis, semakin bertambah usia semakin meningkat kemampuan berpikir kritis hal ini disebabkan semakin bertambah usia biasanya seseorang semakin matang dan semakin bertambah usia seseorang mempunyai banyak peluang pengalaman dalam berbagai situasi. Usia produktif menurut Dessler (1997) pada usia 25-40 tahun dan pada usia 30-40 tahun merupakan tahap pematangan pilihan karir untuk mencapai tujuan. Kondisi ini sejalan dengan kondisi umur dalam penelitian.

Kematangan individu dengan penambahan usia berhubungan erat dengan kemampuan analitis terhadap permasalahan atau fenomena yang ditemukan (Siagian, 2002) yang menyatakan bahwa umur mempunyai kaitan erat dengan berbagai segi organisasi, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan dalam arti individu menjadi semakin bijaksana dalam mengambil keputusan bagi kepentingan organisasi. Slameto (2003) menyatakan bahwa kemampuan analitis akan berjalan sesuai dengan penambahan usia, seorang individu diharapkan dapat belajar untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan tertentu sesuai dengan kematangan usia. Sumartini (2010) menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan umur perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis.

d. Karakteristik Masa Kerja

Masa kerja sebagian besar perawat lebih dari 5 tahun (rata-rata 9,07 tahun). Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Dessler (1997) yang menyatakan lama waktu seseorang menentukan pilihan pekerjaan yang cocok adalah 5 tahun. Semakin bertambah masa kerja seseorang maka akan semakin bertambah pula pengalaman kerja dan keterampilan klinis (Swansburg, 1999). Dengan kondisi ini

diharapkan perawat mempunyai loyalitas dan keterampilan tinggi dalam pekerjaan.

Produktivitas seseorang tidak hanya tergantung pada keterampilan fisik saja, tetapi juga dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja (Robbins, 1996). Masa kerja melibatkan kebijakan moral dan kepekaan etik (Bishop & Scudder, 2001). Masa waktu seseorang menentukan pilihan pekerjaan yang cocok adalah 5 tahun (Dessler, 1997). Semakin bertambah masa waktu seseorang bekerja akan semakin bertambah pengalaman kerjanya sehingga pengalaman dan masa kerja ini saling terkait. Semakin bertambah masa kerja seseorang maka akan semakin bertambah pula pengalaman kerja dan keterampilan klinis (Swansburg, 1999).

Siagian (1997) menyebutkan seorang pekerja yang sudah lama bekerja dalam suatu organisasi memiliki relatif bekerja lebih baik karena tidak lagi berpikir untuk pindah bekerja ke tempat lain. Sedangkan pekerja yang lebih muda dan baru bekerja masih memikirkan dan merasa mudah untuk pindah ke tempat kerja yang lain. Sumartini (2010) menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan masa kerja perawat primer dengan kemampuan berpikir kritis.

6.3 Pelaksanaan Supervisi

Supervisi model reflektif interaktif merupakan kombinasi dari supervisi model reflektif dan model interaktif. Penggunaan model supervisi ini sesuai dengan hasil penelitian Brunero & Stein-Parbury (2008) yang menyatakan supervisi model interaktif umumnya banyak digunakan dalam supervisi keperawatan. Supervisi model interaktif disarankan digunakan dalam supervisi keperawatan (Faugier, Butterworth, 1994). Supervisi model reflektif efektif dalam pengembangan profesional dengan mendampingi dan menguji keterampilan praktik keperawatan (Blackford, Street, 1999).

Supervisi refleksi mengacu kepada proses yang mendukung perawat dengan memberdayakan untuk lebih memahami praktik keperawatan dan bagaimana hal itu saling mempengaruhi kepribadian perawat (Lynch, Hancox, Happell, & Parker, 2008). Hal ini memberikan dasar dalam pengujian keterampilan tindakan keperawatan untuk mengidentifikasi dasar keterampilan dan informasi yang akan

diubah oleh pengetahuan baru melalui supervisi. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran perawat sehingga memungkinkan untuk mengembangkan dan bahkan mengubah keterampilan praktik mereka sebagai hasil dari peningkatan pengetahuan. Ini adalah karakteristik penting untuk perkembangan praktik yang efektif. Supervisi model reflektif tidak dapat dilaksanakan pada lingkungan kerja bersifat kritis dan kelompok (Lynch, Hancox, Happell, & Parker, 2008).

Intervensi supervisi yang dilaksanakan oleh supervisor dan dinilai oleh perawat yang disupervisi, sebelum pelaksanaan mempunyai nilai rata-rata 2,22% bila dibandingkan dengan standar nilai >75% maka nilai 2% termasuk sangat kurang. Setelah kegiatan intervensi dilaksanakan terjadi peningkatan menjadi rata-rata 93,28%, bila dibandingkan dengan nilai >75% maka nilai ini termasuk sangat baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terjadi peningkatan kondisi pelaksanaan supervisi dari 2,22% menjadi 93,28%. Hal ini bermakna bahwa supervisi model reflektif interaktif dalam penelitian ini dilaksanakan oleh kepala ruang sebagai supervisor.

Kondisi supervisi pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan perlakuan supervisi memiliki nilai 2% hal ini sejalan dengan pendapat Dellfield (2008) yang menyatakan selama ini supervisi praktik keperawatan pada banyak fasilitas pelayanan diketahui tidak cukup adekuat. Hal ini juga sesuai dengan beberapa hasil penelitian di Indonesia pada beberapa rumah sakit yang menyatakan bahwa kegiatan supervisi keperawatan masih belum maksimal (Hamzah, 2001; Izzah, 2003).

Peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat melalui supervisi memerlukan dukungan supervisor. Intervensi supervisi model reflektif interaktif kepada perawat instalasi rawat inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin sebagai kelompok yang mendapatkan intervensi dilaksanakan oleh supervisor yang telah dilatih supervisi. Supervisor sebelum melakukan supervisi model reflektif interaktif terlebih dahulu melalui proses pelatihan dan telah diuji kemampuan untuk melakukan supervisi. Pengujian kemampuan supervisor melalui *pre post test* pengetahuan dan uji keterampilan praktik dalam hal supervisi model reflektif interaktif serta uji kesamaan persepsi dengan peneliti. Pendekatan berpikir

mendalam melalui supervisi memerlukan dukungan serta fasilitas dari supervisor (Lynch, Hancox, Happell, & Parker, 2008).

Supervisi ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat. Supervisi model reflektif interaktif merupakan model supervisi dalam bentuk mengarahkan perawat menggunakan pemikiran lebih mendalam sebagai proses belajar sehingga perawat dapat meningkatkan kemampuan di masa yang akan datang, hal ini dinyatakan oleh Daly et al (2004 dalam Lynch, Hancox, Happell, & Parker, 2008). Hal ini sesuai dengan pendapat Marquis & Houston (1998) yang mengemukakan bahwa supervisi merupakan suatu aktivitas pembinaan yang untuk membantu tenaga keperawatan dalam melakukan pekerjaan mereka secara efektif.

Peningkatan keterampilan berpikir kritis ini tidak terlepas dari kemampuan supervisor dalam melaksanakan supervisi dengan tepat. Supervisi merupakan kegiatan merencanakan, meramalkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai dan mengevaluasi secara berkesinambungan anggota serta sesuai dengan kemampuan dan keterbatasan yang dimiliki anggota (Kron & Gray, 1987). Pelaksanaan supervisi oleh supervisor dalam penelitian ini yang dinilai oleh perawat rata-rata pelaksanaan supervisi mencapai nilai 93,28%. Nilai supervisi sebesar 93,28% ini mempunyai potensi untuk mendukung peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat yang disupervisi.

Penelitian ini dengan menggunakan model supervisi reflektif interaktif memberikan dampak meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Uys, et.al (2005) supervisi dengan model *modified matrix* (MM) tidak memberikan dampak terhadap mutu pelayanan dalam distrik yang diteliti. Azwar (1996) menyatakan supervisi yang berlebihan ataupun sebaliknya (*Under control*) berdampak negatif pada pendelegasian tugas dan tanggung jawab yang diberikan. Tidak ada jenis supervisi yang paling tepat, teknik supervisi tergantung kebutuhan organisasi (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Lynch, et.al, 2008).

6.4 Pengaruh Supervisi terhadap Keterampilan Berpikir Kritis Perawat

Perbandingan keterampilan berpikir kritis perawat antara kelompok intervensi yang diberikan intervensi supervisi menunjukkan hasil adanya perbedaan bila dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan supervisi. Hasil yang menunjukkan ada perbedaan bermakna keterampilan berpikir kritis perawat setelah dilakukan supervisi reflektif interaktif pada kelompok intervensi menggambarkan bahwa pengaruh supervisi yang menjadi intervensi menjadi alasan terjadi peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat.

Berpikir kritis penting dilakukan sebelum mengambil keputusan dalam asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan salah satu metode ilmiah dalam penyelesaian masalah klien. Kemampuan perawat mengidentifikasi masalah klien dan memilih solusi intervensi yang tepat tidak lepas dari kemampuan perawat berpikir kritis, yaitu kemampuan perawat menggali alasan berdasarkan *evidence base* dari setiap problem dan solusi yang teridentifikasi. Kemampuan berpikir kritis dan disposisinya dapat digunakan ketika menyelesaikan masalah keperawatan (Zori & Morrison, 2009).

Beberapa hasil riset menyatakan pengembangan berpikir kritis perawat dapat dilakukan dengan menganalisis dan mengkritisi jurnal riset, melatih intelegensi sosial dan emosional, melakukan riset, menganalisa kejadian, konsep mapping, studi kasus, role play, dan dialog (Facione & Facione, 2008; Raymond & Profetto-McGrath, 2005; Toofany, 2008; Zori & Morrison, 2009). Salah satu teknik yang digunakan untuk meningkatkan keterampilan berpikir kritis melalui penelitian ini menggunakan supervisi model reflektif interaktif yang menggunakan dialog dan menganalisa asuhan keperawatan yang dilakukan perawat.

Intervensi supervisi model reflektif interaktif dalam penelitian ini bertujuan meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Nilai keterampilan berpikir kritis kelompok intervensi setelah mendapatkan supervisi rata-rata 21 atau setara dengan 84,00% (optimal). Peningkatan pencapaian keterampilan berpikir kritis perawat melalui supervisi

minggu I sebesar 68,42%, minggu II 79,67%, dan pada minggu III menjadi 93,66%. Keterampilan berpikir kritis pada kelompok yang mendapatkan supervisi mencapai optimal. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan keterampilan berpikir kritis perawat sebelum dan sesudah dilaksanakan intervensi supervisi ($p < 0,000$; $\alpha < 0,05$). Nilai keterampilan berpikir kritis kelompok kontrol rata-rata 13,59 atau setara dengan 54,36% (belum optimal). Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan keterampilan berpikir kritis setelah tidak mendapatkan supervisi pada kelompok kontrol ($p < 0,090$; $\alpha < 0,05$).

Intervensi dan pengujian pengaruh supervisi model reflektif interaktif terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam penelitian ini dengan membandingkan nilai rata-rata keterampilan berpikir kritis setelah dilakukan supervisi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Nilai yang didapatkan pada kelompok intervensi rata-rata 21,00 sedangkan pada kelompok kontrol 13,59. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat kelompok intervensi dan kontrol setelah dilakukan intervensi supervisi pada kelompok intervensi ($p < 0,000$; $\alpha < 0,05$). Hasil ini membuktikan adanya pengaruh yang bermakna dari intervensi supervisi kepada perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi.

Keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok intervensi sudah mendapatkan supervisi lebih tinggi (optimal) dari pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan supervisi dengan kriteria belum optimal. Gambaran hasil ini sesuai dengan pernyataan bahwa supervisi dalam pelayanan keperawatan bertujuan menjaga dan meningkatkan kualitas dan mensosialisasikan standar pelayanan (Cutcliff & Hyrkas, 2006). Hal ini sesuai dengan pendapat Karvinen & Hyrkas (2008) yang menyatakan supervisi menjadikan setiap orang berfokus mengerjakan tugas mereka masing-masing. Supervisi membantu memberikan dukungan dan mengurangi tekanan stress para perawat, mempromosikan tanggung jawab profesi, pengembangan keterampilan serta pengetahuan (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Hasil penelitian ini membuktikan pengaruh supervisi terhadap peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat, hasil ini sesuai dengan penelitian Sumartini (2009) yang menyatakan coaching dapat meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini juga didukung analisis statistik lebih lanjut yang menunjukkan bahwa 73,6% keterampilan berpikir kritis perawat dipengaruhi oleh supervisi (r^2 0,736). Supervisi merupakan pertukaran informasi diantara perawat untuk mengembangkan keterampilan profesional dan fungsi inti supervisi dalam keperawatan mencakup pendidikan dan dukungan untuk perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu (Butterworth, Bishop, & Carson, 1992; Lynch, et al, 2008; Sloan, 2005).

Intervensi supervisi merupakan kegiatan yang membedakan diantara kedua kelompok intervensi dan kontrol. Kondisi ini telah dikontrol dengan adanya kesetaraan karakteristik perawat dan keterampilan berpikir kritis perawat sebelum dilakukan intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi yang telah diuji secara statistik. Supervisi yang dilakukan terhadap perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan tidak lepas dari tujuan supervisi sendiri yang pada dasarnya untuk mengarahkan perawat dalam melaksanakan pekerjaan. Tujuan supervisi diarahkan pada kegiatan mengorientasikan staf dan pelaksanaan keperawatan, memberikan arahan dalam pelaksanaan kegiatan sebagai upaya untuk menimbulkan kesadaran dan mengerti akan peran dan fungsinya sebagai staf dan difokuskan pada kemampuan staf pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Gillies, 1996).

Berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan menjadi jaminan peningkatan mutu pelayanan keperawatan. Melalui penelitian yang dilakukan dengan intervensi supervisi terhadap perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan membuktikan pengaruh supervisi terhadap peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat sehingga dapat menjamin mutu pelayanan keperawatan sebagaimana diharapkan klien. Asuhan keperawatan merupakan suatu tahapan untuk memenuhi upaya mempertahankan kesehatan klien yang optimal dan bila ada perubahan pada kondisi klien, asuhan keperawatan memodifikasi jumlah dan

kualitas tindakan keperawatan guna mengembalikan status kesehatan klien kembali ke keadaan normal dinyatakan oleh Yura dan Walsh (1967 dalam NANDA 2009).

Asuhan keperawatan menuntut keterampilan kognitif, psikomotor dan afektif untuk merasakan dan menilai (Lewis, et al, 2004 dalam Paul, 2010), intuitive (Ignatavicius & Workman, 2006) dan kreativitas (Alfaro-LeFevre, 2004). Keterampilan berpikir kritis merupakan salah satu keterampilan kognitif yang dapat meningkat setelah dilakukan supervisi selama 3 minggu pelaksanaan. Hal ini didukung oleh nilai rata-rata pencapaian ketrampilan berpikir kritis perawat pada supervisi I (68,42%), pada supervisi II (79,67%), dan pada supervisi III (93,66%). Berpikir kritis meliputi kemampuan menganalisis, menyimpulkan, mengevaluasi baik melalui penalaran induktif maupun deduktif (Facione & Facione, 1997).

Berpikir kritis digunakan bersama dengan proses penyelesaian masalah dalam hal ini asuhan keperawatan sebagai pendekatan ilmiah penyelesaian masalah untuk mengambil keputusan tepat dalam proses keperawatan klien. Keterampilan berpikir kritis dalam pengkajian asuhan keperawatan dilakukan dengan melakukan observasi, membedakan data yang relevan diantara data yang tidak relevan, membedakan data penting diantara data yang tidak penting, memvalidasi data, mengorganisasikan data, mengkategorikan sesuai kerangka data, dapat menerima asumsi Wilkinson (1996).

Keterampilan berpikir kritis perawat dalam menentukan diagnosa asuhan keperawatan menurut Wilkinson (1996) dilakukan dengan menemukan bentuk dan hubungan dari tanda-tanda, mengidentifikasi kesenjangan data, membuat kesimpulan, menunda pernyataan ketika data kurang, membuat hubungan antar profesi, menyatakan masalah, menguji asumsi, membandingkan dengan nilai normal, mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi masalah.

Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan berpikir kritis dalam perencanaan merupakan kegiatan untuk memastikan klien memiliki rencana komprehensif, individual, klarifikasi dari hasil yang diharapkan, intervensi individual dan memastikan

rencana itu tercatat. Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan implementasi sebagai salah satu langkah dalam berpikir kritis merupakan pelaksanaan rencana perawatan dengan menilai kesesuaian intervensi dan memutuskan apakah pasien siap. Alfaro-LeFevre (2004) menyatakan evaluasi sebagai salah satu langkah dalam berpikir kritis merupakan menilai status klien untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah terpenuhi dan apa faktor penghambat keberhasilan dari rencana, menilai perbaikan dan kemandirian klien serta memodifikasi rencana sesuai indikasi dalam perkembangan klien.

Supervisi secara langsung yang dilakukan pada kelompok intervensi dapat meningkatkan keterampilan dan pengetahuan perawat terutama dalam hal berpikir kritis. Berpikir kritis sebagai bagian dari kemampuan kognitif seseorang yang berbeda pada setiap orang tetapi dapat ditingkatkan. Manfaat supervisi dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran akan solusi yang mungkin dilakukan dalam masalah klinik (Dudley & Butterworth, 1994).

Supervisi model reflektif interaktif yang dilakukan pada kelompok intervensi ini lebih mengarahkan dan membimbing perawat untuk berpikir mendalam, berpikir berdasarkan *evidence base*, menganalisis, menyimpulkan dan mengevaluasi melalui penalaran dalam melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan, melakukan implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan klien yang diasuh. Supervisi dilakukan secara langsung dalam bentuk diskusi kepada perawat ketika melakukan asuhan keperawatan klien secara terjadwal atas kesepakatan antara perawat dan supervisor. Supervisi ini juga memberikan support terhadap keluhan pribadi perawat dalam hal melakukan asuhan keperawatan serta mendiskusikan perkembangan standar asuhan yang berlaku dengan kebutuhan di pelayanan.

Kegiatan supervisi ini menekankan perawat pelaksana untuk berpikir secara mendalam tentang kegiatan yang mereka lakukan, supervisor bertanya untuk memotivasi perawat berpikir secara kritis dan mempromosikan kebijakan dan prosedur, mengembangkan standar, dan supervisor juga berperan dalam audit klinik, mengembangkan keterampilan dan riset klinik keperawatan serta memungkinkan supervisor memahami dan mengelola stress emosional perawat

pelaksana dalam praktik keperawatan disampaikan (Daly, 2004, Kadushin, 1976, Proctor, 1978 dalam Lynch, Hancox, Happell, & Parker, 2008).

Supervisi model reflektif interaktif yang dilakukan dalam penelitian ini dapat membuktikan hipotesis penelitian bahwa ada pengaruh supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Pengaruh supervisi melalui penelitian ini dapat meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat. Peningkatan keterampilan berpikir kritis ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan sebagai jawaban terhadap tantangan adanya perubahan ilmu pengetahuan, teknologi dan informasi. Perubahan sudut pandang pengguna layanan yang menuntut pelayanan bermutu. Pelayanan keperawatan didasarkan pada pendekatan pengambilan keputusan yang dapat ditingkatkan dengan berpikir kritis (Ignatavicius & Workman, 2006).

Perawat yang mempunyai keterampilan berpikir kritis mampu mengidentifikasi melalui analisis, menyimpulkan dan mengevaluasi pelaksanaan proses keperawatan terhadap klien yang diasuh. Perawat dengan kemampuan berpikir kritis melaksanakan proses keperawatan mempunyai tujuan dan standar yang jelas, bekerja tidak hanya sebagai rutinitas sehari-hari. Perawat mampu bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan yang diberikan, sehingga asuhan keperawatan bermutu yang diharapkan dapat dicapai. Sintesis konsep tentang keterampilan berpikir kritis menunjukkan bahwa individu yang berpikir kritis mempunyai keberanian intelektual, berpikiran terbuka, fleksibel, berpikir analitis, sistematis, percaya diri, rasa ingin tahu, berpikir matang, kreatif, mempunyai intuisi, dan pemikiran mendalam (Facione & Facione, 1996; Paul & Elders, 2002; Rubenfeld & Scheffer, 1999) .

6.5 Penerapan Supervisi Reflektif Interaktif dalam Fungsi Manajemen Keperawatan

Penerapan supervisi reflektif interaktif menggunakan fungsi manajemen keperawatan yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian (Huber, 2006) dapat diuraikan sebagai berikut:

6.5.1 Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu kegiatan menyusun strategi untuk mencapai tujuan. Fungsi perencanaan meliputi mendefinisikan tujuan organisasi, menetapkan strategi dan mengembangkan rencana untuk mengkoordinasikan kegiatan dalam upaya mencapai tujuan bersama (Robins, 1996). Manajer berperan dalam menetapkan, mendeskripsikan, dan menjelaskan tujuan, menetapkan syarat dan dugaan tentang kinerja, menetapkan dan menjelaskan tugas untuk mencapai tujuan, menetapkan rencana penyelesaian, menetapkan kebijakan, merencanakan standar-standar dan metode penyelesaian, mengetahui lebih dahulu permasalahan yang akan datang dan mungkin terjadi (Marquis & Huston, 2006). Perlu pemahaman tentang visi, misi dan nilai-nilai yang dimiliki, filosofi dan tujuan organisasi serta strategi yang akan digunakan untuk mencapai tujuan tersebut. Proses perencanaan ini melibatkan semua unsur dalam organisasi dilibatkan agar lebih aspiratif dan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi saat.

Perencanaan dalam kegiatan supervisi reflektif interaktif melibatkan kepala ruang sebagai supervisor dalam hal merencanakan kegiatan supervisi. Supervisi reflektif interaktif bertujuan meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat, dilakukan secara individu melalui diskusi untuk melatih dan membentuk suatu pola berpikir kritis perawat ketika melaksanakan asuhan keperawatan. Konsep supervisi reflektif interaktif ini menjadi dasar bagi supervisor dalam menyusun rencana kegiatan, menyepakati tujuan supervisi, menetapkan jadwal kegiatan atas kesepakatan dengan perawat yang disupervisi, dan menyusun rencana evaluasi. Penyusunan rencana supervisi reflektif interaktif sangat berkaitan dengan Visi rumah sakit, misi keperawatan, dan konsep supervisi reflektif interaktif. Kebijakan terkait supervisi reflektif interaktif menjadi dasar utama pelaksanaan supervisi ini.

6.5.2 Pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan kegiatan mendeskripsikan tugas dalam pekerjaan, jenis dan sifat pekerjaan, unit-unit kerja, siapa yang akan melakukan, alat yang dibutuhkan, keuangan, dan fasilitas-fasilitas. Fungsi pengorganisasian berhubungan erat dengan bentuk organisasi, metode penugasan, penempatan dan

pengaturan struktur organisasi, metode penugasan, uraian tugas jabatan, pengaturan ketenagaan, perumusan sistem evaluasi kinerja dan memberdayakan tim kerja dan kelompok untuk mencapai tujuan (Gillies, 1996; Swansburg, 1999).

Pengorganisasian dalam pelaksanaan supervisi reflektif interaktif berkaitan dengan siapa yang melakukan supervisi dan siapa yang disupervisi. Pada penelitian ini supervisor atau orang yang melaksanakan supervisi adalah kepala ruang atau disebut supervisor dan orang yang disupervisi adalah perawat yang menjadi bawahan kepala ruang. Hasil penelitian menyatakan supervisor haruslah seorang manajer yang berpengalaman, terdapat perbedaan signifikan dari nilai supervisi terkait dengan pengalaman kerja (Bittel & Newstrom, 1990; Cutcliff & Hyrkas, 2006). Keliat (2006) menyatakan supervisi dilakukan secara berjenjang dari atasan langsung kepada bawahan misalnya oleh kepala ruang kepada perawat yang menjadi bawahannya.

6.5.3 Pengarahan

Pengarahan merupakan fungsi manajemen yang berhubungan dengan pelaksanaan berbagai rencana yang telah dibuat oleh manajer. Rencana kerja diuraikan menjadi tugas yang dapat dilaksanakan dan didelegasikan (Marquis & Houston, 2006). Proses pengarahan dilakukan melalui memaksimalkan kinerja staf melalui motivasi, efisiensi waktu dan sumber daya, keterampilan komunikasi, manajemen konflik, kolaborasi, dan negosiasi. Pengarahan berfokus pada upaya manajer keperawatan mengatur, mengarahkan dan memaksimalkan sumber daya untuk mencapai tujuan (Robbins, 1996). Pengarahan meliputi penggunaan sistem kekuasaan, pengambilan keputusan, komunikasi manajemen, memotivasi bawahan, supervisi, memilih saluran komunikasi yang paling efektif dan dapat memecahkan masalah (Huber, 2006; Koziar et al, 1997). Fungsi pengarahan ini mempunyai area yang paling besar karena terkait dengan sumber daya manusia yang sangat berkontribusi dalam mencapai tujuan organisasi (La Monica, 1994).

Supervisi reflektif interaktif merupakan salah satu bentuk fungsi pengarahan, untuk meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat. Perawat diarahkan pada pola berpikir kritis, yaitu pola melakukan analisis, menyimpulkan dan mengevaluasi dari setiap tahapan kegiatan keperawatan yang dilaksanakan

perawat. Pengarahan merupakan proses penerapan, rencana manajemen, untuk mencapai tujuan perawatan, proses dimana personel perawatan mendapatkan inspirasi atau motivasi untuk menyelesaikan pekerjaan (Swansburg, 1999).

6.5.4 Pengendalian

Pengendalian meliputi kegiatan-kegiatan untuk memantau dan memastikan bahwa kegiatan yang direncanakan telah dicapai dengan baik. Pengendalian ini dilakukan dengan membandingkan hasil kerja yang dicapai dengan standar penampilan dan target yang telah dirumuskan pada tahap perencanaan. Tindakan koreksi diperlukan terhadap setiap penyimpangan yang terjadi sehingga diharapkan pelayanan keperawatan dapat meningkat dari waktu ke waktu (Huber, 2006; Robbins, Bergman, & Stagg, 1997).

Kegiatan pengendalian dalam supervisi reflektif interaktif dilakukan oleh kepala ruang sebagai supervisor. Kegiatan dilakukan melalui evaluasi pelaksanaan kegiatan, evaluasi pencapaian keterampilan berpikir kritis perawat, evaluasi pelaksanaan supervisi. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan terhadap standar evaluasi yang telah dipersiapkan sebelum kegiatan.

6.6 Keterbatasan Penelitian

Teknik sampling menggunakan *proportionate stratified random sampling (probability sampling)* dan *purposive sampling (nonprobability sampling)*. Teknik sampling direncanakan menggunakan *proportionate stratified random sampling (probability sampling)* karena supervisi pada kelompok intervensi melibatkan kepala ruang maka dilakukan kombinasi teknik sampling. Kepala ruang dilibatkan untuk melatih kemampuan supervisi model reflektif interaktif. Pertimbangan kepala ruang sebagai supervisor yang selalu bekerja pada jadwal pagi, menjadi alasan memilih responden dengan kriteria inklusi dipilih lagi berdasarkan lebih banyak jadwal pagi. Pemilihan sampel pada kelompok kontrol juga dilakukan dengan cara yang sama. Kombinasi teknik sampling ini agar tidak menghambat kegiatan kepala ruang dan responden dalam pelayanan di ruang rawat. Sampel terpilih tetap mewakili populasi penelitian.

6.7 Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit, ilmu keperawatan, dan penelitian keperawatan yang berhubungan dengan supervisi dan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Penelitian ini melalui proses intervensi supervisi telah membuktikan ada pengaruh supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat. Implikasi hasil penelitian dapat diuraikan sebagai berikut:

6.7.1 Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

a. Manajemen pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

Supervisi reflektif interaktif dapat meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat. Melalui supervisi ini dapat meningkatkan mutu SDM keperawatan sehingga manajemen keperawatan dapat memiliki SDM berkualitas dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

b. Kepala Ruang

Pengetahuan dan keterampilan supervisi reflektif interaktif yang didapatkan kepala ruang berimplikasi terhadap manajemen ruang rawat, kepala ruang mendapatkan *output* evaluasi melalui supervisi reflektif interaktif.

c. Perawat pelaksana

Perawat pelaksana yang telah dilatih melalui supervisi model reflektif interaktif akan melakukan asuhan keperawatan berdasarkan standar, sehingga mutu pelayanan meningkat.

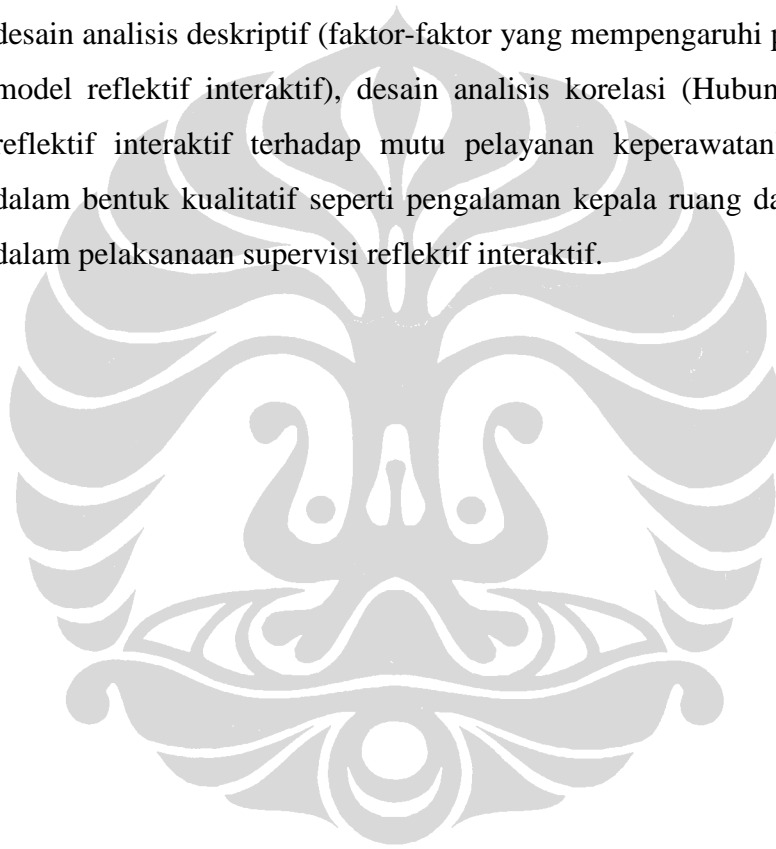
6.7.2 Keilmuan Manajemen Keperawatan

Penelitian ini membuktikan bahwa supervisi dengan model reflektif interaktif dapat meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat. Supervisi sebagai bagian dari kegiatan *directing* dalam manajemen keperawatan melalui model supervisi reflektif interaktif dapat digunakan dalam keilmuan keperawatan sebagai salah satu cara meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Supervisi memastikan kegiatan dilaksanakan sesuai dengan visi, misi dan tujuan organisasi. Supervisi model reflektif interaktif menekankan perawat berpikir lebih mendalam, menguji kebenaran berdasarkan

evidence base, sehingga dapat meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan.

6.7.3 Penelitian Keperawatan

Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan dari beberapa penelitian sebelumnya dalam mengimplementasikan supervisi di tatanan pelayanan keperawatan. Penelitian ini menambah jumlah penelitian tentang supervisi terutama model reflektif interaktif terhadap kemampuan berpikir kritis perawat dalam pelayanan keperawatan dengan mengembangkan pada desain penelitian yang berbeda seperti desain analisis deskriptif (faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif), desain analisis korelasi (Hubungan supervisi model reflektif interaktif terhadap mutu pelayanan keperawatan) ataupun penelitian dalam bentuk kualitatif seperti pengalaman kepala ruang dan perawat pelaksana dalam pelaksanaan supervisi reflektif interaktif.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menyampaikan simpulan dan saran yang membahas mengenai kesimpulan akhir penelitian tentang pengaruh supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di Instalasi rawat inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin.

7.1 Simpulan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin. Hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Keterampilan berpikir kritis perawat di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh dan RSUD Ulin Banjarmasin sebelum intervensi supervisi model reflektif interaktif masih belum optimal, tetapi setelah dilakukan intervensi supervisi terjadi peningkatan pada perawat di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh menjadi optimal dan pada perawat di RSUD Ulin masih belum optimal.
- b. Karakteristik perawat yang menjadi responden dalam penelitian ini jenis kelamin perempuan lebih banyak dari pada laki-laki, tingkat pendidikan DIII Keperawatan mempunyai jumlah paling banyak, umur perawat berada pada masa produktif dan masa kerja lebih dari 5 tahun yang berarti telah mempunyai pengalaman dalam pekerjaan.
- c. Kegiatan supervisi model reflektif interaktif dilaksanakan untuk meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.
- d. Ada perbedaan bermakna dari keterampilan berpikir kritis perawat di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh sebelum dan setelah dilakukan supervisi model reflektif interaktif.

- e. Tidak ada perbedaan yang bermakna dari keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok kontrol sebelum dan setelah tidak dilakukan supervisi model reflektif interaktif.
- f. Ada pengaruh yang bermakna dari supervisi model reflektif interaktif terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melakukan asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

7.2 Saran

- a. Supervisi reflektif interaktif yang diterapkan perawat di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin diharapkan tetap dilanjutkan dan dievaluasi secara terprogram minimal setiap 6 bulan.
- b. Program peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui supervisi diharapkan tidak membedakan jenis kelamin, tingkat pendidikan, umur dan masa kerja.
- c. Supervisi model reflektif interaktif diharapkan diterapkan pada kelompok perawat dengan keterampilan berpikir kritis yang belum optimal.
- d. Supervisi model reflektif interaktif diharapkan menjadi salah satu model supervisi yang dilaksanakan dalam manajemen pelayanan keperawatan di RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.
- e. Keterampilan berpikir kritis perawat pada kelompok kontrol diharapkan dapat ditingkatkan melalui penerapan supervisi model reflektif interaktif.
- f. Supervisi model reflektif interaktif diharapkan mendapatkan dukungan dari manajemen keperawatan, kepala ruang dan pelaksana pelayanan untuk meningkatkan ketrampilan berpikir kritis perawat sebagai dasar meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di R S. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfaro-LeFevre, R. (2004). *Critical thinking and clinical judgement*. St.Louis, Missouri: Elsevier.
- Arichman, N. (1999). *Pengaruh faktor-faktor karakteristik perawat terhadap kepuasan kerja tenaga keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Y*. Jakarta: Tesis FIK UI (Tidak dipublikasikan).
- Arwani, S. (2006). *Manajemen bangsal keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan: Aplikasi prinsip lingkaran pemecahan masalah*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Barkauskas, V.H. (2000) *Perspective and models of supervision in the health professions*. <http://www.google.co.id/search?q=Violet+H.+Barkauskas&hl=id&client=firefox-a&rls=org.mozilla:en-US:official&prmd=ivns&ei=WvT1Te7uDIeHrAfJxuTKBg&start=40&sa=N&biw=1024&bih=624>. Diperoleh 11 Maret 2011.
- Bandman, E. L., & Bandman, B. (1988). *Critical thinking in nursing*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Bart, W. M. (2010). *The measurment and teaching of critical thinking skill*. Minnesota: Annual Reseach Report Educational Testing Institute.
- Bidang Keperawatan. (2010). *Laporan tahun 2010 Bidang Keperawatan RS Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin*. Banjarmasin: Tidak dipublikasikan.
- Bishop, A., & Scudder, J. (2001). *Nursing ethics: Holistic caring practice (2nd ed)*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Bittel, L. R., & Newstrom, J. W. (1990). *What every supervisor should know*. Singapore: McGraw-Hill Book Co.
- Blackford, J., Street, A. (1999). The potential of 'peer' clinical supervision to improve nursing practice. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 2, 205-212.
- BPPSDM-KEMENKES. (2011). *Perawat Mendominasi Tenaga Kesehatan*. <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>. Diunduh tgl. 12 Juni 2011
- Britt, D, & Hunter, A. (2010). *Supervisi reflective*. <http://www.zerotothree.org>
- Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidence based literature review. *Australian Journal of Avanced Nursing* , 25(3), 86-94.
- Butterworth, C., Bishop, V., & Carson, J. (1992). First step towards evaluating clinical supervision in nursing and helath visiting: Theory, policy, and practice development. *Journal of Clinical Nursing* , 5, 127-132.

- Bowles, N. &. (1999). An evaluation study of clinical supervision based Proctor's three function interactive model. *Journal of Advance Nursing* , 30(4), 958-964.
- Burns, N., & Grove, S. K. (1993). *The practice of nursing Research; Conduct, critique and utilization second edition*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2008). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice (12th edition)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott William & Wilkins.
- Cottrell, S. (2005). *Critical thinking skills; Developing effective analysis and argument*. New York: Palgrave MacMillan.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamental of nursing (4th edition)*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Creswel, J. W. (2009). *Research design: Quantitative, qualitative and mixed methods approacher (3rd ed)*. California: SAGE Publication.
- Cutcliff, J. R., & Hyrkas, K. (2006). Multidisiplinary attitudinal positions regarding clinical supervision: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management* , 14, 617-627.
- Dahlan, M. S. (2008). *Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Arkans.
- Daly, J. S. (2004). *Nursing Leadership*. Marrickville, NSW, Australia: Elsevier, Churchill Livingstone.
- Del Bueno, D. (2006). A crisis in critical thinking. *Nursing Education Perspective* , 26(5), 278-282.
- DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2002). *Fundamental of Nursing: Standar and practice (2nd ed)*. New York: Delmar Thomson Learning.
- Dellfield. (2008). Nursing staff description of clinical supervision and management in veteran-affiliated nursing home. *Journal of Nursing Care Quality* , 24, 66-74.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2001). *Standar asuhan keperawatan*. Jakarta: DepKes RI.
- Dessler, G. (1997). *Manajemen sumber daya manusia. (Benyamin Molan, Penerjemah)*. Saint Louis: Mosby Year Book.
- Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. (2008). *Buku Panduan Pengembangan Kurikulum Berbasis Kompetensi Pendidikan Tinggi*. Jakarta.

- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2006). *Nursing care plans; Guidelines for individualizing client care across the life span (7th edition)*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Facione, P. A. (1990). The california critical thinking skill test: College level tehcnical report. Eric Document ED 327-549. Millbrae.
- Facione, N. C., & Facione, P. A. (1996). Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment. *Nursing Outlook* , 44, 1-15.
- Facione, N. &. (1997). *Critical thinking assessment in nursing education programs: An aggregate data analysis*. Milbrae, CA: California Academic Press.
- Facione, N. C., & Facione, P. A. (2008). *Critical thinking and clinical judgment*. Retrieved January Monday, 2011, from Insight Assessment: <http://www.insightassessment.com>.
- Farrington, A. (1995). Models of clinical supervision. *British journal of nursing*, Vol.4, No.5.
- Fiscbach, F. T. (1991). *Documenting care, communication, the nursing process and documentationa standards*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fisher, A. (2001). *Critical thinking; An introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fowler, J. (1996). The organization of clinical supervision within the nursing profession; A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* , 23, 471-478.
- Gillies, D. A. (1996). *Nursing management: A system approach (3rd edition)*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hakim, H. (2009). Exploring the meaning and behaviors of critical thinking in nursing practice.
- Hamzah, H. (2001). *Hubungan supervisi, tanggung jawab dan pengembangan diri dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSU Labuang Baji Makassar*. Depok: Tesis FIK UI (Tidak dipublikasikan).
- Hand, L. (1981). *Nursing supervision*. Virginia: Riston.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Health Resources and Service Administration. (2011). *Age Distribution of Registered Nurse Population 1980-2000*. <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/rnsurvey/rnss1.htm#1>. Maret 2011.

- Huber, D. L. (2006). *Leadership and nursing care management (3rd ed)*. Pennsylvania: Saunders Elsevier.
- Ignatavicius, D. D. (2001). Six critical thinking skills for at the bed side succes. *Dimesions of Critical Care Nursing* , 20(2), 30-33.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2006). *Medical surgical nursing; Critical thinking for collaborative care (4th edition)*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- International Council of Nurse. (2009). *ICN framework of competencies for the Nurse Specialist*. Switzerland: ICN.
- Izzah, N. (2003). *Hubungan teknik dan frekuensi kegiatan supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Batang Jawa Tengah*. Depok: Tesis FIK UI (Tidak dipublikasikan).
- Jones, A. (2006). Clinical supervision: What do we know and what do we need to know? A review and commentary. *Journal of Nursing Management* , 14, 577-585.
- Kaddoura, M. (2010). Effect of essential of critical care orientation (ECCO) program on the development of nurses critical thingking skills. *Journal Contin Nurs* , 41(9), 424-432.
- Karvinen, P. S., & Hyrkas, K. (2008). Administrative clinical supervision as evaluated by the first line managers in one health care organization district. *Journal of Nursing Management* , 16, 588-600.
- Keliat, B. A. (2006). *Modul model praktek keperawatan profesional*. Jakarta: WHO-FIK UI.
- Kerlinger, F. N. (1990). *Asas-asas penelitian behavioral*. Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- Kilminster, S. M., & Jolly, B.C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: A literature review. *Medical Education*, 34, 827-840.
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K., & Wilkinson, J. M. (1995). *Fundamental of nursing, concepts, process and practice*. Canada: Addison-Wesley Publishing.
- Kron, T., & Gray, A. (1987). *The Management of patient care: Putting leadership skill to work*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- La Monica, E. L. (1994). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan; Pendekatan berdasarkan pengalaman. (Elly Nurachmah, Agung Waluyo, Monica Ester, Penerjemah)* . Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Lemeshow, S., Hosmer, J. D., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan. (Dibyoo Pramono, Penerjemah)* . Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2010). *Nursing research; Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. China: Mosby Elsevier.
- Lunney, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* , 21(2), 82-88.
- Lusianah. (2008). *Hubungan motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di Instalasi Rawat Inap RS Marinir Cilandak*. Depok: Digital Library Universitas of Indonesia.
- Lynch, L., Hancox, K., Happell, B., & Parker, J. (2008). *Clinical supervision for nurses*. United Kingdom: Willey-Blackwell.
- Marquis, B. L. (2006). *Leadership role and management function in nursing*. Philadelphia: Lippincott williams & Wilkins.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2006). *Leadership role and management function in nursing 5th edition*. Philadelphia: Lippincott William & wilkins.
- McFarland, G. K., Leonard, H. S., & Morris, M. M. (1984). *Nursing leadership and management: Contemporary strategies*. New York: John Wiley & Sons.
- McGee, P. (2009). Who says we are all equal: Gender as ab issue for nurses and nursing care. *Contemporary Nursing* , 33/2, 098-102.
- McGregor, D. (2007). *Developing thinking developing learning; A guide to thinking skills in education*. New York: The McGraw-Gill Companies.
- Murray, M. E., & Dicroce, H. R. (1997). *Leadership and management in nursing (2nd edition)*. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Murti, B. (2006). *Desain dan ukuran sample untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif di bidang kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- NANDA International. (2009). *Nursing diagnosis: Definition and classification 2009-2011*. Iowa: Wiley-Blacwell.
- Norris, S. P., & Ennis, R. H. (1989). *Evaluation critical thinking; Practioners' guide to teaching thinking series*. Canada: Midwest Publication.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan (3th ed)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (1998). *Pengembangan sumber daya manusia*. Jakarta: PT. Bhinneka.

- Paul, R., & Elder, L. (2002). *Critical thinking: Tool for taking charge of your professional and personal life*. New Jersey: Financial Times Prentice Hall.
- Paul, S. A. (2010). *Assessment of critical thinking in nursing: How should critical thinking be assessed in the clinical setting*. Retrieved Januari 5, 2011, from Proquest: <http://www.proquest.com/pqdweb>
- Pfleger, J. (2011). *Supervisi Reflektif*. U.S. Departemen of Health & Human Service.
- Prayoga, G. (2009). *Kesetaraan gender perawat laki-laki dan perawat perempuan dalam pelayanan kesehatan*. Skripsi. FISIP UNSRAT: Klaten.
- Pohan, I. S. (2007). *Jaminan mutu layanan kesehatan dasar-dasar pengertian dan penerapan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research; Principle and methods (9th edition)*. Philadelphia: Lippincott Willian & Wilkins.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1997). *Fundamental of nursing: Concept, process and practice (7th edition)*. Saint Louis Missouri: Mosby-Elsivier.
- Raymond, C., & Profetto-McGrath, J. (2005). Nurse educator' critical thinking: Reflection and measurement. *Nurse Education in Practice* , 5(4), 209-217.
- Robbins. (2006). *Perilaku organisasi*. Jakarta: Pustaka Jaya.
- Robbins, S. P., Bergman, R., & Stagg, I. (1997). *Management*. Australia: Prentice Hall Australia Pty Ltd.
- Romeo, E. M. (2010). Quantitative research on critical thinking and predicting nursing students' NCLEX-RN Performance. *Journal of Nursing Education* , 49(7), 378-386.
- Rubinfeld, M. G., & Scheffer, B. K. (1999). *Critical thinking in nursing: An interactive approach (2nd edition)*. Philadelphia: Lippincott.
- Saefulloh, M. (2009). *Pengaruh pelatihan asuhan keperawatan dan supervisi terhadap motivasi kerja dan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Indramayu*. Depok: Tesis FIK UI (Tidak dipublikasikan).
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis (3rd edition)*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sexton-Breadshaw, D. (1999). Nurses' perception or the value of clinical supervision. *Pediatric Nursing* , 11(3), 34-47.
- Shell, R. (2001). Perceived barriers to teaching for critical thinking by BSN Nursing Faculty. *Nursing and Health Care Perspective* , 22(6), 286-291.

- Siagian, S. (1997). *Organisasi Kepemimpinan dan perilaku administrasi*. Jakarta: Gunung Agung.
- Siagian, S. P. (2002). *Kiat meningkatkan produktivitas kerja*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Slameto. (2003). *Belajar dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (4th edition)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sloan, G. (2005). Clinical Supevision: Beginning the supervisory relationship. *British Journal of Nursing* , 14(17), 918-923.
- Sub.Bid.PPL. (2010). *Laporan Rumah Sakit Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin tahun 2010*. Banjarmasin: Tidak dipublikasikan.
- Sugiyono. (2005). *Statistik untuk penelitian*. Bandung: Alfa Beta.
- Sumartini, B. T. (2010). *Pengaruh penerapan panduan coaching kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan perawat primer dalam proses keperawatan di Ruang Rawat Inap PKSC*. Depok: Tesis FIK UI tidak dipublikasikan.
- Susan, Z., Nosek, L. J., & Musil, C. M. (2010). Critical thinking of nurse managers related to staff RNs' perceptions of the practice environment. *Journal of Nursing Scholarship* , 42(3), 305-313.
- Swansburg, R. C. (1990). *Introductory management and leadership for clinical nurses (2nd ed)*. Toronto: Jones and Bartlett Publisher.
- Taylor, B. J. (2006). *Reflective practice: A guide for nurses and midwives*. Meidenhead: Open University Press.
- Toofany, S. (2008). Critical thinking among nurse. *Nursing Management UK* , 14(9), 20-31.
- Turner, P. (2005). Critical thinking in nursing education and Practice as define in the literature. *Nursing Education Perspective* , 26(5), 272-279.
- Uys, L. R., Minnaar, A., Simpson, B., & Reid, S. (2005). The effect of two models of supervision on selected outcomes. *Journal of Nursing Scholarship* , 282-288.
- Walker, K. (2009). Nursing gender. *Contemporary Nursing* , 33/2, 163-165.
- Whistanley, J., & While, E. (2003). Clinical supervision: Models, measures and best practice. *Researcher* , 10(4), 7-38.
- Wilkinson, J. M. (1996). *Nursing process a critical thinking approach*. California: Addison-Wesley Nursing.
- Zori, S., & Morrison, B. (2009). Critical thinking in nurse managers. *Nursing Economics* , 27(2), 282-288.

Lampiran 1: Jadwal Kegiatan Penelitian

Jadwal Penelitian Pengaruh Supervisi Reflektif Interaktif terhadap Keterampilan Berpikir Kritis Perawat di RS. DR. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin 2011

No	Kegiatan	Februari 2011	Maret 2011	April 2011	Mei 2011	Juni 2011
1	Penyelesaian Bab I-IV proposal penelitian.	■	■			
2	Ujian Proposal, uji etik, dan instrumen		■			
3	Pengumpulan data.			■		
4	Analisis data.			■	■	
5	Penulisan laporan.			■	■	
6	Ujian Hasil penelitian.				■	■
7	Sidang tesis.					■
8	Perbaikan tesis.					■
9	Pengumpulan laporan					■

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Rusmegawati

Tempat/Tanggal lahir : Ilung, 05 Oktober 1973

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil

Alamat : Jl.HKSN Komplek AMD Permai Blok H2 No.15
RT.23 Kelurahan Alalak Selatan Kota
Banjarmasin (Kalimantan Selatan)



Riwayat Pendidikan

1. Program Magister FIK UI jurusan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan (2010-sekarang)
2. S1 Keperawatan/Ners STIKES Muhammadiyah Banjarmasin lulus 2007.
3. Akademi Keperawatan DepKes Banjarbaru lulus 1995.
4. SMAN I Barabai (Hulu Sungai Tengah) lulus 1992.
5. SMPN I Barabai (Hulu Sungai Tengah) lulus 1989.
6. SDN Anggrek Barabai (Hulu Sungai Tengah) lulus 1986.
7. TK Aisyiah "Rokhaniah" Barabai (Hulu Sungai Tengah) lulus 1981.

Riwayat Pekerjaan

1. Perawat di RS Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin (1998-sekarang)
2. Perawat di RS. PTP Nusantara XIII Danau Salak (1995-1998)



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 129A/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 5 April 2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur
RS. Dr. H. M. Ansari Saleh
Banjarmasin


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Rusmegawati
0906504940

akan mengadakan penelitian dengan judul : "**Pengaruh Supervisi Terhadap Ketrampilan Berpikir Kritis Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Dr. H.M. Ansari Saleh Banjarmasin.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bidang Diklat RS. Dr. H. M. Ansari Saleh
3. Kepala Bidang Keperawatan RS. Dr. H. M. Ansari Saleh
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peninggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
 Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 091A/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 5 April 2011
 Lampiran : --
 Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur
 RSUD. Ulin
 Banjarmasin


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Rusmegawati
0906504940

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh Supervisi Terhadap Ketrampilan Berpikir Kritis Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD. Ulin Banjarmasin.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

 Dewi Irawaty, MA, PhD
 NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bidang Diklat RSUD. Ulin
3. Kepala Bidang Keperawatan RSUD. Ulin
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal

Lampiran 5a : Persetujuan Pelaksanaan Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. H. MOCH. ANSARI SALEH
BANJARMASIN

Jalan Brigjend. H. Hasan Basri No 1 Telepon : (0511) 3300741 – 3300263 Banjarmasin 70125

Banjarmasin, 27 April 2011

Kepada

Nomor : 420 / 16 29 – DIKLITBANG /RSAS
 Lampiran : -
 Perihal : **Permohonan Ijin Penelitian dan Uji Validitas**

Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
 di - **Depok**

Memperhatikan surat **Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia** tanggal 05 April 2011, nomor : 124A/H2.F12.D/PDP.04.02/2011, perihal **Permohonan Ijin Penelitian dan Uji Validitas**, untuk penyelesaian **Tesis** bagi mahasiswa Program Megister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama :

Nama : Rusmegawati
NIM : 0906504940
Judul : Pengaruh Supervisi Terhadap Keterampilan Berfikir Kritis Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan dapat menyetujui pelaksanaan kegiatan tersebut di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin, dengan catatan selama melakukan kegiatan tersebut tidak bertentangan dengan kode etik pelayanan kesehatan dan bersedia mematuhi segala ketentuan dan peraturan yang berlaku pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia diucapkan terimakasih.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin



Dr. Luthfy Mahatma Hadi, Sp.Rad
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19560503 198711 1 001

Lampiran 5b : Persetujuan Pelaksanaan Penelitian



PEMERINTAH DAERAH PROPINSI KALIMANTAN SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ULIN
 Jl. Ahmad Yani No. 43 Telp. 3257472 / 3252180 Fax 3252229
BANJARMASIN



SURAT KETERANGAN
 No. 158 / Diklit / RSUDU / 2011

Menerangkan bahwa, mahasiswa dari Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan dibawah ini telah selesai melakukan pengambilan data di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin dalam rangka penulisan tesis yang dilaksanakan dari **04 Mei 2011 s/d 04 Juni 2011**.

Adapun mahasiswa tersebut adalah :

Nama : **Rusmegawati**
 NIM : **0906504940**
 Judul Penelitian : **Pengaruh Supervisi Terhadap Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap.**

Demikian surat keterangan ini dibuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Bidang Diklit
 RSUD Ulin Banjarmasin

Akhmad Hipni Nur.S.Kep
 Nip. 19650806 198903 1 016

Lampiran 5b : Lanjutan Persetujuan Pelaksanaan Penelitian



PEMERINTAH PROPINSI KALIMANTAN SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ULIN
BIDANG DIKLIT
 Jl. Jend. A. Yani No. 43 Telp 3257472 / 3252180 Fax 3252229
BANJARMASIN

**SURAT PENGANTAR**

No. 153/ Diklit / RSUD Ulin / 2011

Kepada Yth,
Kepala Instalasi Rawat Inap

Di -
 RSUD Ulin Banjarmasin

Menindaklanjuti disposisi Direktur RSUD Ulin Banjarmasin, Surat dari Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan dengan nomor surat 124A/H2.F12.D/PDP/04.02/2011 perihal Permohonan Izin Penelitian, maka disampaikan bahwa mahasiswa di bawah ini bermaksud melakukan pengambilan data di Instalasi Rawat Inap mulai tanggal **04 Mei 2011 s/d 04 Juni 2011**.

Adapun nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : **Rusmegawati**
 NIM : 0906504940
 Judul : **Pengaruh Supervisi Terhadap Keterampilan Berpikir Kritis Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap.**

Demikian Surat Pengantar ini disampaikan, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Banjarmasin, 04 Mei 2011
 Kasie Diklit Medik
 RSUD Ulin Banjarmasin

Zainal Aripin, SKM. MIM
 NIP. 19690823 199703 2 004

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada

Yth. Teman sejawat perawat

Di tempat

Contact person:

Rusmegawati

Hp: 082110910898

Email: m364.wati@Yahoo.com

Dengan hormat,

Dalam rangka penelitian yang dilakukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya atas nama Rusmegawati NPM 0906504940, akan melakukan penelitian tentang pengaruh supervisi terhadap keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS. Dr. H.M. Ansari Saleh Banjarmasin.

Penelitian ini dilakukan selama 4 minggu, dalam 3 hari di minggu pertama akan diberikan pre test pada responden kelompok kontrol dan intervensi, selanjutnya setiap responden akan disupervisi dalam melakukan asuhan keperawatan 1x dalam seminggu selama 3 minggu pada kelompok intervensi, pada 3 hari terakhir minggu ke empat akan diberikan post test. Supervisi juga akan dilakukan pada responden kelompok kontrol setelah post test dilakukan.

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan peningkatan kegiatan manajemen keperawatan melalui supervisi. Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak dan pengaruh merugikan bagi perawat maupun pekerjaan sejawat perawat, karena kerahasiaan identitas dan semua informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya, dan hanya dipergunakan dalam penelitian ini.

Saya memohon kesediaan sejawat perawat untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini. Sejawat perawat yang telah bersedia menjadi responden

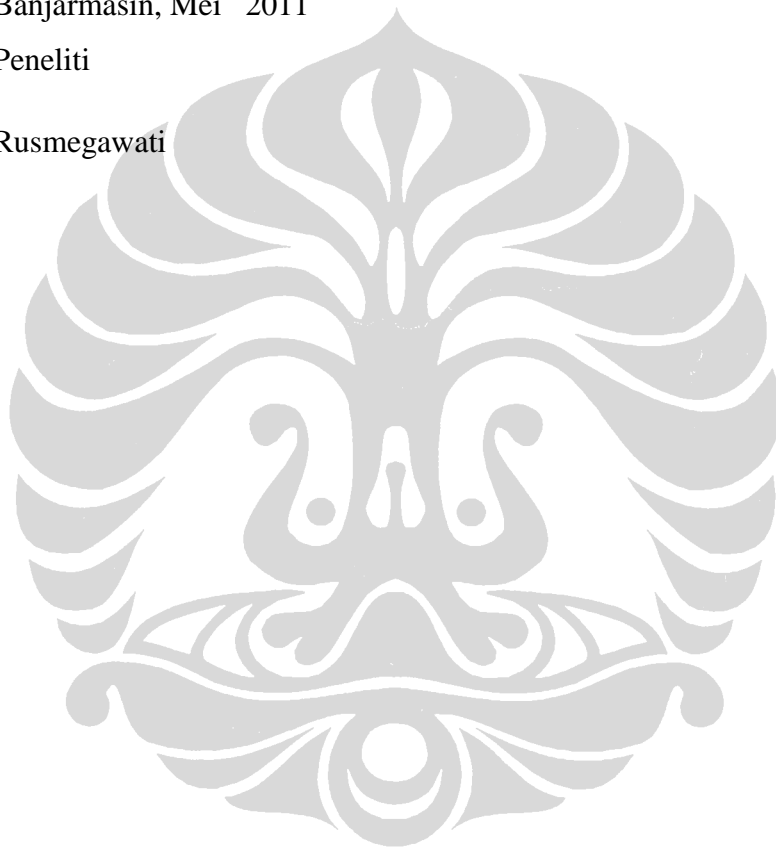
apabila dalam pelaksanaan penelitian merasakan ketidaknyamanan, responden berhak mengundurkan diri dari penelitian, tanpa ada sanksi.

Demikian penjelasan dari saya, terimakasih atas perhatian, kerjasama dan kesediaan teman-teman sejawat perawat saya sampaikan terimakasih.

Banjarmasin, Mei 2011

Peneliti

Rusmegawati



Lampiran 7: Lembar Persetujuan

**LEMBAR PERSETUJUAN
KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan penjelasan atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden. Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sampai dengan berakhirnya proses penelitian.

Banjarmasin,Mei 2011.

Tanda Tangan Peneliti,

Tanda Tangan Responden



Rusmegawati

(.....)

Kisi-kisi instrumen pengukuran keterampilan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Instrumen ini terdiri 25 item pertanyaan menggunakan pola berpikir kritis dengan pilihan jawaban 1 benar dari 4 pilihan A, B, C, dan D. Sebaran pertanyaan dapat dilihat pada tabel berikut:

Sebaran Pertanyaan Instrumen Berpikir Kritis

Variabel	Pengkajian	Diagnosa	Rencana Intervensi	Implementasi	Evaluasi	Jumlah
Keterampilan berpikir kritis melalui analisis, evaluasi dan menyimpulkan baik melalui penalaran induktif dan deduktif	Pertanyaan No. 1-5	Pertanyaan No. 6-10	Pertanyaan No. 11-15	Pertanyaan No. 16-20	Pertanyaan No. 21-25	1-25
Jumlah	5	5	5	5	5	25

KUESIONER A
KARAKTERISTIK PERAWAT

PETUNJUK

1. Mohon isi pada bagian titik-titik sesuai pertanyaan
 2. Isi dengan cek list (√) pada kotak sesuai jawaban teman-teman sejawat
-

Kode responden :

Tanggal pengisian :/...../.....

Unit/Ruang :

1. Umur : Tahun

2. Jenis Kelamin :

Laki-Laki

Perempuan

3. Pendidikan keperawatan terakhir:

D III Keperawatan

D IV Keperawatan

S1 Keperawatan

4. Masa Kerja : Tahun

KUESIONER B

PETUNJUK

1. Berilah tanda silang (X) pada lembar jawaban dari salah satu jawaban pilihan A,B,C, atau D, yang menurut saudara paling tepat!
2. Kerjakan dalam waktu 45 menit.
3. Mohon beri kode pada lembar jawaban sesuai kode responden yang telah disediakan.

Kasus untuk soal No.1-5

Ny. H, 47 tahun, masuk ruang rawat dengan keluhan sesak napas terus menerus wheezing +/- dan ronkhi +/-, batuk disertai lendir berwarna putih, riwayat asma sejak 2 tahun, sering kambuh. Frekuensi denyut nadi 80x/menit, suhu: 36°C, frekuensi napas: 36x/menit. Hasil pemeriksaan darah WBC $20.4 \times 10^3/\mu\text{L}$ (nilai normal: $4.00 - 10.0 \times 10^3/\mu\text{L}$).

1. Peningkatan frekuensi napas menjadi 36x/menit pada Ny. H, terjadi karena....
 - A. Retraksi otot dada dan peningkatan kekakuan paru dan tahanan jalan napas.
 - B. Merupakan mekanisme pertahanan penting yang memainkan peran utama dalam mempertahankan integritas *airway*.
 - C. Kebutuhan yang meningkat, baik secara fisiologis (selama bekerja) maupun patofisiologis (Asidosis, hiperkapnia, hipoksia).
 - D. Ekspirasi selalu lebih susah dan panjang dibandingkan inspirasi, yang mendorong pasien untuk duduk tegak dan menggunakan setiap otot-otot aksesori pernapasan.
2. Berdasarkan hasil WBC $20.4 \times 10^3/\mu\text{L}$, maka data yang perlu dikaji kembali pada klien adalah:
 - A. Berapa lama klien mengalami batuk.
 - B. Mengukur tanda-tanda vital klien.
 - C. Makanan terakhir yang disantap klien.
 - D. Faktor pencetus sesak napas yang dialami klien.
3. Adanya sesak, CRT > 3detik, keluhan kepala merasa pusing menggambarkan
 - A. Perfusi jaringan menurun
 - B. Penurunan ventilasi O₂
 - C. Penurunan transportasi O₂
 - D. Berkurangnya cardiac output.
4. Frekuensi napas 36x/menit, bibir tampak pucat, berkeringat dingin sebagai tanda klien mengalami...
 - A. Sakit kepala
 - B. Kekurangan oksigen
 - C. Perdarahan
 - D. Kekurangan cairan

5. Berikut adalah beberapa hal terkait penyakit asma, kecuali...
 - A. Penyakit kronis
 - B. Diwariskan secara genetik
 - C. Penularan melalui cairan tubuh
 - D. Disebabkan alergi

Kasus untuk soal No.6-10

Tn. M dibawa keluarga (anak dan isteri) dan RT setempat ke RS, dengan keluhan mengamuk, menghancurkan kaca rumah, bicara sendiri tidak tidur selama 3 hari. Pakaian tidak rapi, klien tidak dapat memberikan jawaban dari pertanyaan, cenderung bicara sendiri. Klien mengatakan sedang bicara dengan ibunya yang datang kepadanya, menurut keluarga ibu klien telah meninggal 10 th yang lalu.

6. Masalah keperawatan yang mungkin terjadi pada kasus tersebut adalah...
 - A. Menarik diri.
 - B. Halusinasi.
 - C. Gangguan proses pikir.
 - D. Harga diri rendah.
7. Apabila diagnosa keperawatan menarik diri ditetapkan sebagai salah satu diagnosa pada kasus tersebut, maka data apakah yang masih diperlukan?
 - A. Klien mengatakan mendengar suara dan melihat ibunya yang telah meninggal mengajaknya bicara.
 - B. Klien menyatakan merasa malu berteman dengan orang-orang di sekitar.
 - C. Klien atau keluarga menyatakan tidak mau berinteraksi dengan lingkungan.
 - D. Klien menyatakan dirinya seorang Presiden.
8. Diagnosa keperawatan utama untuk kasus tsb adalah...
 - A. Resiko merusak lingkungan b.d halusinasi.
 - B. Halusinasi b.d menarik diri.
 - C. Menarik diri b.d harga diri rendah.
 - D. Gangguan komunikasi b.d waham.
9. Faktor yang berhubungan dengan penentuan diagnosa halusinasi adalah sebagai berikut, kecuali:
 - A. Ketidakseimbangan elektrolit.
 - B. Pengungkapan masalah.
 - C. Stress psikologis
 - D. Ketidakseimbangan biokimia.
10. Faktor yang berhubungan seperti merasa kurang dihargai oleh orang lain, kegagalan berulang, peristiwa traumatik, kurang keanggotaan dalam kelompok, maka kemungkinan diagnosa keperawatan yang dipilih adalah...
 - A. Halusinasi.
 - B. Harga diri rendah.

- C. Waham.
- D. Menarik diri.

Kasus untuk soal No. 11-13

An. D umur 6 tahun dibawa orang tua ke RS dan masuk ruang rawat inap dengan keluhan 20x BAB cair, kesadaran menurun, keadaan umum tampak lemah, anak banyak diam, tidak bisa berjalan, turgor kulit jelek (kembali > 5detik), kelopak mata sangat cekung. Bising usus meningkat.

11. Tindakan utama yang segera dilakukan pada kondisi kasus An. D adalah
 - A. Mengobservasi tingkat kesadaran.
 - B. Memberikan cairan IVFD sesegera mungkin.
 - C. Memberikan diet lunak.
 - D. Membantu pengeluaran urine.

12. Rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada kasus tersebut adalah, kecuali....
 - A. Memantau gejala dehidrasi.
 - B. Memantau pengeluaran urine.
 - C. Memonitor vital sign.
 - D. Memberikan antibiotik.

13. Rencana intervensi yang merupakan fungsi mandiri perawat berdasarkan diagnosa utama kasus tsb adalah....
 - A. Berikan IVFD 30ttts/menit.
 - B. Memantau pemasukan dan pengeluaran cairan.
 - C. Memberikan antibiotik.
 - D. Memberikan obat anti diare.

14. Memberikan makan dengan mempertimbangkan usia, berat badan dan kemampuan menerima, meneruskan nutrisi peroral, memberikan nutrisi cukup kalori, protein, mineral dan vitamin merupakan rencana tindakan untuk mengatasi masalah....
 - A. Ketidakseimbangan nutrisi tubuh.
 - B. Gangguan menelan.
 - C. Kekurangan volume cairan.
 - D. Ketidakefektifan pola makan

15. .Monitor vital sign, pantau tanda dan gejala dehidrasi, pengeluaran urine, ketidakseimbangan elektrolit merupakan salah satu tindakan keperawatan dalam bentuk ...
 - A. Edukasi.
 - B. Tindakan mandiri.
 - C. Observasi.
 - D. Kolaborasi.

16. Ny. T, 36 tahun, post op ORIF, kesadaran compos mentis ekstremitas kiri bawah mengalami edema, terdapat luka post ORIF, tidak dapat melakukan dorsofleksi dan plantar fleksi ankle. Ny. T menyatakan nyeri pada area operasi bertambah bila digerakkan, Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada Ny. T adalah....
- Mengukur tekanan darah.
 - Manajemen nyeri.
 - Observasi keadaan umum.
 - Memberikan antibiotik.
17. Ny. Q, 55 tahun dirawat dengan bronchitis kronik. Perawat telah mengajarkan cara pernapasan dengan *pursed-lip breathing*. Keadaan seperti apakah yang mengindikasikan bahwa Ny. Q masih perlu penjelasan tentang teknik pernapasan tersebut?
- Dia berlatih pernapasan tersebut lebih dari dua kali sehari.
 - Dia menarik napas melalui mulut.
 - Dia menggunakan *pursed-lip breathing* saat naik tangga.
 - Dia mengeluarkan napas melalui mulut.
18. Klien dengan cedera pada spinal, kesadaran compos mentis, lumpuh pada kedua kakinya, tidak bis mengontrol BAK/BAB. Prioritas pencegahan cedera pada klien ini adalah....
- Memasang penghalang tempat tidur dan menempatkan bel dekat klien.
 - Menjaga kebersihan tempat tidur dan program miring/kiri.
 - Memiringkan kiri/kanan dan massage punggung tiap dua jam.
 - Memasang kateter urine dan memasang *diapers*.
19. Pemberian inhalasi...dengan nebulizer dilakukan pada klien dengan:
- Risiko bersihan jalan napas tak efektif.
 - Masalah bersihan jalan napas tak efektif.
 - Batuk-batuk.
 - Gangguan perfusi jaringan.
20. Tn. F, dirawat karena sirosis hepatis, terlihat edema dan ascites, haluaran urin menurun, TD 90/60 mmHg. Program pemberian infus yang sebaiknya adalah....
- NaCl 3%
 - Dextrose 40%
 - RL
 - Albumin

21. Ny. H, dirawat karena mengalami serangan asma, setelah 2x24 jam perawatan Ny. H mengatakan merasa lebih baik, data yang perlu dikaji kembali untuk mendukung pernyataan Ny. H adalah, kecuali:....
- A. Lihat kondisi secara umum Ny. H.
 - B. Auskultasi suara napas tambahan.
 - C. Palpasi bentuk dada Ny. H.
 - D. Periksa tanda-tanda vital Ny. H.
22. Pada klien dengan asma, setelah dilakukan intervensi dengan latihan batuk efektif, hal-hal yang perlu dikaji adalah, kecuali:
- A. Kemampuan untuk batuk secara efektif.
 - B. Frekuensi napas.
 - C. Frekuensi denyut nadi.
 - D. Suhu tubuh.
23. Apabila dalam perawatan klien dengan diagnosa keperawatan risiko infeksi dan setelah intervensi dilakukan hasil vital sign: TD 120/70 mmHg, N: 80x/menit, S: 36⁰ C, R: 28x/menit, sputum bening, maka....
- A. Tak ada risiko infeksi.
 - B. Gangguan bersihan jalan napas.
 - C. Tak ada gangguan bersihan jalan napas.
 - D. Risiko infeksi
24. Pada klien dirawat dengan serangan asma, dikatakan membaik apabila menunjukkan tanda-tanda sebagai berikut, kecuali:
- A. Keluhan sesak napas tidak ada.
 - B. Wheezing dan ronkhi tak terdengar.
 - C. Keluhan batuk tak ada.
 - D. Frekuensi napas 36x/menit.
25. Ketika dilakukan evaluasi setelah dirawat 2 hari Tn. R mengatakan merasa nyaman, vital sign TD 120/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36⁰ C, R: 28x/menit, sesak napas, batuk dan sianosis tak ada, merupakan evaluasi terhadap diagnosa keperawatan
- A. Gangguan ventilasi spontan.
 - B. Bersihan jalan napas tidak efektif.
 - C. Ketidakefektifan pola napas.
 - D. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan jantung.

TERIMAKASIH ATAS PARTISIPASINYA

LEMBAR JAWABAN

Kode Responden:

No	Pilihan Jawaban				No	Pilihan Jawaban			
1.	A	B	C	D	16.	A	B	C	D
2.	A	B	C	D	17.	A	B	C	D
3.	A	B	C	D	18.	A	B	C	D
4.	A	B	C	D	19.	A	B	C	D
5.	A	B	C	D	20.	A	B	C	D
6.	A	B	C	D	21.	A	B	C	D
7.	A	B	C	D	22.	A	B	C	D
8.	A	B	C	D	23.	A	B	C	D
9.	A	B	C	D	24.	A	B	C	D
10.	A	B	C	D	25.	A	B	C	D
11.	A	B	C	D					
12.	A	B	C	D					
13.	A	B	C	D					
14.	A	B	C	D					
15.	A	B	C	D					

KUNCI JAWABAN

No	Pilihan Jawaban				No	Pilihan Jawaban			
1.	A	B	C	D	16.	A	B	C	D
2.	A	B	C	D	17.	A	B	C	D
3.	A	B	C	D	18.	A	B	C	D
4.	A	B	C	D	19.	A	B	C	D
5.	A	B	C	D	20.	A	B	C	D
6.	A	B	C	D	21.	A	B	C	D
7.	A	B	C	D	22.	A	B	C	D
8.	A	B	C	D	23.	A	B	C	D
9.	A	B	C	D	24.	A	B	C	D
10.	A	B	C	D	25.	A	B	C	D
11.	A	B	C	D					
12.	A	B	C	D					
13.	A	B	C	D					
14.	A	B	C	D					
15.	A	B	C	D					

Lampiran 11: Format Observasi
Pencapaian Perawat

Format Pencapaian Perawat

Kode Responden :

Supervisor :

No	Pencapaian	Tanggal			Kriteria nilai 1
1	Pengkajian:				
	a. Analisis				Perawat mampu menyebutkan data-data dan memilih data hasil pengkajian pada klien yang dirawat
	b. Menyimpulkan				Perawat mampu memilih dan mengelompokkan data.
	c. Evaluasi (menalarkan secara deduktif dan induktif).				Perawat mampu menyebutkan alasan memilih data.
2	Diagnosa:				
	a. Analisis				Perawat mampu menyebutkan diagnosa-diagnosa yang mungkin dan memilih diagnosa pada klien yang dirawat.
	b. Menyimpulkan				Perawat mampu menjelaskan diagnosa yang dipilih.
	c. Evaluasi (menalarkan secara deduktif dan induktif).				Perawat mampu menjelaskan alasan memilih diagnosa.
3	Rencana Perawatan:				
	a. Analisis				Perawat mampu menyampaikan berbagai pilihan rencana dan memilih rencana perawatan yang tepat untuk klien.
	b. Menyimpulkan				Perawat mampu menjelaskan kembali rencana perawatan yang dipilih.
	c. Evaluasi (menalarkan secara deduktif dan induktif).				Perawat mampu menjelaskan alasan rencana perawatan yang dipilih.

No	Pencapaian	Tanggal			Kriteria nilai 1
4	Implementasi:				
	a. Analisis				Perawat mampu menyampaikan implementasi yang telah/sedang dilaksanakan dan menyesuaikan implementasi dengan diagnosa.
	b. Menyimpulkan				Perawat mampu menjelaskan kembali implementasi dan diagnosa keperawatan dari implementasi.
	c. Evaluasi (menalarkan secara deduktif dan induktif).				Perawat mampu menjelaskan alasan implementasi.
5	Evaluasi:				
	a. Analisis				Perawat mampu menyampaikan evaluasi keperawatan yang memungkinkan dan menetapkan evaluasi yang tepat.
	b. Menyimpulkan				Perawat mampu menjelaskan kembali evaluasi proses keperawatan yang dilaksanakan.
	c. Evaluasi (menalarkan secara deduktif dan induktif).				Perawat mampu menjelaskan alasan evaluasi keperawatan.
	Total				
	Tanda tangan supervisor				

Keterangan:

1. Supervisi dilaksanakan sesuai jadwal yang disepakati.
2. Supervisi dilaksanakan setelah perawat melaksanakan implementasi askep.
3. Kolom tanggal diisi sesuai tanggal supervisi.
4. Kolom tanda tangan diisikan pada kolom paling bawah dari tanggal supervisi.
5. Kolom di bawah tanggal pelaksanaan supervisi diisi nilai dengan kriteria:
 - a. Nilai 1 = bila dilaksanakan lengkap sesuai kriteria nilai 1
 - b. Nilai 0 = bila tidak dilaksanakan atau dilaksanakan tapi tidak lengkap

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Total Skore}}{15} \times 100\%$$

Kode responden:

Lampiran 12: Format Pelaksanaan Supervisi oleh Supervisor

Format Evaluasi Pelaksanaan Supervisi oleh Supervisor

No	Kriteria	Nilai	Kriteria Nilai 1
1	Supervisi disusun secara terjadwal.		Supervisi sebanyak 3x dilaksanakan sesuai jadwal.
2	Responden mengetahui jadwal supervisi yang dilaksanakan.		Responden mengetahui jadwal supervisi.
3	Materi supervisi dipahami oleh supervisor maupun responden.		Responden dan supervisor memahami materi supervisi (asuhan keperawatan).
4	Supervisor mengorientasikan materi supervisi kepada responden yang disupervisi.		Supervisor telah memberitahukan materi supervisi sebelum dilakukan kegiatan supervisi.
5	Supervisor mengkaji kinerja responden sesuai dengan materi supervisi (asuhan keperawatan).		Supervisor mengkaji kemampuan pemahaman responden tentang asuhan keperawatan.
6	Supervisor mengidentifikasi pencapaian responden.		Supervisor mengidentifikasi pencapaian responden.
7	Supervisor mengidentifikasi aspek kinerja yang perlu ditingkatkan oleh responden.		Supervisor mengidentifikasi aspek kemampuan dalam melakukan asuhan keperawatan yang perlu ditingkatkan oleh responden.
8	Supervisor memberikan solusi meningkatkan kinerja responden.		Supervisor memberikan solusi peningkatan kemampuan melaksanakan asuhan keperawatan.
9	Supervisor menjelaskan tindak lanjut supervisi yang telah dilaksanakan.		Supervisor menjelaskan tindak lanjut supervisi.
10	Supervisor memberikan reinforcement terhadap pencapaian responden.		Supervisor memberikan reinforcement terhadap pencapaian responden.
Total			

- Keterangan:
1. Format ini diisi oleh responden bersamaan dengan pengisian Pre & post test.
 2. Kode diisi dengan kode responden.
 3. Kolom di bawah nilai diisi dengan kriteria:
 - a. Nilai 1 = bila dilaksanakan lengkap sesuai kriteria nilai 1.
 - b. Nilai 0 = bila tidak dilaksanakan atau dilaksanakan tapi tidak lengkap.

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Total skore}}{10} \times 100\%$$

Lampiran 13: Pedoman Pelatihan dan Supervisi
Model Reflektif Interaktif

28-30 April 2011



PEDOMAN PELATIHAN & MATERI SUPERVISI REFLEKTIF INTERAKTIF

**Oleh
Rusmegawati**

*Disampaikan pada pelatihan supervisi kepala ruang di RS. Dr. H.M. Ansari Saleh
Banjarmasin*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat Nya, pelatihan supervisi bagi kepala ruang di instalasi rawat inap RS. DR. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin dapat dilaksanakan.

Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman, sikap dan keterampilan kepala ruang dalam hal supervisi sebagai salah satu tanggung jawab dalam fungsi sebagai kepala ruang rawat. Pelatihan ini dapat terlaksana berkat dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Hanny Handiyani, SKp., MKep. selaku pembimbing I dan Bapak Sigit Mulyono, SKp., MN. selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran dalam mengarahkan penyusunan pedoman pelatihan ini.
2. Bapak Dr. Luthfy Mahatma Hadi, Sp.Rad. selaku Direktur RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin yang telah memberikan ijin melakukan pelatihan.
3. Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Bidang Diklat RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin yang telah memberikan dukungan sehingga terselenggaranya pelatihan ini.
4. Teman-teman Kepala Ruang di instalasi rawat inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin yang telah berpartisipasi dalam pelatihan ini.

Semoga pelatihan ini dapat bermanfaat bagi pengembangan manajemen keperawatan khususnya supervisi yang menjadi tanggung jawab kepala ruang di instalasi rawat inap RS DR. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

Banjarmasin, April 2011

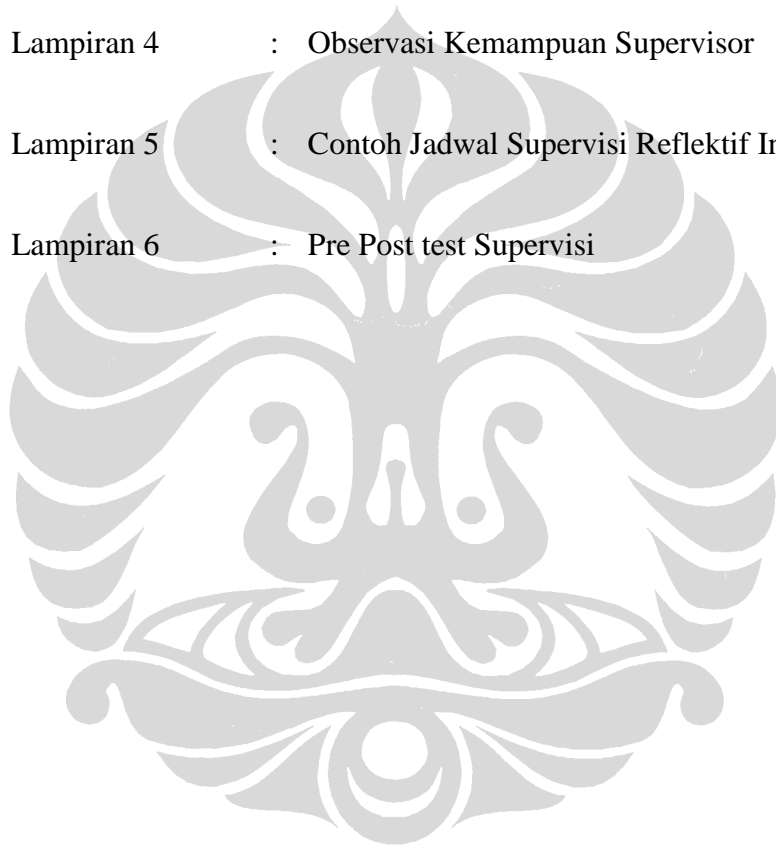
Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman	
Kata Pengantar	i	
Daftar Isi	ii	
Daftar Lampiran	iii	
 BAB I KURIKULUM PELATIHAN		
1.1 Pendahuluan		
1.1.1 Latar Belakang	1	
1.1.2 Filosofi Pelatihan	3	
1.2 Kompetensi	4	
1.3 Tujuan Pelatihan	4	
1.4 Peserta	6	
1.5 Struktur Pelatihan		
1.5.1 Materi	6	
1.5.2 Alokasi Waktu	7	
1.6 Diagram Alir Proses Pembelajaran	8	
1.7 Garis-Garis Besar Program Pembelajaran	9	
1.8 Evaluasi Pelatihan	11	
 BAB 2 MATERI SUPERVISI		
2.1 Konsep Dasar Supervisi	12	
2.2 Supervisi Model Interaktif	23	
2.3 Supervisi Model Reflektif	26	
2.4 Supervisi Model Reflektif Interaktif	28	
2.5 Role Play Supervisi Model Reflektif Interaktif	34	
 BAB 3 PENUTUP		38
 DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Standar Pelaksanaan Supervisi Model Reflektif Interaktif
- Lampiran 2 : Form Laporan Supervisi
- Lampiran 3 : Petunjuk Teknis Pengisian Form Laporan Supervisi
- Lampiran 4 : Observasi Kemampuan Supervisor
- Lampiran 5 : Contoh Jadwal Supervisi Reflektif Interaktif
- Lampiran 6 : Pre Post test Supervisi



BAB 1

KURIKULUM PELATIHAN

1.1 Pendahuluan

1.1.1 Latar Belakang

Supervisi sebagai bagian dari fungsi penggerak (*Directing*) dalam fungsi manajemen sebagai cara efektif untuk mencapai, menjaga dan menjamin tercapainya tujuan pelayanan keperawatan di rumah sakit. Supervisi merupakan suatu kegiatan pengendalian dengan pengarahan, dukungan dan bimbingan kepada perawat pelaksana untuk menjamin pencapaian tujuan kegiatan. Supervisi merupakan salah satu keterampilan yang harus dimiliki seorang manajer keperawatan. Hasil penelitian menyatakan supervisor haruslah seorang manajer yang berpengalaman, terdapat perbedaan signifikan dari nilai supervisi terkait dengan pengalaman kerja (Bittel & Newstrom, 1990; Cutcliff & Hyrkas, 2006).

Supervisi yang dilakukan atasan membantu perawat pelaksana meningkatkan keterampilan profesional dan mengatasi stress dalam lingkungan kerja. Praktik keperawatan dapat dikembangkan melalui salah satu cara terbaik adalah supervisi dan telah diakui sebagai salah satu cara efektif mengenalkan standar keperawatan dalam praktik keperawatan (Fowler, 1996; Jones, 2006; Sexton-Breadshaw, 1999). Supervisor menjadi tempat bertanya dan berdiskusi terutama terhadap kesulitan yang dihadapi perawat pelaksana

Supervisi memberikan bimbingan, dukungan dan membantu perkembangan profesional perawat. Ada peningkatan bermakna (18,5%) pada motivasi kerja dan kinerja perawat setelah mendapat pelatihan asuhan keperawatan dan disupervisi oleh kepala ruang yang telah dilatih dan dibimbing supervisi (Saefulloh, 2009). Supervisi keperawatan menjadi salah satu solusi untuk meningkatkan pendokumentasian asuhan. Supervisi merupakan variabel dominan yang berhubungan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan (Lusianah, 2008). Supervisi keperawatan mempunyai manfaat terhadap asuhan keperawatan secara umum.

Pelayanan prima sebagai bagian dari visi RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin merupakan jaminan mutu pelayanan yang ingin diberikan kepada pengguna layanan Rumah Sakit. Jaminan mutu ini dapat dilaksanakan dengan dukungan berbagai profesi pelayanan di Rumah Sakit. Jaminan mutu pelayanan keperawatan sebagai bagian dari pelayanan Rumah Sakit adalah dengan peningkatan mutu asuhan keperawatan. Pendekatan jaminan mutu layanan kesehatan merupakan salah satu perangkat yang sangat berguna bagi provider layanan kesehatan yang langsung melayani klien (Pohan, 2007).

Mutu asuhan keperawatan menjadi alat utama menjaga kepercayaan pengguna pelayanan. Asuhan keperawatan bermutu dilakukan dengan meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat dalam melakukan proses keperawatan. Pelayanan keperawatan didasarkan pada pendekatan pengambilan keputusan yang dapat ditingkatkan dengan berpikir kritis (Ignatavicius & Workman, 2006).

Pengembangan berpikir kritis perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dapat dilakukan melalui supervisi. Penerapan model supervisi dapat disesuaikan dengan situasi dan kebutuhan. Supervisi model reflektif merupakan salah satu model supervisi yang bertujuan agar perawat dapat berpikir lebih mendalam dengan metode ini dapat membantu perawat melatih proses berpikir dan meningkatkan keterampilan berpikir kritis Daly et, al. (2004 dalam Lynch, et al, 2008). Supervisi dengan model reflektif merupakan supervisi dengan mengarahkan perawat untuk berpikir mendalam ketika melakukan asuhan keperawatan. Lynch, et al, (2008) menyatakan berdasarkan dari kajian terhadap beberapa literatur (Atkinson & Murphy, 1993; Benner, 1984; Johns, 1997) model reflektif masih relevan sampai saat ini.

Supervisi dengan model interaktif merupakan model supervisi lainnya yang dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan. Supervisi dengan model interaktif merupakan salah satu model supervisi yang banyak diterapkan dalam pelayanan keperawatan (Brunero & Stein-Stein-Parbury, 2008). Supervisi ini menerapkan tiga fungsi supervisi meliputi fungsi meningkatkan keterampilan dan riset pelayanan keperawatan, fungsi mempromosikan dan audit standar pelayanan

keperawatan dan fungsi memberikan support pemberi layanan keperawatan dalam menghadapi tantangan tugas.

Perawat saat melakukan asuhan keperawatan perlu disupervisi, untuk mengetahui sejauh mana dan bagaimana rencana keperawatan telah dilaksanakan. Supervisi dilakukan untuk memastikan perawat mengerjakan tugas sesuai dengan standar dan kewenangan dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Supervisi klinik menjadikan setiap orang berfokus mengerjakan tugas mereka masing-masing (Karvinen & Hyrkas, 2008). Pelayanan keperawatan yang dilakukan perawat sepanjang waktu menangani berbagai masalah dan tantangan sehingga dengan adanya supervisi dapat membantu perawat baik melalui bimbingan, dukungan dan motivasi dari supervisor. Supervisi klinik membantu memberikan dukungan dan mengurangi tekanan stress para perawat, mempromosikan tanggung jawab profesi, pengembangan keterampilan serta pengetahuan (Brunero & Stein-Stein-Parbury, 2008).

Peningkatan mutu pelayanan keperawatan untuk memberikan jaminan pelayanan prima sebagai dasar pelaksanaan pelatihan supervisi kepada kepala ruang rawat di Instalasi Rawat Inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.

1.1.2 Filosofi Pelatihan

Pelatihan supervisi bagi kepala ruang diselenggarakan dengan memperhatikan:

- a. Prinsip *andragogy* yaitu selama pelatihan peserta berhak untuk didengarkan dan dihargai pengalamannya mengenai supervisi, dipertimbangkan setiap ide dan pendapat sejauh berada dalam konteks pelatihan dan tidak dipermalukan, dilecehkan ataupun diabaikan.
- b. Berorientasi kepada peserta, dimana peserta berhak untuk mendapatkan 1 paket bahan belajar tentang supervisi, mendapatkan pelatihan dengan metode pembelajaran bervariasi, dengan pengetahuan dasar peserta tentang supervisi, refleksi dan memberikan umpan balik secara terbuka, dan melakukan evaluasi dan dievaluasi.

- c. Berbasis kompetensi yang memungkinkan peserta untuk mengembangkan keterampilan dalam melaksanakan supervisi sesuai peran dan kompetensi yang diharapkan.
- d. *Learning by doing* yang memungkinkan peserta untuk berkesempatan melakukan eksperimen supervisi model reflektif interaktif menggunakan metode pembelajaran antara lain diskusi, role play dan praktik individu di lapangan. Peserta dapat melakukan pengulangan ataupun perbaikan yang dirasa perlu.

1.2 Kompetensi

Melalui pelatihan ini peserta pelatihan diharapkan kepala ruang mempunyai kompetensi dalam:

- a. Merencanakan kegiatan supervisi.
- b. Melaksanakan kegiatan supervisi.
- c. Mengevaluasi dan membuat rencana tindak lanjut supervisi.

1.3 Tujuan

a. Tujuan Umum

Setelah pelatihan diharapkan peserta mampu melaksanakan supervisi model reflektif interaktif sesuai standar dan prosedur supervisi di IRNA RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin.

b. Tujuan Khusus

- a) Kemampuan kognitif yang diharapkan dicapai peserta:
 - (a) Memahami konsep dasar supervisi yang meliputi:
 - ✓ Mampu menjelaskan pengertian supervisi.
 - ✓ Mampu menjelaskan tujuan dan manfaat supervisi.
 - ✓ Mampu menjelaskan sasaran supervisi.
 - ✓ Mampu menjelaskan ruang lingkup supervisi.
 - ✓ Mampu menjelaskan prinsip supervisi.
 - ✓ Mampu menjelaskan pelaksanaan supervisi,
 - ✓ Mampu menjelaskan penerapan supervisi.
 - ✓ Mampu menjelaskan persiapan supervisi.
 - ✓ Mampu menjelaskan peran supervisor.

- ✓ Mampu menjelaskan kompetensi supervisor.
- ✓ Mampu menjelaskan kegiatan rutin supervisor.
- (b) Memahami konsep supervisi interaktif yang meliputi:
 - ✓ Mampu menjelaskan pengertian supervisi model interaktif.
 - ✓ Mampu menjelaskan tujuan supervisi model interaktif.
 - ✓ Mampu menjelaskan bentuk dan pelaksanaan supervisi model interaktif.
- (c) Memahami konsep supervisi reflektif yang meliputi:
 - ✓ Mampu menjelaskan pengertian supervisi model reflektif.
 - ✓ Mampu menjelaskan tujuan supervisi model reflektif.
 - ✓ Mampu menjelaskan bentuk dan pelaksanaan supervisi model reflektif.
- (d) Memahami supervisi model reflektif interaktif meliputi:
 - ✓ Mampu menjelaskan pengertian supervisi model reflektif interaktif.
 - ✓ Mampu menjelaskan tujuan supervisi model reflektif interaktif.
 - ✓ Mampu menjelaskan bentuk dan pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif.
- b) Kemampuan afektif yang diharapkan dicapai peserta:
 - (a) Memiliki keyakinan manfaat dan tujuan supervisi model reflektif interaktif.
 - (b) Menyetujui supervisi model reflektif interaktif dapat dilakukan oleh kepala ruang di ruang rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin.
- c) Kemampuan psikomotor yang diharapkan dicapai peserta:
 - (a) Kepala ruang mampu membuat jadwal, materi dan mengorientasikan rencana supervisi model reflektif interaktif sesuai kesepakatan dengan perawat di ruang rawat.
 - (b) Kepala ruang mampu melaksanakan kegiatan supervisi model reflektif interaktif sesuai rencana kerja.
 - (c) Kepala ruang mampu mengevaluasi dan membuat rencana tindak lanjut supervisi.

1.4 Peserta

Kriteria peserta pelatihan adalah kepala ruang rawat di inap di Instalasi Rawat Inap RS. Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin, pendidikan minimal S1 Keperawatan dan bersedia mengikuti kegiatan pelatihan. Peserta pelatihan ini terdiri 9 kepala ruang.

1.5 Struktur Pelatihan

1.5.1 Materi

Materi pelatihan supervisi disampaikan dengan strategi diskusi, penugasan, *role play*, tugas mandiri dan praktek lapangan dengan materi pelatihan meliputi:

- a. Materi dasar tentang konsep dasar supervisi meliputi Pengertian, tujuan, manfaat supervisi, sasaran, ruang lingkup, prinsip supervisi, pelaksanaan, penerapan supervisi, persiapan supervisi, peran supervisor, kompetensi supervisor, kegiatan rutin supervisor.
- b. Materi inti tentang supervisi model reflektif interaktif yang meliputi, pengertian, tujuan, bentuk dan pelaksanaan, perencanaan, penerapan, dan evaluasi supervisi model reflektif interaktif.
- c. Materi penunjang tentang supervisi model reflektif dan supervisi model interaktif meliputi pengertian, tujuan dan bentuk dan pelaksanaan.

1.5.2 Alokasi Waktu

Alokasi waktu dan jadwal kegiatan pelatihan secara lebih rinci dapat dilihat pada tabel 2.1 dan 2.2 sebagai berikut:

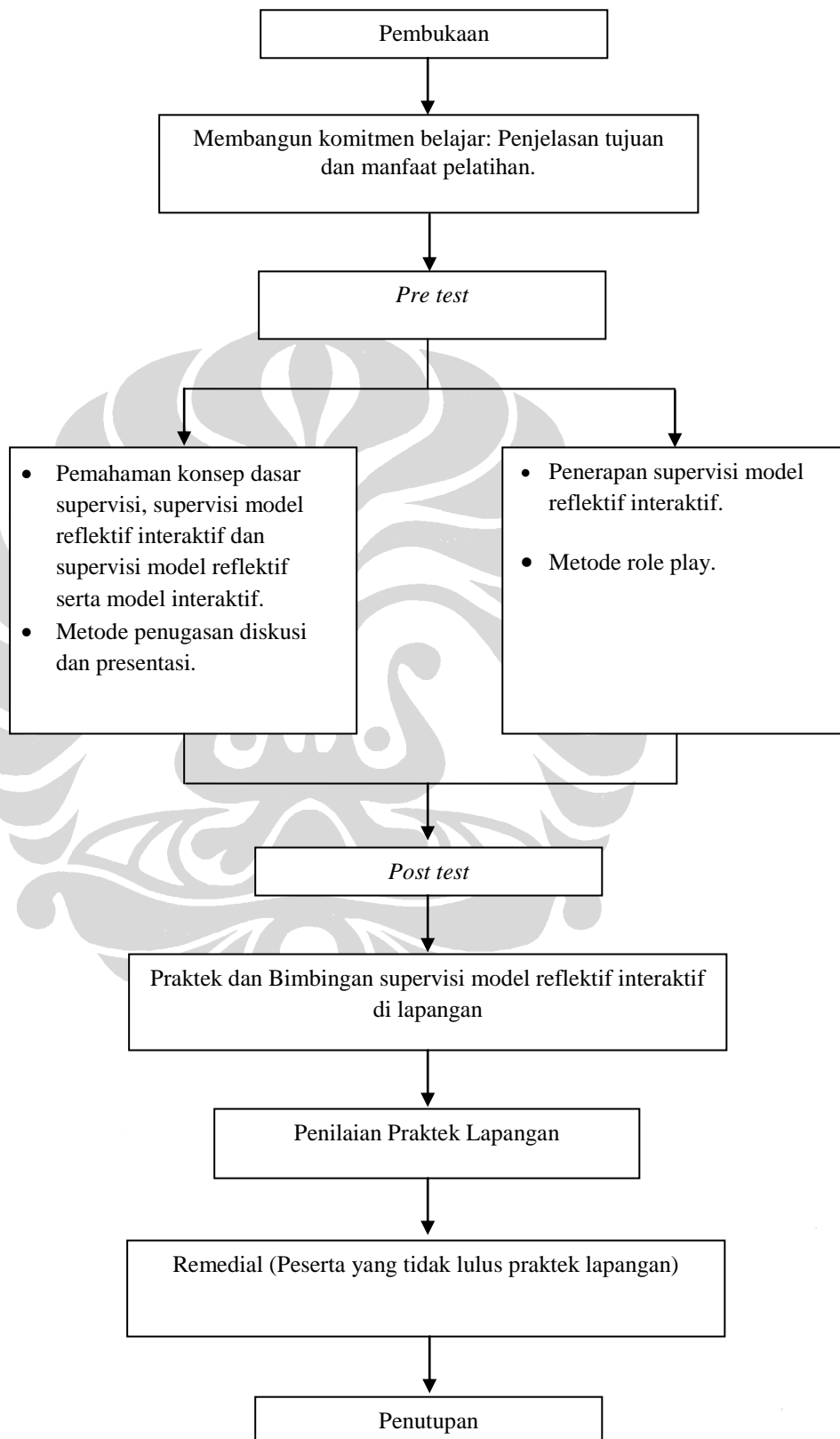
Tabel 2.1 Alokasi Waktu Pemberian Materi

No	Materi	Waktu			Jumlah
		Teori	Penugasan	Praktek Lapangan	
1	Konsep dasar supervisi	0,5	0,5		1 jam = 45
2	Konsep Supervisi model reflektif interaktif.	0,5	0,5	4	menit
3	Konsep Supervisi model reflektif .	0,5	0,5		
4	Konsep supervisi model interaktif.	0,5	0,5		

Tabel 2.2 Jadwal Kegiatan Pelatihan Supervisi Reflektif Interaktif

No	Acara	Penanggung Jawab	Waktu
A.	1. Pembukaan	Panitia	08.30 – 08.45
	2. <i>Pre test</i>	Panitia	08.45– 09.15
	<i>Coffee Break</i>	Panitia	09.15-09.30
	3. Materi Konsep dasar supervisi	Rusmegawati	
	4. Materi konsep supervisi Interaktif	Rusmegawati	09.30-12.00
	5. Materi konsep supervisi reflektif	Rusmegawati	
	<i>ISOMA</i>	Panitia	12.00-13.00
6.	Materi Konsep supervisi reflektif interaktif	Rusmegawati	13.00-15.30
	7. <i>Pos test</i>	Panitia	15.30-16.00
B.	1. Praktek Lapangan (Ruang Nilam, Emerald & Safir)	Rusmegawati	08.00-12.00
	<i>ISOMA</i>	Panitia	12.00-13.00
	2. Uji praktik lapangan	Rusmegawati	13.00-16.00
C.	Remedial Ruang dengan kepala ruang yang memerlukan remedial.	Rusmegawati	09.00 – 12.00

1.6 Diagram Alir Proses Pembelajaran



1.7 Garis-Garis Besar Program Pembelajaran Pelatihan Supervisi Model Reflektif Interaktif

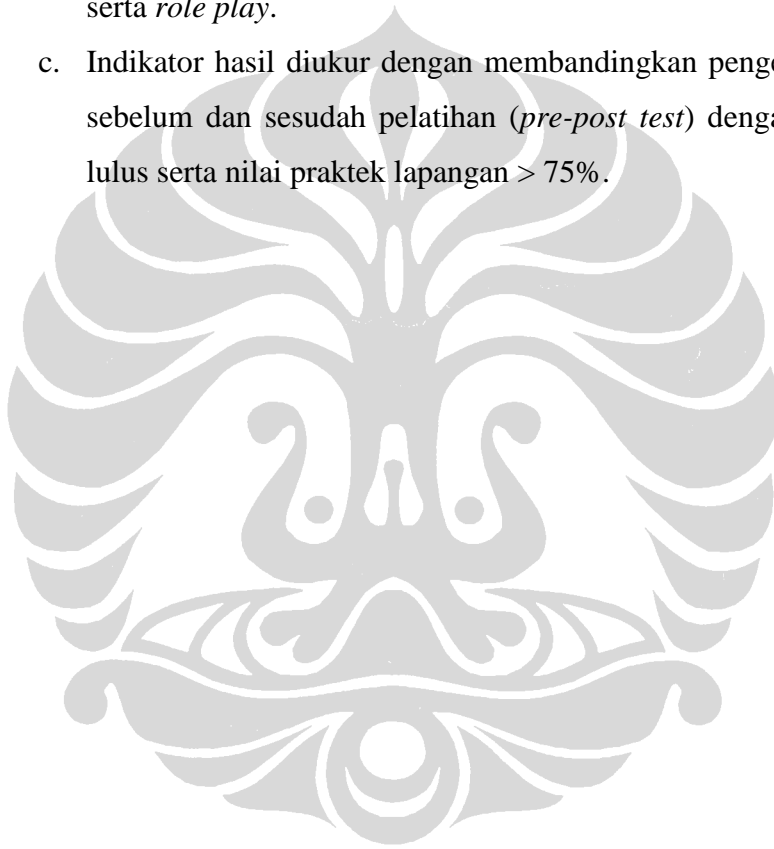
Judul Materi	Waktu	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Pokok Bahasan	Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Alat Bantu
Konsep Dasar Supervisi	45 menit	Supervisor mampu melaksanakan supervisi model reflektif interaktif di instalasi rawat inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin.	Mampu menjelaskan tentang: 1. Pengertian. 2. Tujuan. 3. Manfaat supervisi. 4. Sasaran. 5. Ruang lingkup. 6. Prinsip supervisi. 7. Pelaksanaan 8. Penerapan supervisi. 9. Persiapan supervisi. 10. Peran supervisor. 11. Kompetensi supervisor. 12. Kegiatan rutin supervisor.	Konsep Dasar Supervisi	1. Pengertian. 2. Tujuan. 3. Manfaat supervisi. 4. Sasaran. 5. Ruang lingkup. 6. Prinsip supervisi. 7. Pelaksanaan 8. Penerapan supervisi. 9. Persiapan supervisi. 10. Peran supervisor. 11. Kompetensi supervisor. 12. Kegiatan rutin supervisor.	Diskusi & Presentasi kelompok	Modul Pelatihan	Alat tulis
Konsep Supervisi Model Interaktif	45 menit	Supervisor mampu melaksanakan supervisi model reflektif interaktif di instalasi rawat inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin.	Mampu menjelaskan tentang: 1. Pengertian supervisi model interaktif. 2. Tujuan dan supervisi model interaktif. 3. Bentuk dan pelaksanaan supervisi model interaktif.	Supervisi Model Interaktif	1. Pengertian supervisi model interaktif. 2. Tujuan dan supervisi model interaktif. 3. Bentuk dan pelaksanaan supervisi model interaktif.	Diskusi & Presentasi kelompok	Modul Pelatihan	Alat tulis
Konsep Supervisi Model Reflektif	45 menit	Supervisor mampu melaksanakan supervisi model reflektif interaktif di instalasi rawat inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin.	Mampu menjelaskan tentang: 1. Pengertian supervisi model reflektif. 2. Tujuan supervisi model reflektif. 3. Pelaksanaan supervisi model reflektif.	Supervisi Model Reflektif	1. Pengertian supervisi model reflektif. 2. Tujuan supervisi model reflektif. 3. Pelaksanaan supervisi model reflektif.	Diskusi & Presentasi kelompok	Modul Pelatihan	Alat tulis

Judul Modul	Waktu	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Pokok Bahasan	Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Alat Bantu
Supervisi Model Reflektif Interaktif	90 menit	Supervisor mampu melaksanakan supervisi model reflektif interaktif di instalasi rawat inap RS.Dr.H.M.Ansari Saleh Banjarmasin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu menjelaskan tentang: <ol style="list-style-type: none"> a. Pengertian supervisi model reflektif interaktif. b. Tujuan dan supervisi model reflektif interaktif. c. Bentuk dan pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif. 2. Mampu membuat perencanaan supervisi model reflektif interaktif. 3. Mampu mengimplementasikan supervisi model reflektif interaktif. 4. Mampu melakukan evaluasi supervisi model reflektif interaktif. 	Supervisi Model Reflektif Interaktif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian supervisi model reflektif interaktif. 2. Tujuan supervisi model reflektif interaktif. 3. Bentuk dan pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif. 4. Perencanaan supervisi model reflektif interaktif. 5. Penerapan supervisi model reflektif interaktif. 6. Evaluasi supervisi model reflektif interaktif. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi & Presentasi kelompok. 2. Penugasan. 3. <i>Role Play</i> 	Modul Pelatihan Skenario <i>role play</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat tulis. 2. SOP & SAK Rumah Sakit 3. Buku NANDA Internasional. 4. Rekam medik klien yang sudah pulang.

1.8 Evaluasi Pelatihan

Evaluasi dalam pelatihan ini bertujuan menilai efektifitas penyelenggaraan pelatihan. Beberapa indikator evaluasi pelatihan dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Indikator reaksi diukur dengan melihat respon kepala ruang pada saat pelatihan, kehadiran dan kedisiplinan mengikuti kegiatan.
- b. Indikator belajar diukur dengan melihat keseriusan dan keaktifan kepala ruang dalam mengikuti pelatihan yang ditunjukkan dengan minat bertanya, kemampuan untuk menjawab dan berpartisipasi dalam diskusi serta *role play*.
- c. Indikator hasil diukur dengan membandingkan pengetahuan kepala ruang sebelum dan sesudah pelatihan (*pre-post test*) dengan nilai > nilai batas lulus serta nilai praktek lapangan > 75%.



BAB 2

MATERI SUPERVISI

2.1 Konsep Dasar Supervisi

Pokok Bahasan : Konsep Dasar Supervisi

Sub Pokok Bahasan :

1. Pengertian.
2. Tujuan
3. Manfaat supervisi.
4. Sasaran
5. Ruang lingkup
6. Prinsip supervisi.
7. Pelaksanaan
8. Penerapan supervisi
9. Persiapan supervisi
10. Peran supervisor
11. kompetensi supervisor
12. Kegiatan rutin supervisor

2.1.1 Pengertian

Supervisi merupakan kegiatan merencanakan, meramalkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai dan mengevaluasi secara berkesinambungan anggota serta sesuai dengan kemampuan dan keterbatasan yang dimiliki anggota (Kron & Gray, 1987). McFarland, et al, (1984) menyatakan sebagai proses kegiatan pemberian dukungan sumber-sumber yang dibutuhkan perawat dalam rangka mengevaluasi tugas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Azwar (1996) menyatakan sebagai upaya pengamatan secara langsung dan berkala yang dilakukan oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan dan memberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung untuk penyelesaian masalah. Supervisi dinyatakan sebagai suatu kegiatan pembinaan dengan menerapkan prinsip mengajar, mengarahkan, mengobservasi dan mengevaluasi secara terus menerus pada setiap perawat dengan sabar, adil serta bijaksana sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dengan baik, terampil, aman, cepat dan tepat secara menyeluruh sesuai kemampuan dan keterbatasan dari perawat (Kron & Gray, 1987; Swansburg, 1999).

Supervisi model reflektif merupakan bentuk supervisi yang mengarahkan perawat berpikir lebih mendalam dalam proses belajar dan pada akhirnya perawat mendapatkan hasil yang berbeda di masa depan dinyatakan oleh Daly et al (2004 dalam Lynch, 2008).

Beberapa pendapat mengenai pengertian supervisi dalam keperawatan dari beberapa ahli tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa supervisi merupakan suatu kegiatan memberikan bimbingan, arahan, dukungan dan evaluasi terhadap tugas yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana.

2.1.2 Tujuan Supervisi

- a. Memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga melalui bantuan tersebut bawahan memiliki bekal yang cukup untuk melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan baik (Azwar, 1996).
- b. Mengorientasikan, melatih kerja, memimpin, memberi arahan dan untuk mengembangkan kemampuan yang dimiliki oleh perawat pelaksana (Swansburg, 1999).
- c. Memberikan kondisi kerja yang kondusif, menggali semangat kerja sama, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi hasil kerja yang telah ditentukan, orientasi, pelatihan dan pengarahan individu sesuai kebutuhan dan diarahkan kepada pemberdayaan kemampuan dan perkembangan mereka, memotivasi setiap orang yang menginginkan kebaikan diri (Kron & Gray, 1987).
- d. Tujuan supervisi diarahkan pada kegiatan mengorientasikan staf dan pelaksanaan keperawatan, memberikan arahan dalam pelaksanaan kegiatan sebagai upaya untuk menimbulkan kesadaran dan mengerti akan peran dan fungsinya sebagai staf dan difokuskan pada kemampuan staf pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Gillies, 1996).
- e. Menjamin kelangsungan pekerjaan yang dilaksanakan oleh karyawan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia, memperbaiki kekurangan yang dimiliki oleh karyawan dalam kemampuan, pengetahuan dan pemahaman, memberikan penghargaan atas hasil pekerjaan karyawan, mengetahui potensi yang dimiliki oleh karyawan

dan meningkatkan produktivitas, efektivitas dan efisiensi kerja karyawan (Azwar, 1996; Clough, 2003; WHO, 1999).

2.1.3 Manfaat Supervisi

Cutcliffe & Proctor (1998) menyatakan manfaat supervisi sebagai berikut:

- a. Meningkatkan dukungan dan kesejahteraan individu (Butterworth, 1996).
- b. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran akan solusi yang mungkin dilakukan dalam masalah klinik (Dudley & Butterworth, 1994).
- c. Meningkatkan kepercayaan, mengurangi kejadian ketegangan emosi dan *burnout* (Haliberg & Noberg, 1993).
- d. Meningkatkan moral staf dan kepuasan pimpinan dan mengurangi ketidakhadiran staf dan meningkatkan kepuasan staf (Butterworth et al, 1996).
- e. Meningkatkan partisipasi dan pendalaman praktik (Hawkins & Shohet, 1989).
- f. Meningkatkan kesadaran diri (Cutcliffe, 1997).

2.1.4 Sasaran Supervisi

Sasaran yang akan dicapai dalam supervisi sebagai berikut:

- a. Pelaksanaan tugas sesuai dengan pola dan rencana.
- b. Pengembangan staf secara kontinu dan sistematis.
- c. Penggunaan alat yang efektif dan ekonomis.
- d. Pembagian tugas, wewenang ada pertimbangan obyektif dan rasional.
- e. Tidak terjadi penyimpangan kekuasaan, kedudukan dan keuangan.

2.1.5 Ruang Lingkup Supervisi Keperawatan

Ruang lingkup supervisi keperawatan yaitu obyek-obyek yang menjadi area dari supervisi keperawatan diantaranya adalah:

- a. Area asuhan keperawatan

Area asuhan keperawatan yang menjadi obyek dari supervisi keperawatan yaitu pelaksana audit keperawatan dan pelaksanaan standar prosedur operasional (SPO) keperawatan.

- b. Area personil keperawatan

Area ini mencakup tentang kemampuan dari sumber daya keperawatan yang ada di lingkungan kerjanya, kemampuan juga meliputi keterampilan dan pengalaman yang dimiliki oleh staf keperawatan.

c. Area sarana dan peralatan

Kegiatan pelaksanaan supervisi keperawatan akan memberikan alternatif penyelesaian masalah pada berbagai kendala yang dihadapi oleh staf baik tentang kemampuan melaksanakan tugas maupun sarana dan prasarana yang harus dipenuhi untuk memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas.

d. Pengembangan staf

Supervisi keperawatan dilaksanakan juga untuk memberikan penilaian terhadap staf sehingga dapat memberikan kesempatan mengembangkan diri sesuai dengan kemampuan dan memberikan penilaian terhadap pengembangan kemampuan dan keterampilan staf dalam menjalankan tugas yang dibebankan.

2.1.6 Prinsip Supervisi dalam Keperawatan

Manajer keperawatan dalam melakukan supervisi sebaiknya mengetahui prinsip-prinsip yang mendasari pelaksanaan supervisi. Swansburg (1990) menyatakan prinsip-prinsip supervisi sebagai berikut:

- a. Didasarkan pada hubungan profesional dan bukan hubungan pribadi.
- b. Kegiatan yang harus direncanakan secara matang, bersifat edukatif, memberikan perasaan aman pada perawat pelaksana dan mampu membentuk suasana kerja yang demokratis.
- c. Dilakukan secara obyektif dan mampu memacu terjadinya penilaian diri (*self evaluation*).
- d. Bersifat progresif, inovatif dan fleksibel serta dapat mengembangkan potensi setiap orang yang terlibat.
- e. Bersifat konstruktif dan kreatif dalam mengembangkan diri disesuaikan dengan kebutuhan.
- f. Supervisi harus dapat meningkatkan kinerja bawahan dan kepuasan kerja perawat dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

2.1.7 Pelaksanaan Supervisi

Pelaksanaan supervisi perlu memperhatikan beberapa hal pokok antara lain pelaksana supervisi, frekuensi supervisi, tujuan dan teknik pelaksanaan supervisi (Azwar, 1996) yang diuraikan sebagai berikut:

b. Pelaksana Supervisi

Supervisi dilakukan oleh atasan yang memiliki kelebihan terutama dalam pengetahuan dan keterampilan untuk memotivasi, mengarahkan, membimbing dan mengendalikan kegiatan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Depkes RI, 1997). Hasil penelitian menyatakan seorang supervisor diharapkan adalah seorang manajer (Cutcliff, & Hyrkas, 2006).

c. Frekuensi supervisi

Tidak ada pedoman yang pasti tentang frekuensi supervisi yang harus dilakukan oleh supervisor. Terlalu banyak melakukan supervisi (*overcontrol*) akan merusak delegasi yang diberikan kepada karyawan sehingga karyawan tidak dapat memikul tanggung jawab dengan baik dan sebaliknya supervisi yang kurang (*undercontrol*) juga akan berdampak negatif pada pendelegasian tugas dan tanggung jawab yang diberikan. Proses supervisi yang baik harus dilakukan tepat waktu, sederhana, minimal dan luwes. Supervisor harus dapat menentukan waktu yang tepat dalam melakukan supervisi. Azwar (1996) menambahkan bahwa pelaksanaan supervisi hendaknya dilakukan secara berkala dan periodik untuk memastikan bahwa kegiatan pencapaian tujuan dilaksanakan dengan baik. Butterworth et, al. (1997 dalam Whistanley & While, 2003) menyatakan waktu supervisi dilakukan minimal \pm 45 menit dalam setiap bulan pada setiap bawahan.

d. Teknik Pelaksanaan Supervisi

Bittel (1987) dan Hand, (1981) menyatakan pelaksanaan supervisi oleh supervisor dapat menggunakan berbagai cara, antara lain:

a) Secara langsung

Supervisi dilakukan secara langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung, supervisor terlibat dalam kegiatan, supervisor memberikan umpan balik dan perbaikan, berfokus pada masalah-masalah pokok dan strategis, bersifat obyektif menurut standar yang telah ditetapkan, dan dilakukan tanpa menimbulkan kesan negatif dengan pendekatan yang edukatif dan supportif.

Pengarahan yang diberikan dilakukan dengan cara yang efektif. Pengarahan yang efektif meliputi pengarahan harus lengkap, mudah

dipahami, menggunakan kata-kata yang tepat, berbicara dengan jelas dan tidak terlalu cepat, berikan arahan yang logis, hindari memberikan banyak arahan pada satu saat, pastikan bahwa arahan yang diberikan dapat dipahami, dilaksanakan atau perlu tindak lanjut, umpan balik dan perbaikan dapat dilakukan saat supervisi.

Proses supervisi dilakukan ketika perawat yang disupervisi melakukan secara mandiri peran dan fungsinya (misalnya tindakan keperawatan) didampingi supervisor, selama proses supervisor dapat memberikan dukungan, reinforcement dan petunjuk, setelah selesai supervisor dan perawat yang disupervisi melakukan diskusi yang bertujuan untuk menguatkan tindakan yang telah sesuai dan memperbaiki yang masih kurang. Reinforcement pada aspek positif sangat penting dilakukan oleh supervisor.

b) Supervisi tidak langsung

Supervisor tidak melihat langsung kejadian yang terjadi di lapangan sehingga mungkin terjadi kesenjangan fakta. Namun demikian umpan balik harus tetap dilakukan untuk meningkatkan penampilan bawahan. Kegiatan tersebut akan terwujud dengan baik bila terjalin komunikasi dua arah antara supervisor dan perawat.

c) Kolaboratif

Supervisi dilakukan dengan mengkombinasikan supervisi langsung dengan tidak langsung, supervisor dan yang disupervisi secara bersama-sama menetapkan struktur, proses dan kriteria dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

2.1.8 Penerapan Supervisi dalam Keperawatan

a. Supervisi Diri Sendiri (*Self Supervision*)

Supervisi diri sendiri merupakan supervisi mengevaluasi pekerjaan sendiri dengan menguji keefektifan pekerjaan yang dilakukan. Kekuatan tipe ini tidak memerlukan biaya, bisa kapan saja sesuai dengan waktu yang dimiliki, pengembangan menjadi konselor bagi diri sendiri, melalui refleksi, menawarkan kemandirian, lebih proaktif dan inovatif. Kelemahan tipe ini

sebagai konselor bagi diri sendiri mungkin perawat tidak mampu memahami segala sesuatu yang menyangkut kelemahan dan ketidakmampuan diri sendiri yang mempengaruhi hubungan dengan klien.

b. *One to one supervision*

One to one supervision merupakan kegiatan supervisi yang dilakukan antara supervisor dan perawat yang disupervisi yang mengarah pada tujuan belajar yang diinginkan. Tipe ini memberikan kebebasan berkreasi pada individu dan lebih berfokus sesuai dengan masalah individu.

c. *Group Supervision*

Supervisi yang dilakukan dalam bentuk group atau kelompok perawat. Keuntungan dari tipe ini adalah mendapatkan masukan dari sejumlah orang, berbagi pengalaman, berorientasi pada konseling dan pendekatan keperawatan, menerima support dari mereka sendiri terutama untuk perawat baru.

d. *Team or Staff Supervision*

Team or staff supervision merupakan supervisi dengan melibatkan kelompok yang bekerja sebagai tim kesehatan dengan pekerjaan yang sama akan mendapatkan supervisor dari bagian/institusi luar. Supervisi ini diharapkan membantu meningkatkan kemampuan perawat yang disupervisi. Institusi/bagian yang melakukan supervisi adalah yang mempunyai tujuan sama dan lebih maju atau tim yang dibuat oleh rumah sakit. Sistem ini diharapkan membuat perawat takut menunjukkan kelemahannya, karena akan berdampak pada karir.

2.1.9 Persiapan Supervisi

- a. Tentukan obyek/sasaran yang akan disupervisi
- b. Siapkan standar sebagai acuan untuk analisa hasil.
- c. Siapkan instrumen supervisi sesuai dengan obyek/sasaran yang akan disupervisi.
- d. Buat jadwal tentative berdasarkan alokasi waktu yang tersedia.

2.1.10 Kompetensi Supervisor

Arwani & Supriyatno (2003) menyatakan supervisor harus memiliki sejumlah kompetensi yang sesuai. Kompetensi yang harus dimiliki oleh supervisor sebagai berikut:

b. Memberikan pengarahan

Seorang supervisor seharusnya mempunyai kemampuan memberikan pengarahan dan petunjuk yang jelas sehingga dapat dimengerti oleh staf dan pelaksana keperawatan. Pengarahan yang jelas dapat membantu pelaksana mudah mencapai tujuan dari tugas yang diberikan.

c. Memberikan motivasi

Kemampuan memberikan motivasi untuk meningkatkan semangat kerja staf dan pelaksana keperawatan. Beberapa pertanyaan yang perlu dijawab oleh seorang supervisor antara lain kapan waktu yang tepat untuk memotivasi bawahan dengan cara apa motivasi dilakukan.

Pemberian motivasi pada saat bawahan mengalami stagnasi pekerjaan atau stress mungkin akan lebih sulit dibandingkan pada saat bawahan sedang giat-giatnya melakukan suatu tugas. Demikian juga pemberian motivasi melalui pemberian “sesuatu” yang terlihat dan dirasakan langsung mungkin lebih mudah dibandingkan dengan motivasi akan dirasakan dalam waktu yang relatif lama.

d. Memberikan saran

Kemampuan memberikan saran, nasehat dan bantuan yang dibutuhkan oleh staf dan pelaksana keperawatan. Pemberian saran kadang-kadang terkesan “menggurui” bagi sebagian orang terutama bila yang memberikan saran usianya lebih muda atau pimpinan yang relatif baru berada di lingkungannya.

e. Memberikan latihan dan bimbingan

Kemampuan memberikan latihan dan bimbingan yang diperlukan oleh staf dan pelaksana keperawatan. Pada banyak keadaan seorang supervisor tidak mampu ‘menggambil hati’ staf dan pelaksana keperawatan hanya karena pada saat berlangsung kegiatan supervisi dia tidak mampu “memperagakan” kemampuan untuk memberikan latihan dan bimbingan secara benar.

Pimpinan yang berkonotasi ke arah kemampuan manajerial tidak seharusnya “melupakan” kemampuan-kemampuan praktis yang suatu saat ditanyakan bawahannya. Bagaimana mungkin seorang supervisor mampu mengidentifikasi bahwa tindakan yang dilakukan bawahannya kurang tepat jika atasan sendiri tidak tahu tentang prinsip atau dasar dari tindakan yang dilakukan.

f. Memberikan penilaian

Kemampuan memberikan penilaian secara obyektif dan benar terhadap kinerja keperawatan. Melakukan penilaian berdasarkan standar kinerja perawat. Beberapa faktor kadang dapat mempengaruhi dalam pemberian penilaian secara obyektif misalnya hubungan yang terlalu dekat dengan bawahan yang tidak lagi professional tetapi lebih ke arah hubungan pribadi.

Bittel (1987) menyatakan kompetensi supervisor meliputi:

a. Kompetensi Pengetahuan

Kompetensi pengetahuan merupakan modal untuk dapat bekerja dengan baik. Seorang supervisor akan sukses bila dilandasi dengan pengetahuan yang cukup.

b. Kompetensi Intelektual

Kompetensi intelektual meliputi tiga bagian penting yaitu kemampuan berpikir logis dengan mencari penyebab dan suatu kejadian, kemampuan konseptual yaitu kemampuan untuk mengumpulkan informasi dan dapat membedakan hal-hal di luar pola/konsep dan keterampilan Mendiagnosa yaitu kemampuan untuk mengaplikasikan konsep dan teori ke dalam situasi dan kondisi kehidupan yang nyata.

c. Kompetensi Sosial Emosional

Kompetensi sosial emosional meliputi kepercayaan diri yang merupakan rasa percaya diri yang kuat sehingga dapat mencapai tujuan, kemampuan untuk mengembangkan rasa tanggung jawab, menanamkan disiplin dan membantu memberikan nasihat. Persepsi obyektif yaitu kemampuan mengerti dan memahami, termasuk dalam situasi konflik sekalipun, mau mengakui kekurangan dan kelebihan seseorang dan adaptasi stamina sehingga tetap dapat berfungsi efektif walau dalam keadaan yang tidak menyenangkan.

d. Kompetensi Interpersonal

Kompetensi interpersonal meliputi kemampuan untuk memberikan perhatian penuh pada dampak respon anggota terhadap kebijakan organisasi, mampu membantu, memerintah, mengarahkan, melatih, menjelaskan dan menerapkan semua kewajiban dan prosedur organisasi terutama terkait asuhan keperawatan. Mampu membangun kerja sama dengan semua unit, mampu berbicara dengan baik (Supervisor sukses karena kemampuan komunikasi), berpandangan positif, orang diberi tanggung jawab akan bekerja dengan baik, dan mampu mengelola proses kelompok.

2.1.11 Kegiatan Rutin Supervisor

Bittel (1997) menyatakan tugas-tugas rutin yang harus dilakukan oleh supervisor setiap harinya adalah:

- a. Sebelum pertukaran *shift* (15-30 menit)

Mengecek kecukupan fasilitas/peralatan/sarana untuk hari itu dan mengecek jadwal kerja.
- b. Pada waktu mulai *shift* (15-30 menit)

Mengecek personil yang ada, menganalisa keseimbangan personil dan pekerjaannya, mengatur pekerjaannya, mengidentifikasi kendala yang muncul, mencari jalan keluar supaya pekerjaan dapat diselesaikan.
- c. Sepanjang dinas (6-7 jam)

Meliputi memeriksa pekerjaan setiap personel, dapat mengarahkan, instruksi, mengoreksi atau memberikan latihan sesuai dengan kebutuhannya, memeriksa kemajuan pekerjaan dari personelnya sehingga dapat segera membantu apabila diperlukan, mengecek pekerjaan rumah tangga, memeriksa kembali pekerjaan personel dan kenyamanan kerja, terutama untuk personel baru, selalu siap bila ada pertanyaan, permintaan bantuan atau hal-hal yang terkait, mengatur jam istirahat personel, mendeteksi dan mencatat problem yang muncul pada saat itu dan mencari solusi, memeriksa kembali kecukupan alat/fasilitas/sarana sesuai kondisi, menyiapkan dan melaporkan secara rutin mengenai pekerjaan.
- d. Sekali dalam sehari (15-30 menit)

Mengobservasi salah satu personil atau area kerja secara kontinu, melihat dengan seksama hal-hal yang mungkin terjadi seperti keterlambatan pekerjaan staf yang disupervisi, lamanya menyiapkan suatu tindakan dan kesulitan pekerjaan yang dilakukan staf.

e. Sebelum pulang (15 menit)

Sebelum pulang supervisor membuat daftar masalah yang belum diselesaikan, berusaha menyelesaikan persoalan pada hari berikutnya, mengevaluasi pekerjaan yang telah dilaksanakan, melengkapi laporan sebelum pulang, membuat daftar pekerjaan keesokan harinya.

2.1.12 Peran Supervisor

Peran supervisor merupakan perilaku seorang supervisor yang diharapkan oleh perawat dalam melaksanakan supervisi. Peran supervisor sebagai perencana, pengarah, pelatih dan penilai (Kron, 1987). Peran supervisor dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Peran sebagai perencana

Seorang supervisor dituntut mampu membuat perencanaan sebelum melaksanakan supervisi. Supervisor merencanakan arahan yang akan diberikan, kepada siapa arahan diberikan, waktu, bagaimana termasuk instruksi yang akan diberikan.

b. Peran sebagai pengarah

Supervisor dituntut mampu memberikan arahan yang tepat kepada perawat yang disupervisi. Arahan disampaikan harus lengkap sesuai kebutuhan, dapat dimengerti, menunjukkan indikasi yang penting, bicara pelan dan jelas, pesan yang disampaikan rasional, Pengarahan menjamin mutu pelayanan keperawatan berkualitas dan sesuai standar. Tanpa pengarahan staf cenderung melakukan tugas menurut persepsi pribadi (Hungler & Wheleen, 2003).

c. Peran sebagai pelatih

Supervisor juga berperan sebagai pelatih dalam pemberian asuhan keperawatan. Supervisor melakukan perubahan untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan dan sikap perawat dalam asuhan keperawatan secara berulang, sehingga konsep yang diinformasikan dapat tertanam pada perawat yang disupervisi.

d. Peran sebagai penilai

Supervisor dalam melakukan supervisi juga memberikan penilaian berdasarkan standar kinerja. Penilaian akan berarti dan dapat dikerjakan apabila tujuan spesifik dan jelas, ada standar kinerja yang tepat.

2.2 Supervisi Model Interaktif

Pokok Bahasan : Supervisi Model Interaktif

Sub Pokok Bahasan : 1. Pengertian supervisi model interaktif.
2. Tujuan supervisi model interaktif.
3. Bentuk dan pelaksanaan supervisi model interaktif

Supervisi model interaktif disebutkan oleh Farrington (1995) seorang anggota peneliti senior pada *Department of Nursing and Midwifery*, De Monfort University Sraffttoft Campus, Leicester. Model supervisi ini berasal dari model supervisi yang dikembangkan oleh Kadushin (1976) yang menyebutkan model fungsi supervisi meliputi fungsi managerial, edukatif dan supportif dan Proctor (1991) menyebutkan supervisi meliputi fungsi-fungsi normatif, formatif dan restoratif.

2.2.1 Pengertian Supervisi Interaktif

Merupakan observasi, evaluasi, bimbingan dan pengarahan pada fungsi normatif (mengenalkan dan mengembangkan kebijakan, prosedur, dan standar dan berperan dalam audit klinik), formatif (mengembangkan keterampilan dan riset klinik keperawatan) dan restoratif (memungkinkan perawat untuk memahami dan mengelola stress emosional dalam praktek keperawatan) yang saling mempengaruhi dalam suatu sistem pelayanan keperawatan.

Fungsi normatif (*Managerial*) merupakan upaya mengembangkan strategi mengelola tanggung jawab profesional dan issue kualitas keperawatan. Mengembangkan rasa identitas profesional yang kuat dan kepuasan kerja. Mempromosikan kebijakan dan prosedur, mengembangkan standar dan berperan dalam audit klinik.

Fungsi formatif (*Educative*) merupakan area pengembangan keterampilan dan pengetahuan. Tujuan utama fungsi formative meningkatkan pengetahuan, kesadaran diri, kreasi dan inovasi. Fungsi formatif berhubungan dengan perkembangan keperawatan. Bowles dan Young (1999) menyatakan bahwa pengalaman kerja perawat berhubungan dengan tingkat fungsi formatif. Fungsi formatif juga mengembangkan keterampilan dan riset klinik keperawatan.

Fungsi restoratif (*Supportive*) supervisi klinik ini berfokus mengevaluasi dan mengukur intensitas emosional staff. Fungsi restoratif ini memberikan dukungan moral kepada staf, mengurangi kecemasan dan konflik, mengembangkan hubungan interpersonal yang lebih baik, meningkatkan kemampuan coping. Fungsi restoratif memungkinkan perawat untuk memahami dan mengelola stress emosional dalam praktek keperawatan.

2.2.2 Tujuan Supervisi Model Interaktif

a. Tujuan umum:

Supervisi model interaktif bertujuan untuk meningkatkan praktik keperawatan dan difokuskan pada interaksi perawat-klien (Van Ooijen, 2000 dalam Brunero & Stein-Stein-Parbury, 2005).

b. Tujuan Khusus:

a) Fungsi Normatif (*Managerial*)

Brunero & Stein-Parbury (2008) mengidentifikasi tujuan fungsi normatif merupakan tanggung jawab profesional dalam keperawatan meliputi: Melakukan perubahan, moralitas, penyelesaian masalah, penegasan komitmen, Memastikan peran dan fungsi, mengidentifikasi solusi, meningkatkan praktik keperawatan, meningkatkan pemahaman issue profesional, identitas profesional, mengkonfirmasi keunikan peran, perubahan dalam organisasi keperawatan, meningkatkan asuhan keperawatan individu, mengkritisi praktik, meningkatkan praktik, menangani risiko, kepuasan kerja, solidaritas profesional, konfirmasi intervensi keperawatan, kerjasama dengan klien, mengurangi tuntutan klien, meningkatkan hubungan dengan klien.

b) Fungsi Formatif (*Educative*)

Brunero & Stein-Parbury (2008) mengidentifikasi tujuan fungsi *formatif* merupakan pengembangan keterampilan dan ilmu pengetahuan meliputi: pembelajaran hal-hal baru, peningkatan pengetahuan, pengembangan profesional, kepercayaan diri, kesadaran akan pikiran dan perasaan, peningkatan pengetahuan tentang hak asasi manusia, menyadari banyaknya kebutuhan keluarga, kompetensi dan kreativitas, mengkonfirmasi keunikan klien, dukungan ide, inovasi, keterampilan komunikasi.

c) Fungsi *Restorative* (*Supportive*)

Brunero & Stein-Parbury (2008) mengidentifikasi tujuan fungsi *restorative* yang merupakan dukungan sosial atau rekan sejawat meliputi mendengarkan dan mendukung, peningkatan kemampuan coping di tempat kerja, sebagai area pemberi dukungan, menjadikan hubungan lebih baik diantara staff, keterlibatan di tempat kerja, keamanan lingkungan kerja, rasa aman, kepuasan kerja, mengurangi kecemasan, memahami rekan kerja, meningkatkan motivasi, mendiskusikan dan menggambarkan pikiran dan perasaan, empati, rasa kebersamaan, katarsis, memahami diri sendiri, meningkatkan hubungan diantara perawat, kepercayaan, mengurangi konflik, kebosanan, kelelahan, prestasi individu, pengembangan diri dan coping.

2.2.3 Bentuk Supervisi Model Interaktif

Barkauskas (2000) menyatakan model supervisi interaktif dapat dilakukan dalam bentuk:

- a. Fungsi normatif dapat dilakukan dengan rapat staf, observasi pelayanan, evaluasi formal, konsultasi lewat telepon, dokumentasi rekam medik klien, buku kegiatan harian perawat (*activity logs*).
- b. Fungsi formatif dapat diaplikasikan salah satunya dengan pendidikan berkelanjutan.
- c. Fungsi restoratif dapat diaplikasikan dengan supervisi kelompok, *case conference*, dan mengidentifikasi solusi masalah dalam praktik.

2.3 Modul Supervisi Model Reflektif

Pokok Bahasan : Supervisi Model Reflektif

Sub Pokok Bahasan : 1. Pengertian supervisi model reflektif.
2. Tujuan supervisi model reflektif.
3. Bentuk dan pelaksanaan supervisi model reflektif.

2.3.1 Pengertian

Supervisi reflektif merupakan hubungan kolaboratif, refleksi dan regulasi untuk pertumbuhan profesional yang meningkatkan kualitas program dan praktek dengan menghargai kekuatan dan kemitraan serta kerentanan untuk meningkatkan kualitas (Britt & Hunter, 2010).

Refleksi merupakan kemampuan berpikir (mengingat) dengan pikiran dan perasaan secara langsung tentang apa yang telah dilakukan. Kolaborasi merupakan hubungan yang tidak berdasarkan dominasi atau kekuasaan, merupakan suatu kerja sama, menekankan kekuatan bersama, kerentanan bersama. Regulasi (Pengaturan) merupakan keteraturan dari supervisi reflektif, dilakukan secara teratur (terjadwal), konsisten sehingga dapat diprediksi dan dapat melindungi.

2.3.2 Tujuan:

Supervisi reflektif mempunyai tujuan meningkatkan keterampilan intelektual yang sangat membutuhkan usaha dan latihan. Ini bukan bawaan atau tidak aktif, bahkan model reflektif mencerminkan sangat interaktif dan belajar aktif (Greenwood, 2001; Daly, et al, 2004) dalam Lynch, 2008.

2.3.3 Bentuk dan Pelaksanaan

Pendekatan supervisi klinis reflektif membutuhkan banyak waktu untuk merefleksikan dan menguji praktek dengan dukungan dan difasilitasi dari seorang supervisor klinis. Dalam literatur selama ini terdapat banyak model refleksi, tetapi supervisi reflektif tetap relevan bahkan sampai hari ini (Benner, 2984; Atkins & Murphy 1993; Yohanes, 1997).

Pada dasarnya, refleksi mengacu kepada proses yang mendukung perawat dengan memberdayakan mereka untuk lebih memahami praktek keperawatan mereka dan bagaimana hal itu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kepribadian mereka yang unik. Hal ini memberikan dasar dalam pengujian asuhan keperawatan yang dilakukan dalam rangka mengidentifikasi di mana tindakan yang ditanamkan, diinformasikan dan diterima sebagai suatu pengetahuan yang berbeda. Hal ini kemudian menyebabkan pemahaman yang lebih besar dan kesadaran, sehingga memungkinkan perawat untuk mengembangkan dan bahkan mengubah praktek mereka sebagai hasil dari peningkatan pengetahuan. Ini adalah karakteristik penting untuk perkembangan praktek yang efektif.

Keterbatasan model reflektif dari model lainnya dalam hal ini adalah ketergantungan staf untuk fokus dalam suatu sesi diskusi. Jenis model tidak cocok untuk diskusi yang berbelit-belit diskusi difokuskan pada dinamika atau eksplorasi lingkungan kerja/tim bukan peristiwa aktual atau insiden.

Supervisi reflektif memaksimalkan kekuatan lingkungan belajar melalui hubungan (Pfleger, 2011) yang dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Belajar dalam konteks hubungan

Kekuatan terbesar lingkungan merupakan tempat belajar dalam konteks hubungan sebagian besar orang belajar dipengaruhi oleh interaksi dengan orang lain, termasuk para pimpinan (Bertacchi dan Norman-Murch, 1999). Peran sebagai supervisor dan guru menjadi sama pentingnya selama diskusi dalam teknik penyelesaian masalah sebagai bagian dari pembelajaran. Seringkali ketika melihat perilaku tertentu dicontohkan dalam hubungan tampak efektif, kemudian akan ditiru pada kesempatan lain sebagai penyelesaian masalah.

b. Sebuah dialog kolaborasi

Supervisi reflektif pada dasarnya merupakan sebuah proses kolaborasi yang membutuhkan komunikasi terbuka dan paling efektif dalam hubungan saling percaya. Supervisor mendorong staf untuk mengekspresikan diri mereka dan secara bebas berbagai perspektif mereka tentang tantangan dan solusi yang mungkin. Komunikasi yang jelas dan nyaman akan memudahkan supervisor

secara akurat menilai masalah dan tingkat bantuan yang diperlukan staf. Dengan melibatkan staf dalam percakapan dua arah tentang masalah yang dihadapi dan sungguh-sungguh mendengarkan perspektif dan ide-ide, supervisor juga memberikan contoh penyelesaian masalah efektif. Supervisor mengambil peran pelatih saat mendukung staf dalam penyelesaian masalah pengembangan profesional.

c. Membangun kekuatan

Supervisi reflektif juga merupakan pendekatan berbasis kekuatan. Supervisor harus berkonsentrasi pada nilai positif staf dan bekerja sama dalam penyelesaian masalah. Supervisor menggunakan nilai positif staf dalam penyelesaian masalah bersama staf.

d. Pengaruh proses paralel

Pengaruh kondisi psikologis sebagai dampak dari keadaan lain (misalnya kondisi hubungan dalam keluarga) akan mempengaruhi hubungan dalam melaksanakan pekerjaan. Hal ini semestinya dapat dikendalikan.

e. Mengatasi hambatan supervisi reflektif

Mengatasi hambatan supervisi reflektif memerlukan dukungan organisasi. Masalah yang menjadi hambatan dalam supervisi reflektif umumnya anggapan bahwa atasan tidak mengerti staff. Pengambilan keputusan bersama dan komunikasi dua arah merupakan sentral supervisi reflektif akan menyelesaikan hambatan supervisi reflektif.

2.4 Supervisi Model Reflektif Interaktif

Pokok Bahasan : Supervisi Model Reflektif Interaktif

Sub Pokok Bahasan : 1. Pengertian supervisi model reflektif interaktif

2. Tujuan supervisi model reflektif interaktif.

3. Bentuk dan pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif.

4. Perencanaan supervisi model reflektif interaktif.

5. Penerapan supervisi model reflektif interaktif.

6. Evaluasi supervisi model reflektif interaktif.

2.4.1 Pengertian supervisi model reflektif interaktif

Merupakan supervisi secara langsung (*one to one supervision*) antara supervisor dan perawat yang disupervisi kombinasi antara supervisi interaktif dan reflektif. Supervisi dalam bentuk komunikasi langsung (diskusi) menekankan hubungan interpersonal (kolaboratif), terjadwal dan berpikir mendalam (reflektif) terkait dengan fungsi normatif, formatif dan supportif.

2.4.2 Tujuan dan supervisi model reflektif interaktif.

Meningkatkan keterampilan kognitif berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

2.4.3 Pelaksanaan supervisi model reflektif interaktif

a. Pelaksanaan Reflektif formatif

- a) Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi dengan mencari alasan/dasar baik melalui penalaran induktif maupun deduktif pada pengkajian klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
- b) Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi dengan mencari alasan/dasar baik melalui penalaran induktif maupun deduktif pada perumusan diagnosa klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
- c) Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi dengan mencari alasan/dasar baik melalui penalaran induktif maupun deduktif pada rencana intervensi klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
- d) Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi dengan mencari alasan/dasar baik melalui penalaran induktif maupun deduktif pada implementasi klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
- e) Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi dengan mencari alasan/dasar baik melalui penalaran induktif maupun deduktif pada evaluasi asuhan klien saat dilakukan supervisi.

b. Pelaksanaan Reflektif normatif

Supervisor dan perawat mendiskusikan proses keperawatan dan membandingkan dengan standar yang berlaku di Rumah Sakit.

c. Pelaksanaan Reflektif supportif

Supervisor dan perawat mendiskusikan keluhan terkait proses asuhan yang dilakukan.

d. Definisi Operasional

a) Analisis

Mengidentifikasi, memisahkan dan membedakan komponen-komponen suatu data atau fakta dan memeriksa setiap komponen untuk melihat ada atau tidak kontradiksi atau hubungan antar bagian untuk memperoleh pengertian yang tepat dan pemahaman keseluruhan.

b) Menyimpulkan

Mengambil generalisasi dari topik yang diproses mempertemukan berbagai elemen yang diperlukan untuk menarik kesimpulan rasional dalam bentuk dugaan dan hipotesis.

c) Evaluasi

Menilai kredibilitas dan kekuatan argumen, penalaran berdasarkan bukti yang relevan, konsep metode, atau standar.

d) Penalaran induktif

Proses berpikir yang bertolak dari pengamatan langsung yang menghasilkan sejumlah konsep dan pengertian dengan bertolak dari hal-hal khusus ke umum.

e) Penalaran deduktif

Proses berpikir yang bertolak dari pengamatan langsung yang menghasilkan sejumlah konsep dan pengertian dengan bertolak dari hal-hal umum ke khusus.

2.4.4 Perencanaan supervisi model reflektif interaktif.

a. Perencanaan

a) Supervisor membuat kesepakatan kegiatan supervisi dengan ketua tim dan perawat pelaksana di ruang rawat masing-masing.

- b) Supervisor menyusun jadwal supervisi, menyiapkan materi supervisi dan format-format supervisi yang diperlukan, pedoman dan standar asuhan keperawatan yang berlaku.
- c) Mensosialisasikan jadwal supervisi kepada perawat.

b. Pengorganisasian

a) Supervisor

Supervisi asuhan keperawatan dilakukan oleh kepala ruang di instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin (9 orang) sebagai supervisor. Supervisor ini telah dilatih supervisi model reflektif interaktif sebelumnya. Kriteria supervisor adalah perawat yang menjabat sebagai kepala ruang, pendidikan minimal S1 Keperawatan yang bersedia mengikuti proses penelitian. Supervisor akan melakukan supervisi kepada perawat (responden) di ruang rawat yang dikelola oleh kepala ruang (supervisor).

b) Responden

Responden merupakan ketua tim dan perawat pelaksana yang tersebar di 9 ruang rawat instalasi rawat inap RS. Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin (55-61 orang) yang telah mengisi *informed consent* sebelum proses pelaksanaan. Kriteria responden meliputi perawat pelaksana dan ketua tim di ruang rawat, pendidikan minimal DIII Keperawatan, tidak sedang cuti kerja, tidak sedang menjadi responden penelitian lain, bersedia menjadi responden, tidak sedang mengikuti pendidikan/pelatihan, dan masa kerja \geq 5 tahun.

c) Waktu

Supervisi dilaksanakan pada jam kerja perawat, ketika melakukan asuhan keperawatan. Supervisi dilakukan selama ± 45 menit 1x setiap minggu selama 3 minggu sesuai jadwal (3 sesi) kepada setiap responden sesuai jadwal yang telah disepakati.

d) Teknik

Supervisi model reflektif interaktif dilakukan secara langsung antara supervisor dan perawat yang disupervisi (1:1). Dilaksanakan melalui komunikasi dan diskusi untuk mengobservasi, mengevaluasi,

mengarahkan dan membimbing asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat saat supervisi dilaksanakan. Supervisi ini mengarahkan perawat untuk melakukan pemikiran mendalam dengan menganalisa, menyimpulkan, mengevaluasi, dan melakukan penalaran secara deduktif dan induktif dari setiap tahapan asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Supervisor juga memperkenalkan standar asuhan dan melakukan audit terhadap kelayakan standar asuhan yang berlaku. Supervisor menggali permasalahan yang dihadapi perawat dan memberikan support untuk mengatasi masalah dan hambatan yang dihadapi.

c. Pelaksanaan

a) Tujuan

(a) Perawat dapat melakukan analisis, evaluasi, menyimpulkan, melakukan penalaran induktif dan deduktif dalam pengkajian, merumuskan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi terhadap keperawatan klien yang diasuh pada saat supervisi.

(b) Perawat dapat mengenal standar keperawatan untuk kasus klien yang dirawat saat supervisi.

(c) Perawat dapat mengungkapkan keluhan terkait proses asuhan yang dilakukan.

b) Setting

Ruang rawat inap tempat perawat bekerja.

c) Alat

Buku standar asuhan keperawatan Rumah Sakit dan NANDA I, Format evaluasi supervisi, format pencapaian perawat.

d) Metode

Diskusi antara perawat dan supervisor.

e) Langkah kegiatan

(a) Persiapan

Supervisor menyiapkan format supervisi, pedoman dan standar asuhan keperawatan yang berlaku.

(b) Orientasi

Supervisor menyampaikan salam, memperkenalkan diri (apabila belum saling mengenal) dan menyampaikan tujuan supervisi.

(c) Kontrak

Supervisor dan perawat menyepakati lama waktu supervisi (± 45 menit).

(d) Tahap kerja

- Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi, melakukan penalaran induktif dan deduktif pada pengkajian klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
- Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi, melakukan penalaran induktif dan deduktif pada perumusan diagnosa klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
- Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi, melakukan penalaran induktif dan deduktif pada rencana intervensi klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
- Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi, melakukan penalaran induktif dan deduktif pada implementasi klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
- Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi, melakukan penalaran induktif dan deduktif pada evaluasi asuhan klien saat dilakukan supervisi.
- Supervisor dan perawat mendiskusikan proses keperawatan dan membandingkan dengan standar yang berlaku di Rumah Sakit.
- Supervisor dan perawat mendiskusikan keluhan terkait proses asuhan yang dilakukan.

(e) Tahap Terminasi

- Evaluasi

Supervisor menyampaikan evaluasi hasil pencapaian perawat dalam proses supervisi.

- Tindak lanjut

Perawat diminta melakukan proses yang telah dilakukan melalui diskusi setiap melakukan asuhan kepada klien dan akan dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya.

- Kontrak yang akan datang

Supervisor dan perawat menyepakati pertemuan berikutnya.

f) Evaluasi dan dokumentasi

Supervisor mendokumentasikan hasil supervisi pada format laporan supervisi dan mengisi format pencapaian perawat (raport) setelah supervisi dilaksanakan sesuai dengan petunjuk pengisian format.

d. Pengendalian

Hasil yang diharapkan dari kegiatan supervisi ini adalah peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat. Hasil akan diukur setelah 3x dilakukan intervensi supervisi oleh supervisor (kepala ruang).

2.4.5 Evaluasi supervisi model reflektif interaktif.

- a. Supervisor mengidentifikasi pencapaian perawat, memberikan reinforcement dan tindak lanjut bagi perawat.
- b. Supervisor mengisi format evaluasi supervisi.

2.5 Role play Supervisi Model Reflektif Interaktif

Pokok Bahasan : *Role play* Supervisi Model Reflektif Interaktif

Role play ini diperankan oleh 3 orang

1. Narator

Narator berperan membacakan SOP supervisi dan setting role play.

2. Supervisor (Kepala Ruang).

Supervisor berperan melaksanakan supervisi model refleksi interaktif.

3. Perawat yang disupervisi (Zr Nurul).

Perawat (Zr.Nurul) berperan mendapatkan supervisi dari supervisor ketika melaksanakan asuhan keperawatan.

Contoh Role Play Supervisi Reflektif Interaktif

SOP Supervisi model reflektif interaktif	Role play
Setting:	Supervisor mengunjungi perawat (Zr.Nurul) di nurse station setelah Zr. Nurul melaksanakan intervensi keperawatan melatih klien Ny. Atun post operasi app. untuk melakukan mika-miki.
Supervisor telah merencanakan jadwal supervisi, membuat kesepakatan dengan staf dan mensosialisasikan jadwal dan materi yang akan disupervisi di ruang rawat (supervisi dilaksanakan setelah perawat melaksanakan implementasi pada klien yang dirawat pada saat supervisi).	
Perawat mampu menyebutkan data-data dan memilih data hasil pengkajian pada klien yang dirawat.	Supervisor: "Selamat pagi Zr. Nurul, sesuai kesepakatan dan jadwal kita, pagi ini saya (Supervisor) akan melakukan supervisi kepada Zr. Nurul". Zr. Nurul : "Iya, Bu..kan pagi ini memang jadwal saya untuk disupervisi, saya baru saja mengajarkan Ibu Atun klien saya pagi ini untuk mika-miki, Bu Atun baru kembali dari ruang operasi Appendiktomi, baru ± 6 jam yang lalu".
Perawat mampu memilih dan mengelompokkan data.	Supervisor: "Jadi Bu Atun dengan kasus Appendiktomi salah satu klien Zr. Nurul pagi ini? Baik lah, saya akan supervisi asuhan keperawatan Zr Nurul untuk Bu Atun, ya?" Zr. Nurul : "Iya, Bu, begitulah maksud saya "
Perawat mampu menyebutkan alasan memilih data.	Supervisor:"Naah, sekarang data hasil pengkajian Zr. Nurul untuk Bu Atun pagi ini apa saja? " Zr. Nurul : "Bu Atun dalam kesadaran CM, sudah flatus, mulai merasakan nyeri, masih takut bergerak, mengeluh kram pada kedua kaki " Supervisor:" Mana, saja data yang saling berhubungan yang dapat menjadi data untuk diagnosa Bu Atun? " Zr. Nurul : " Ya..itu tadi bu datanya " Supervisor:"Kenapa Zr. Nurul memilih data ini " Zr. Nurul : " Saya pikir itu data yang tepat "
Perawat mampu menyebutkan diagnosa-diagnosa yang mungkin dan memilih diagnosa pada klien yang dirawat.	Supervisor:"Zr. Nurul, berdasarkan data tadi diagnosa2 keperawatan yang tepat menurut Zr untuk Bu Atun apa ya? " Zr. Nurul : "Ooo, tentu saja Nyeri akut tapi mungkin juga cemas " Supervisor:"Apa data yang menunjang untuk diagnosa itu? " Zr. Nurul : " Diagnosa mana yang paling tepat? " Supervisor:" Nyeri akut Bu " Zr. Nurul : " Kenapa nyeri akut? " Supervisor:"Coba jelaskan data yang mendukung diagnosa tsb! "
Perawat mampu menjelaskan diagnosa yang dipilih.	
Perawat mampu menjelaskan alasan memilih diagnosa.	

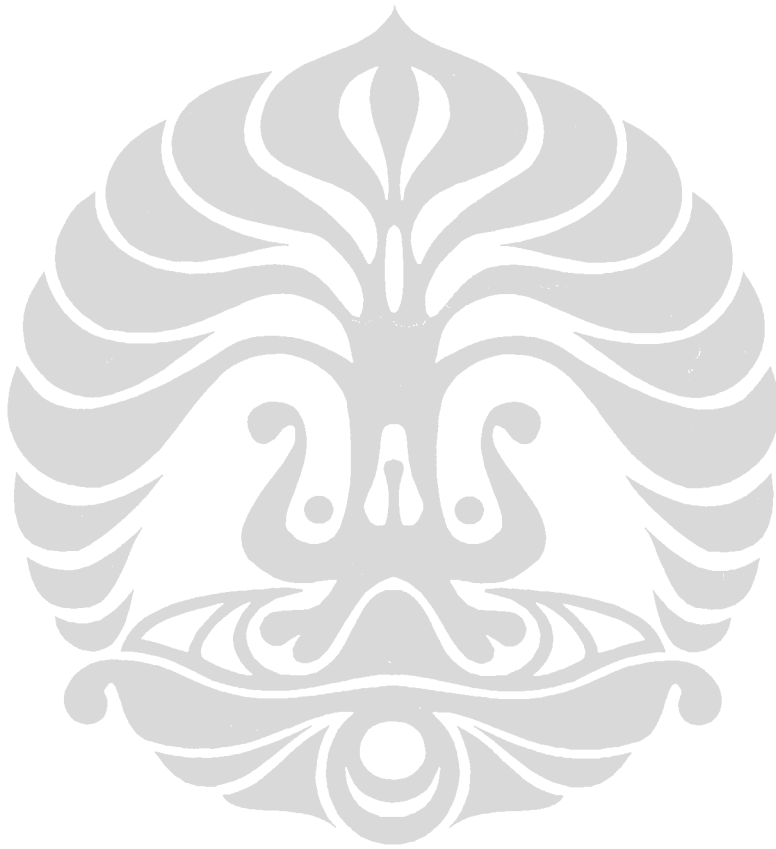
SOP Supervisi model reflektif interaktif	Role play
Perawat mampu menyampaikan berbagai pilihan rencana dan memilih rencana perawatan yang tepat untuk klien.	Supervisor:” Berdasarkan diagnosa tadi rencana perawatan menurut standar apa saja? “ Zr. Nurul : “mengkaji skala nyeri, manajemen nyeri sesuai skala nyeri, mengajarkan mika-miki, kolaborasi dengan dokter bila nyeri meningkat ” Supervisor:”Zr, memilih rencana perawatan yang mana dan apa alasannya? “
Perawat mampu menjelaskan kembali rencana perawatan yang dipilih.	Zr. Nurul : “Saya rencanakan laksanakan sesuai kebutuhan, tetapi yang paling penting untuk sekarang adalah mengajarkan mika-miki untuk melancarkan sirkulasi dan mengurangi rasa kaku dan nyeri pada kaki ”
Perawat mampu menjelaskan alasan rencana perawatan yang dipilih.	
Perawat mampu menyampaikan implementasi yang telah/sedang dilaksanakan dan menyesuaikan implementasi dengan diagnosa.	Supervisor:”Zr, tindakan keperawatan yang Zr tadi kerjakan apa? “ Zr. Nurul : “ mengajarkan mika miki ” Supervisor:”Dari diagnosa apa tindakan tsb? “ Zr. Nurul : “Nyeri akut ” Supervisor:” Kenapa Zr memilih mika-miki untuk dilakukan? “ Zr. Nurul : “Tadi kan sudah saya katak Bu, untuk melancarkan sirkulasi dan mengurangi rasa kaku dan nyeri pada kaki ”
Perawat mampu menjelaskan kembali implementasi dan diagnosa keperawatan dari implementasi.	
Perawat mampu menjelaskan alasan implementasi	
Perawat mampu menyampaikan evaluasi keperawatan yang memungkinkan dan menetapkan evaluasi yang tepat.	Supervisor:”Setelah dilakukan tindakan tadi, apa hasil evaluasi Zr? “ Zr. Nurul : “Ny. Atun dapat mengikuti latihan mika miki dan dapat melakukan secara mandiri. ” Supervisor:”Apakah ada hal yang lain ? “ Zr. Nurul : “ Tidak ” Supervisor:”Bagaimana Zr dapat menilai bahwa Ny Atun dapat melakukan mika-miki secara mandiri? “
Perawat mampu menjelaskan kembali evaluasi proses keperawatan yang dilaksanakan.	Zr. Nurul : “ yaa, kalau tidak perlu bantuan orang lain, Bu. ”
Perawat mampu menjelaskan alasan evaluasi keperawatan.	

SOP Supervisi model reflektif interaktif	Role play
Supervisor dan perawat mendiskusikan proses keperawatan dan membandingkan dengan standar yang berlaku di Rumah Sakit.	<p>Supervisor:” Zr, kalau dibandingkan dengan standar RS kita, dengan asuhan yang zr lakukan apakah ada perbedaan atau ketidaksesuaian standar dengan kebutuhan Zr di lapangan? ”</p> <p>Zr. Nurul : “Kalau yang tadi ada, Bu, seperti melatih mika-miki, di standar kita belum termasuk dalam penanganan pada diagnosa nyeri. ”</p> <p>Supervisor:”Iya..betul..di standar ini belum termasuk, nanti akan kita usulkan dalam revisi nanti “</p>
Supervisor dan perawat mendiskusikan keluhan terkait proses asuhan yang dilakukan	<p>Supervisor:” “Zr, dalam merawat Ny. Atun atau bekerja dalam tim keperawatan apakah ada masalah yang dirasa tidak nyaman di hati Zr? “</p> <p>Zr. Nurul : “Iya, sih Bu,..kalau Ny. Atun sih, sangat cerewet, selalu minta dibantu..saya kan banyak pekerjaan lain, Bu, padahal ada keluarga nya yang menunggu,.. sampai makan minta disuapi saya, Bu ”</p> <p>Supervisor:” O, yaa? Tentu Zr, merasa dongkol juga dong? “</p> <p>Zr. Nurul : “Iya lah Bu... ”</p> <p>Supervisor:”Sebaiknya Zr, ajarkan keluarga nya untuk membantu Ny.Atun apabila Ny Atun belum bisa mandiri. Tapi jangan lupa Zr, makan minum juga salah satu kebutuhan dasar seorang manusia yang memerlukan perawat bila klien tidak mampu memenuhinya “</p> <p>Zr. Nurul : “Iya, Bu nanti akan saya coba ajarkan keluarganya ”</p>
Supervisor mengidentifikasi pencapaian perawat, memberikan reinforcement dan tindak lanjut bagi perawat.	<p>Supervisor:”Zr, sampai disini diskusi kita nanti kita teruskan sesuai jadwal, Zr sudah baik sekali memahami standar dan pelaksanaan asuhan keperawatan, tapi tidak salahnya untuk terus mengikuti perkembangan standar keperawatan yang terbaru “</p> <p>Zr. Nurul : “Iya, Bu. Terimakasih ”</p>
Supervisor mengisi format evaluasi supervisi.	

BAB 3

PENUTUP

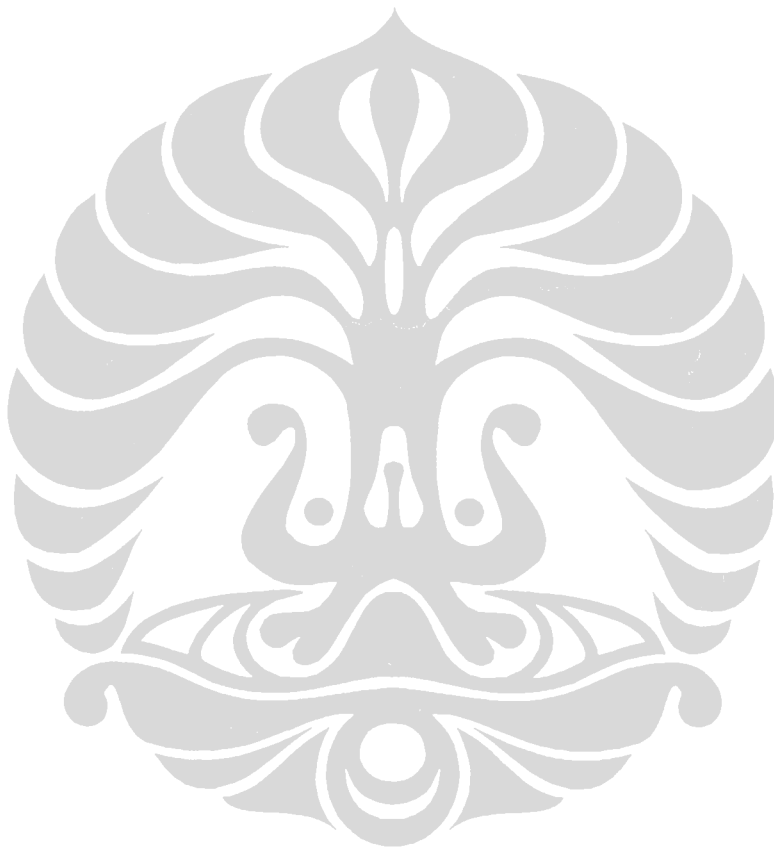
Demikian pedoman ini dibuat sebagai panduan dalam melaksanakan pelatihan dan supervisi keperawatan model reflektif interaktif. Supervisi ini dilakukan secara langsung kepada perawat pelaksana dalam melakukan asuhan keperawatan dan diharapkan dapat membantu meningkatkan keterampilan berpikir kritis perawat.



DAFTAR PUSTAKA

- Arwani, S. (2006). *Manajemen bangsal keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan: Aplikasi prinsip lingkaran pemecahan masalah*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Bittel, L. R., & Newstrom, J. W. (1990). *What every supervisor should know*. Singapore: McGraw-Hill Book Co.
- Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidence based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing* , 25(3), 86-94.
- Butterworth, C., Bishop, V., & Carson, J. (1992). First step towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting: Theory, policy, and practice development. *Journal of Clinical Nursing* , 5, 127-132.
- Cutcliff, J. R., & Hyrkas, K. (2006). Multidisciplinary attitudinal positions regarding clinical supervision: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management* , 14, 617-627.
- Fowler, J. (1996). The organization of clinical supervision within the nursing profession; A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* , 23, 471-478.
- Gillies, D. A. (1996). *Nursing management: A system approach (3rd edition)*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hand, L. (1981). *Nursing supervision*. Virginia: Riston.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2006). *Medical surgical nursing: Critical thinking for collaborative care (4th edition)*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Jones, A. (2006). Clinical supervision: What do we know and what do we need to know? A review and commentary. *Journal of Nursing Management* , 14, 577-585.
- Karvinen, P. S., & Hyrkas, K. (2008). Administrative clinical supervision as evaluated by the first line managers in one health care organization district. *Journal of Nursing Management* , 16, 588-600.
- Kron, T., & Gray, A. (1987). *The Management of patient care: Putting leadership skill to work*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Lusianah. (2008). *Hubungan motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di Instalasi Rawat Inap RS Marinir Cilandak*. Depok: Digital Library Universitas of Indonesia.

- Lynch, L., Hancox, K., Happell, B., & Parker, J. (2008). *Clinical supervision for nurses*. United Kingdom: Willey-Blackwell.
- McFarland, G. K., Leonard, H. S., & Morris, M. M. (1984). *Nursing leadership and management: Contemporary strategies*. New York: John Wiley & Sons.
- Sexton-Breadshaw, D. (1999). Nurses' perception or the value of clinical supervision. *Pediatric Nursing*, *11*(3), 34-47.
- Whistanley, J., & While, E. (2003). Clinical supervision: Models, measures and best practice. *Researcher*, *10*(4), 7-38.

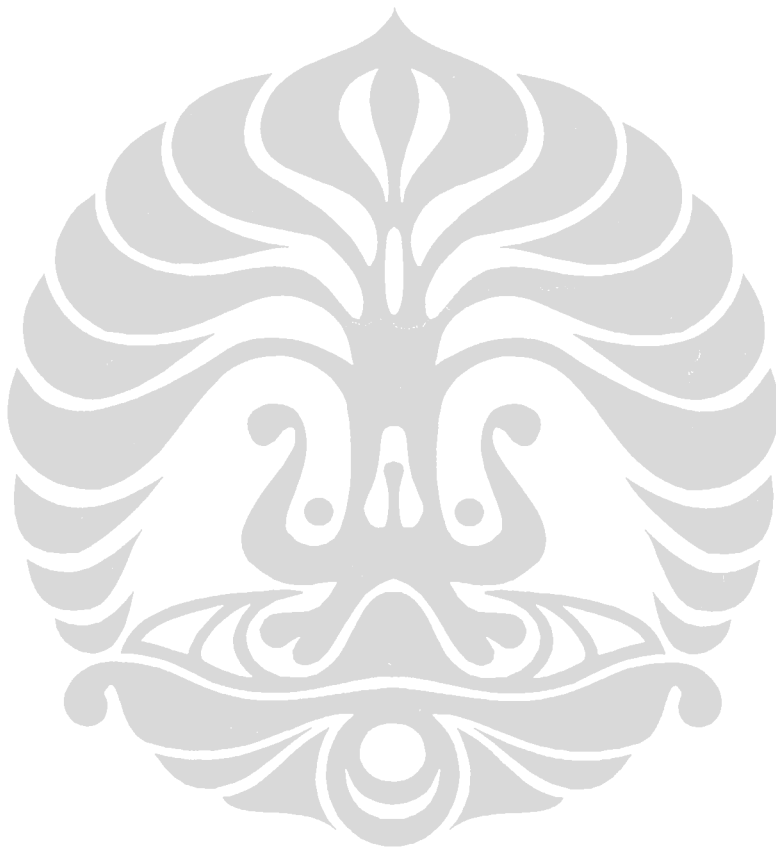


Lampiran 1: Standar Pelaksanaan Supervisi Model Reflektif Interaktif

Standar Pelaksanaan Supervisi Model Reflektif Interaktif

1. Supervisor merencanakan jadwal supervisi, membuat kesepakatan dengan staf dan mensosialisasikan jadwal dan materi yang akan disupervisi di ruang rawat (supervisi dilaksanakan setelah perawat melaksanakan implementasi pada klien yang dirawat pada saat supervisi).
2. Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi dengan mencari alasan/dasar baik melalui penalaran induktif maupun deduktif pada pengkajian klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
3. Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi dengan mencari alasan/dasar baik melalui penalaran induktif maupun deduktif pada perumusan diagnosa klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
4. Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi dengan mencari alasan/dasar baik melalui penalaran induktif maupun deduktif pada rencana intervensi klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
5. Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi dengan mencari alasan/dasar baik melalui penalaran induktif maupun deduktif pada implementasi klien yang diasuh saat dilakukan supervisi.
6. Supervisor dan perawat mendiskusikan dengan melakukan analisis, menyimpulkan, mengevaluasi dengan mencari alasan/dasar baik melalui penalaran induktif maupun deduktif pada evaluasi asuhan klien saat dilakukan supervisi.
7. Supervisor dan perawat mendiskusikan proses keperawatan dan membandingkan dengan standar yang berlaku di Rumah Sakit.

8. Supervisor dan perawat mendiskusikan keluhan terkait proses asuhan yang dilakukan.
9. Supervisor mengidentifikasi pencapaian perawat, memberikan reinforcement dan tindak lanjut bagi perawat.
10. Supervisor mengisi format evaluasi supervisi.



Lampiran 2: Form Laporan Supervisi

Form Laporan Supervisi

Nama perawat:

Tgl:

Shift:

Formative	Restorative	Normative
Materi/Problem		
a.	b.	c.
Saran supervisor		
d.	e.	f.

Banjarmasin,
Supervisor

(.....)

Lampiran 3: Petunjuk Teknis Pengisian Form Laporan Supervisi

Petunjuk Teknis Pengisian Form Laporan Supervisi

1. Pada titik-titik di depan nama tulis nama perawat yang disupervisi.
2. Pada titik-titik di depan Tgl diisi dengan tanggal ketika kegiatan supervisi dilaksanakan.
3. Pada titik-titik di depan shift diisi sesuai dengan shift dinas perawat yang disupervisi.
4. Kolom a. diisi dengan materi proses asuhan keperawatan yang diidentifikasi ketika supervisi.
5. Kolom b. diisi dengan materi/masalah terkait pada standar yang diidentifikasi ketika supervisi.
6. Kolom c. diisi dengan masalah/keluhan/support perawat dalam proses keperawatan.
7. Kolom d. diisi dengan saran supervisor terkait materi proses asuhan keperawatan yang diidentifikasi ketika supervisi.
8. Kolom e. diisi dengan saran supervisor terkait materi/masalah pada standar yang diidentifikasi ketika supervisi.
9. Kolom f. diisi dengan saran supervisor terkait masalah/keluhan/support perawat dalam proses keperawatan.
10. Pada bagian akhir laporan di isi dengan nama jelas dan tanda tangan supervisor.

Lampiran 4: Observasi Kemampuan Supervisor

Observasi Kemampuan Supervisor

Supervisor :

Observer :

No	Aspek penilaian	Nilai	Kriteria nilai 1
1	a. Supervisor mampu menyusun jadwal supervisi di ruang rawat.		Ada jadwal supervisi untuk 3x pertemuan setiap minggu 1x selama 3 minggu kepada perawat yang menjadi responden penelitian.
Pengkajian			
2	a. Supervisor menanyakan data-data hasil pengkajian klien yang dirawat. b. Supervisor menanyakan data yang berkaitan dengan diagnosa keperawatan klien. c. Supervisor memberikan pengarahannya sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a & b di atas).		Supervisor menanyakan poin 2a dan 2b. Poin 2c bila diperlukan.
3	a. Supervisor menanyakan kembali kesimpulan perawat tentang data-data yang terkait dengan diagnosa keperawatan klien. b. Supervisor memberikan pengarahannya sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a di atas).		Supervisor menanyakan poin 3a dan supervisor menanyakan poin 3b bila diperlukan.
4	a. Supervisor menanyakan alasan kesimpulan perawat. b. Supervisor memberikan pengarahannya sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a di atas).		Supervisor menanyakan poin 4a dan supervisor menanyakan poin 4b bila diperlukan.
Diagnosa			
5	a. Supervisor menanyakan diagnosa-diagnosa yang memungkinkan pada klien yang dirawat. b. Supervisor menanyakan diagnosa yang dipilih. c. Supervisor memberikan pengarahannya sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a & b di atas).		Supervisor menanyakan poin 5a dan 5b. Poin 5c bila diperlukan.
6	a. Supervisor menanyakan kembali kesimpulan diagnosa yang dipilih oleh perawat. b. Supervisor memberikan pengarahannya sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a di atas).		Supervisor menanyakan poin 6a dan supervisor menanyakan poin 6b bila diperlukan.
7	a. Supervisor menanyakan alasan kesimpulan perawat. b. Supervisor memberikan pengarahannya sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a di atas).		Supervisor menanyakan poin 7a dan supervisor menanyakan poin 7b bila diperlukan.
Rencana			
8	a. Supervisor menanyakan rencana-rencana yang memungkinkan pada klien yang dirawat. b. Supervisor menanyakan rencana yang dipilih. c. Supervisor memberikan pengarahannya sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a & b di atas).		Supervisor menanyakan poin 8a dan 8b. Poin 8c bila diperlukan.

No	Aspek penilaian	Nilai	Kriteria nilai 1
9	a. Supervisor menanyakan kembali kesimpulan rencana yang dipilih oleh perawat. b. Supervisor memberikan pengarahan sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a di atas).		Supervisor menanyakan poin 9a dan supervisor menanyakan poin 9b bila diperlukan.
10	a. Supervisor menanyakan alasan kesimpulan rencana perawat. b. Supervisor memberikan pengarahan sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a di atas).		Supervisor menanyakan poin 10a dan supervisor menanyakan poin 10b bila diperlukan.
Implementasi			
11	a. Supervisor menanyakan rencana-rencana perawatan yang telah/sedang dilaksanakan pada klien yang dirawat. b. Supervisor menanyakan kesesuaian implementasi dan diagnosa. c. Supervisor memberikan pengarahan sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a dan b di atas).		Supervisor menanyakan poin 11a, 11b dan 11c. Poin 11c bila diperlukan.
12	a. Supervisor menanyakan kembali kesimpulan pelaksanaan rencana yang telah dipilih. b. Supervisor memberikan pengarahan sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a di atas).		Supervisor menanyakan poin 12a dan supervisor menanyakan poin 12b bila diperlukan.
13	a. Supervisor menanyakan alasan perawat melaksanakan rencana perawatan perawat. b. Supervisor memberikan pengarahan sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a di atas).		Supervisor menanyakan poin 13a dan supervisor menanyakan poin 13b bila diperlukan.
Evaluasi			
14	a. Supervisor menanyakan evaluasi-keperawatan yang memungkinkan pada klien yang dirawat. b. Supervisor menanyakan evaluasi yang dipilih. c. Supervisor memberikan pengarahan sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a & b di atas)		Supervisor menanyakan poin 14a dan 14b. Poin 15c bila diperlukan.
15	a. Supervisor menanyakan kembali kesimpulan evaluasi yang dipilih oleh perawat. b. Supervisor memberikan pengarahan sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a di atas).		Supervisor menanyakan poin 15a dan supervisor menanyakan poin 15b bila diperlukan.
16	a. Supervisor menanyakan alasan evaluasi perawat. b. Supervisor memberikan pengarahan sesuai keperluan (bila perawat tidak mampu pada a di atas).		Supervisor menanyakan poin 16a dan supervisor menanyakan poin 16b bila diperlukan.
17	Supervisor dan perawat mendiskusikan proses keperawatan yang dilaksanakan dan membandingkan dengan standar Rumah Sakit.		Ada diskusi terkait proses keperawatan yang dilaksanakan dan membandingkan dengan standar RS.
18	Supervisor dan perawat mendiskusikan solusi terkait keluhan pribadi pelaksanaan proses keperawatan bila dibutuhkan.		Ada diskusi terkait keluhan pribadi perawat dalam melaksanakan proses keperawatan (bila perawat memerlukan).

No	Aspek penilaian	Nilai	Kriteria nilai 1
19	Supervisor mengidentifikasi pencapaian perawat, memberikan reinforcement dan tindak lanjut bagi perawat.		Supervisor mengidentifikasi pencapaian perawat, memberikan reinforcement dan tindak lanjut bagi perawat.
20	Supervisor mengisi format evaluasi supervisi.		Format evaluasi supervisi terisi sesuai kegiatan supervisi
Total			

Keterangan: Nilai 1 = bila dilaksanakan lengkap sesuai kriteria nilai 1

Nilai 0 = bila tidak dilaksanakan, dilaksanakan tapi tidak lengkap

Setiap item dapat dilaksanakan tak berurutan.

Sub item dilaksanakan secara berurutan.

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Total skore}}{20} \times 100\%$$

Lampiran 5: Contoh Jadwal Supervisi Reflektif Interaktif

Contoh:

Jadwal Supervisi Reflektif Interaktif dalam Jadwal Kepala Ruang Bulan Mei 2011

Minggu	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
1	2 ✓ Sosialisasi supervisi.	3 ✓ Supervisi Katim I (Zr. Nurul).	4 ✓ Supervisi Zr. Novi. ✓ Supervisi Perawat Yan.	5 ✓ Supervisi Zr Lena.	6 ✓ Supervisi Zr Ani.	7 ✓ Supervisi Perawat Hendra.
8	9 ✓ Supervisi Katim I (zr. Norma).	10 ✓ Supervisi Perawat Hendra	11 ✓ Supervisi Zr. Ani. ✓ Supervisi Zr Lena	13 ✓ Supervisi Zr. Novi.	14 ✓ Supervisi Perawat Yan.	15 ✓ Supervisi Katim I (Zr. Nurul)
16	17 ✓ Supervisi Zr Lena.	18 ✓ Supervisi Perawat Yan.	19 ✓ Supervisi Zr. Novi.	20 ✓ Supervisi Zr Ani.	21 ✓ Supervisi Katim II (Zr. Norma).	22
23	24 ✓ Supervisi Perawat Hendra	25 ✓ Supervisi Katim I (Zr. Nurul). ✓ Supervisi Katim I (zr. Norma)	26	27	28	29
30	31					

- Supervisi dilaksanakan setelah perawat melaksanakan intervensi keperawatan (± pukul 11.00 – 12.00), metode diskusi, *one to one nurse*.

**PRE-POST TEST PELATIHAN SUPERVISI KEPERAWATAN
APRIL 2011**

Pilihlah jawaban yang sdr anggap paling tepat dan beri tanda silang pada lembar jawaban yang telah disediakan. Isi kode soal pada lembar jawaban sesuai no urut tempat pada tempat duduk.

Kode soal:

1. Supervisi dalam manajemen keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan kepala ruang untuk
 - A. Proses mencari kesalahan yang dilakukan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
 - B. Proses pemberian dukungan sumber-sumber yang dibutuhkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
 - C. Proses pemberian sanksi atas pelanggaran yang dilakukan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
 - D. Proses pendelegasian tugas dari kepala ruang kepada perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

2. Sasaran kegiatan supervisi sebagai berikut kecuali
 - A. Pelaksanaan tugas sesuai dengan pola dan rencana.
 - B. Pengembangan staf secara kontinu dan sistematis.
 - C. Penggunaan alat yang efektif dan ekonomis.
 - D. Meningkatkan moral staf dan kepuasan pimpinan dan mengurangi ketidakhadiran staf dan meningkatkan kepuasan staf

3. Kompetensi yang harus dimiliki seorang supervisor menurut Arwani & Supriyatno (2003) adalah sebagai berikut....
 - A. Memberikan pengarahan dan motivasi.
 - B. Memberikan latihan, bimbingan, dan penilaian
 - C. Memberikan pengarahan, motivasi, saran, latihan, bimbingan, dan penilaian
 - D. Memberikan bimbingan, dan penilaian

4. Kompetensi yang harus dimiliki seorang supervisor menurut Bittel (1987) adalah sebagai berikut....
 - A. Kompetensi pengetahuan, dan sosial emosional.
 - B. Kompetensi pengetahuan, intelektual, sosial emosional dan interpersonal.
 - C. Kompetensi intelektual, sosial emosional dan interpersonal.
 - D. Kompetensi intelektual dan interpersonal.

5. Teknik pelaksanaan supervisi menurut Bittel (1987) dan Hand, (1981) adalah sebagai berikut, kecuali...
 - A. Langsung
 - B. Tidak langsung
 - C. Interaktif
 - D. Kolaboratif

6. Self supervision merupakan...
 - A. supervisi dengan melibatkan kelompok yang bekerja sebagai tim kesehatan dengan pekerjaan yang sama akan mendapatkan supervisor dari bagian/institusi luar.
 - B. Supervisi untuk mengevaluasi pekerjaan sendiri dengan menguji keefektifan pekerjaan yang dilakukan
 - C. Supervisi yang dilakukan antara supervisor dan perawat yang disupervisi yang mengarah pada tujuan belajar yang diinginkan.
 - D. Supervisi yang dilakukan dalam bentuk group atau kelompok perawat

7. Group supervision merupakan...
 - A. supervisi dengan melibatkan kelompok yang bekerja sebagai tim kesehatan dengan pekerjaan yang sama akan mendapatkan supervisor dari bagian/institusi luar.
 - B. Supervisi untuk mengevaluasi pekerjaan sendiri dengan menguji keefektifan pekerjaan yang dilakukan
 - C. Supervisi yang dilakukan antara supervisor dan perawat yang disupervisi yang mengarah pada tujuan belajar yang diinginkan.
 - D. Supervisi yang dilakukan dalam bentuk group atau kelompok perawat

8. Team supervision merupakan...
 - A. supervisi dengan melibatkan kelompok yang bekerja sebagai tim kesehatan dengan pekerjaan yang sama akan mendapatkan supervisor dari bagian/institusi luar.
 - B. Supervisi untuk mengevaluasi pekerjaan sendiri dengan menguji keefektifan pekerjaan yang dilakukan
 - C. Supervisi yang dilakukan antara supervisor dan perawat yang disupervisi yang mengarah pada tujuan belajar yang diinginkan.
 - D. Supervisi yang dilakukan dalam bentuk group atau kelompok perawat

9. One to one supervision merupakan...
 - A. supervisi dengan melibatkan kelompok yang bekerja sebagai tim kesehatan dengan pekerjaan yang sama akan mendapatkan supervisor dari bagian/institusi luar.
 - B. Supervisi untuk mengevaluasi pekerjaan sendiri dengan menguji keefektifan pekerjaan yang dilakukan

- C. Supervisi yang dilakukan antara supervisor dan perawat yang disupervisi yang mengarah pada tujuan belajar yang diinginkan.
 - D. Supervisi yang dilakukan dalam bentuk group atau kelompok perawat
10. Supervisi model interaktif dikembangkan oleh
- A. Lynch, et al
 - B. Kadushin dan Proctor
 - C. Bittel, L.R.
 - D. Azwar, A

SELAMAT MENGERJAKAN



Lembar Jawaban

Kode Soal:

No	Pilihan jawaban			
1	A	B	C	D
2	A	B	C	D
3	A	B	C	D
4	A	B	C	D
5	A	B	C	D
6	A	B	C	D
7	A	B	C	D
8	A	B	C	D
9	A	B	C	D
10	A	B	C	D

Lembar dan Kunci Jawaban

Kode Soal:

No	Pilihan jawaban			
1	A	B	C	D
2	A	B	C	D
3	A	B	C	D
4	A	B	C	D
5	A	B	C	D
6	A	B	C	D
7	A	B	C	D
8	A	B	C	D
9	A	B	C	D
10	A	B	C	D

PETA RUMAH SAKIT



Keterangan:

A = Rumah Sakit Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin



B = Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin



Peta jarak antara Rumah Sakit Ansari Saleh Banjarmasin dan RSUD Ulin Banjarmasin ($\pm 6,093$ km)

