



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PELATIHAN SUPERVISI TERHADAP
PENERAPAN SUPERVISI KLINIK KEPALA RUANG DAN
PENINGKATAN KUALITAS TINDAKAN PERAWATAN LUKA
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH TEMANGGUNG**

Tesis

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Manajemen dan
Kepemimpinan Keperawatan

Oleh:

PUGUH WIDIYANTO
1006755393

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JUNI 2012**

LEMBAR PERSETUJUAN

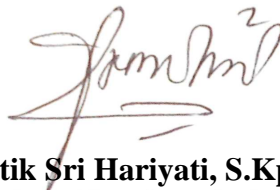
Tesis

**PENGARUH PELATIHAN SUPERVISI TERHADAP
PENERAPAN SUPERVISI KLINIK KEPALA RUANG DAN
PENINGKATAN KUALITAS TINDAKAN PERAWATAN LUKA
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH TEMANGGUNG**

Telah setuju untuk diujikan di hadapan Tim Penguji Ujian Tesis
Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 3 Juli 2012

Pembimbing I



Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS

Pembimbing II



Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Puguh Widiyanto

NPM : 1006755393

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Judul Tesis : Pengaruh Pelatihan Supervisi Terhadap Penerapan Supervisi
Klinik Kepala Ruang Dan Peningkatan Kualitas Tindakan
Perawatan Luka Di RS Pku Muhammadiyah Temanggung

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS (.....)

Pembimbing : Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep (.....)

Penguji : Rita Herawati, S.Kp., M.Kep (.....)

Penguji : Debie Dahlia, S.Kp., MHSM (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juli 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Puguh Widiyanto

NPM : 1006755393

Tanda Tangan : 

Tanggal : 9 Juli 2012



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

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

Nama : Puguh Widiyanto
NPM : 1006755393
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

Pengaruh Pelatihan Supervisi Terhadap Penerapan Supervisi Klinik Kepala Ruang Dan Peningkatan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Di RS PKU Muhammadiyah Temanggung .

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusive ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih-media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 9 Juli 2012
Yang menyatakan



(Puguh Widiyanto)

Nama : Puguh Widiyanto
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan, Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Pengaruh Pelatihan Supervisi Terhadap Penerapan Supervisi Klinik Kepala Ruang Dan Peningkatan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Di RS PKU Muhammadiyah Temanggung

Abstrak

Prosedur perawatan luka yang tidak sesuai standar menjadi salah satu penyebab infeksi pascabedah. Supervisi klinik dapat meningkatkan kualitas praktik keperawatan. Penelitian bertujuan untuk mendapatkan gambaran pengaruh supervisi klinik terhadap kualitas tindakan perawatan luka. Metoda yang digunakan adalah *quasi experimental pre-post test with control group*. Sampel penelitian (33 kontrol & 33 intervensi) diambil menggunakan teknik *accidental* (saat *pre-test*) dan *purposive* (pada *post-test*). Hasil penelitian didapat perbedaan antara kelompok yang diberi pelatihan dan tidak diberi pelatihan ($p = 0.001$) dan ditemukan adanya pengaruh supervisi terhadap kualitas tindakan perawatan luka ($r=0.613$, $p= 0.001$; $\alpha=0.05$). Kepala ruang perlu diberikan pelatihan supervisi agar dapat melakukan kegiatan supervisi dengan baik untuk peningkatan perawatan luka.

Kata Kunci: Kepala ruang, pelatihan, perawatan luka, Supervisi klinik

Name : Puguh Widiyanto
Study program : Post Graduate Program of Nursing, Majoring in Nursing Leadership and Management, Indonesia University
Title : The Influence of Supervision Training to Implementation Of Clinical Supervision Of Head Nursing For Improving Quality Of Wound Care Procedure In PKU Muhammadiyah Temanggung Hospital

Abstract

Un-standardized Wound caring procedure will affect post surgery infection. Clinical Supervision can improve quality of nursing practice. The research purpose to get descriptions of clinical supervision towards to quality of wound caring action. Method used experimental pre-post test with control group. Accidental technique in data taking before and purposive sampling in data taking after training for 33 control and 33 intervention sampel. The result suggest that there are difference between the trained group and the untrained group ($p=0.001$) and there are a influence of supervision towards quality of wound caring action ($r=0.613$, $p=0.001$, $\alpha=0.05$). The head nursing need to be given supervision training in order to be able to supervise well for improving quality of wound care.

Keywords: Clinical supervision, head nursing, training, wound care

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah, atas berkat rahmat dan ridho-Nya tesis dengan judul “Pengaruh Pelatihan Supervisi Terhadap Penerapan Supervisi Klinik Kepala Ruang dan Peningkatan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Di RSUD Muhammadiyah Temanggung” telah selesai. Tesis ini disusun dalam rangkaian sebagai syarat memperoleh gelar Magister pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Berbagai hambatan dapat penulis atasi atas dukungan dan bantuan dari berbagai pihak selama penyusunan tesis ini. Penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Ibu Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS selaku pembimbing I dan Ibu Hanny Handiyani, S.Kp, M.Kep selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan, saran dan bimbingan dengan penuh kesabaran. Tidak lupa pula penulis juga mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI, Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D
2. Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FIK-UI, Ibu Astuti Yuni Nursasi, MN.
3. Seluruh civitas akademika FIK Universitas Indonesia
4. Direktur RS PKU Muhammadiyah Temanggung, tempat penelitian ini.
5. Anindya, Allam, Arifani dan Alvandy beserta Mamanya, sang penyemangat dalam meraih kesuksesan ini.
6. Seluruh Pimpinan, Dosen dan Staf Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, Institusi tempat saya bekerja atas *supportnya*.
7. Rekan-rekan Mahasiswa Magister Keperawatan FIK UI angkatan 2010 terutama program kekhususan Manajemen dan Kepemimpinan Keperawatan.

Akhirnya, semoga bantuan serta budi baik yang telah diberikan mendapatkan balasan dari Allah SWT.

Penulis berharap penelitian bermanfaat.

Depok, Juli 2012

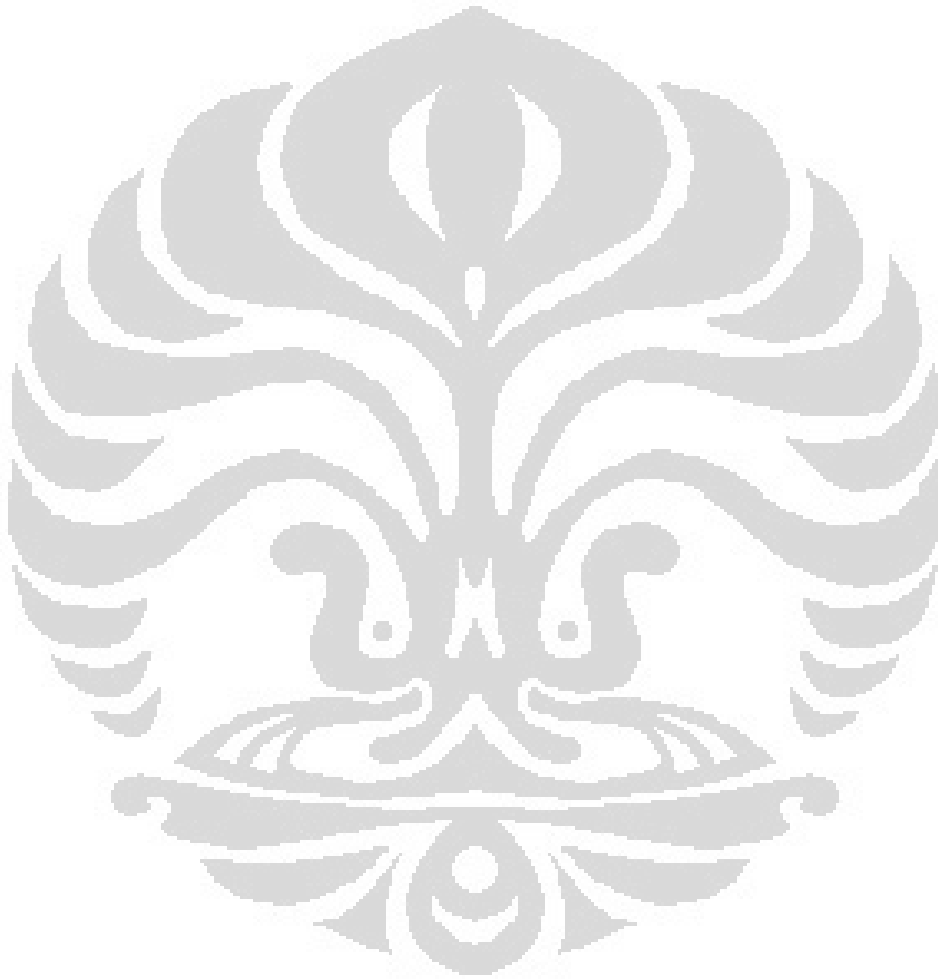
DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Halaman Pernyataan Orisinalitas	iv
Halaman Persetujuan Publikasi	v
Abstrak	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Bagan	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Grafik	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian.....	7
1.5. Manfaat Penelitian	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Supervisi Keperawatan	9
2.2. Kualitas Tindakan Keperawatan	17
2.3. Pelatihan	21
2.4. Kerangka Teori Penelitian	24
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS dan DEFINISI OPERASIONAL	
7.1. Kerangka Konsep Penelitian	25
7.2. Hipotesis Penelitian	26
7.3. Definisi Operasional Variabel	26
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	
4.1. Desain Penelitian	28
4.2. Populasi dan Sampel	29
4.3. Waktu Penelitian	30
4.4. Etika Penelitian	31
4.5. Alat Pengumpulan Data	32
4.6. Prosedur Pelaksanaan Penelitian	35

4.7.	Pengolahan Data	37
4.8.	Analisis Data	38
BAB 5 HASIL PENELITIAN		
5.1.	Karakteristik Responden	40
5.2.	Kualitas Supervisi Kepala Ruang Dan Tindakan Perawatan Luka Sebelum Dan Sesudah Pelatihan	40
5.3.	Perbedaan Kualitas Supervisi Dan Tindakan Perawatan Luka Sebelum Dan Sesudah Pelatihan	44
5.4.	Perbedaan Kualitas Supervisi Dan Tindakan Perawatan Luka Antara Kelompok Kontrol Dan Intervensi Sebelum Dan Sesudah Pelatihan ..	45
5.5.	Pengaruh Supervisi Terhadap Kualitas Tindakan Perawatan Luka	46
BAB 6 PEMBAHASAN		
6.1.	Interpretasi dan Diskusi	47
6.2.	Keterbatasan Penelitian	58
6.3.	Implikasi Hasil Penelitian	58
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN		
7.1.	Simpulan	60
7.2.	Saran	60
DAFTAR REFERENSI		65

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1. Model Supervisi Proctor.....	14
Bagan 3.1. Kerangka Teori Penelitian.....	24
Bagan 3.2. Kerangka Konsep Penelitian.....	25
Bagan 4.1. Rancangan Penelitian	28



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel	26
Tabel 4.1. Kisi-kisi Instrumen Supervisi	32
Tabel 4.2. Kisi-Kisi Instrumen Tindakan Perawatan Luka	33
Tabel 4.3. Uji Koefisiensi Kappa antar observer	35
Tabel 4.4. Tahapan Pelatihan Supervisi	37
Tabel 4.5. Analisis Perubahan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah Pelatihan Supervisi	39
Tabel 4.6. Analisis Perubahan Kualitas Tindakan Perawatan Luka kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Kelompok Intervensi Mendapat Pelatihan Teknik Supervisi	39
Tabel 4.7. Analisis Perbedaan Kualitas Tindakan Perawatan Luka antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Kelompok Intervensi Mendapat Pelatihan Supervisi	39
Tabel 5.1. Kualitas Supervisi dan Tindakan Perawatan Luka	41
Tabel 5.2. Perbedaan Supervisi dan Tindakan Perawatan Luka Sebelum Dan Sesudah Pelatihan	44
Tabel 5.3. Perbedaan Supervisi dan Tindakan Perawatan Luka Antara Kontrol Dan Intervensi Sebelum Dan Sesudah Pelatihan	45
Tabel 5.4. Pengaruh Supervisi Kepala Ruang Terhadap Kualitas Tindakan Perawatan Luka	46

DAFTAR GRAFIK

	Halaman
Grafik 5.1. Kualitas supervisi kepala ruang sebelum dan setelah pelatihan di RS PKU Muhammadiyah Temanggung, April-Mei 2012	42
Grafik 5.2. Kualitas supervisi kepala ruang sebelum dan setelah pelatihan di RSUD Magelang, April-Mei 2012	42
Grafik 5.3. Kualitas tindakan perawatan luka sebelum dan setelah pelatihan di RS PKU Muhammadiyah Temanggung, April-Mei 2012	43
Grafik 5.4. Kualitas tindakan perawatan luka sebelum dan setelah pelatihan di RSUD Magelang, April-Mei 2012	43

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Persetujuan Responden
- Lampiran 3 Lembar Observasi Supervisi
- Lampiran 4 Lembar Obsevasi Tindakan Perawatan Luka
- Lampiran 5 Jadwal Pelaksanaan Penelitian
- Lampiran 6 Keterangan Lolos Uji Kaji Etik
- Lampiran 7 Keterangan Lolos *Uji Expert Validity*
- Lampiran 8 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 9 Surat Ijin Penelitian Dari RS PKU Muhammadiyah
- Lampiran 10 Surat Ijin Penelitian Dari RSUM Magelang
- Lampiran 11 Modul Pelatihan Supervisi
- Lampiran 12 Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tema prioritas pembangunan kesehatan pada 2010-2014 adalah peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Salah satu misi dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan adalah melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin ketersediaan upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan dengan delapan sasaran strategis yang salah satu di antaranya seluruh kabupaten kota melaksanakan standar pelayanan minimal / SPM (Depkes RI, 2008).

Pemerintah melalui Kepmenkes No. 228/2002 menyebutkan bahwa pelayanan minimal rumah sakit harus memuat standar penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang, pelayanan keperawatan, dan standar manajemen rumah sakit yang terdiri dari manajemen sumberdaya manusia, keuangan, sistem informasi rumah sakit, sarana prasarana, dan manajemen mutu pelayanan. Rumah sakit perlu melakukan penyusunan standar teknis dan pemenuhan persyaratan struktur (sarana dan peralatan) dan tindak lanjut perbaikan pada sistem pelayanan agar dapat mencapai kualitas yang diharapkan sesuai SPM (Kuntjoro & Djasri, 2007). Standar teknis dimaksud dapat berupa standar asuhan keperawatan (SAK) dan standar operasional prosedur (SOP) sebagai acuan kegiatan dalam pelayanan kepada pasien.

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Rumah sakit juga dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar yang ditetapkan (Depkes RI, 2008). Dalam pelaksanaannya profesionalisme pelaksana pelayanan kesehatan dituntut untuk menjamin peningkatan mutu pelayanan yang lebih terbuka dan bertanggung jawab (Kepmenkes 228/2002).

Kualitas pelayanan kesehatan khususnya keperawatan memiliki kontribusi yang besar pada perkembangan pelayanan keperawatan yang ada di sebuah rumah sakit.

Pelayanan keperawatan merupakan subsistem dari pelayanan kesehatan di rumah sakit tentu memiliki posisi penting untuk menjaga mutu pelayanan, apalagi citra sebuah rumah sakit sangat identik dengan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan.

Undang-undang Nomor 8 tahun 1999 tentang perlindungan konsumen mengamanatkan tentang pemberi jasa harus memenuhi standar mutu, sehingga perawat sebagai pemberi jasa dituntut untuk mampu memberi pelayanan bermutu sesuai standar pelayanan keperawatan yang telah ditentukan. Standar pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan indikator yang dapat digunakan sebagai alat untuk monitoring dan penilaian kinerja pada suatu unit perawatan maupun organisasi secara keseluruhan.

Beberapa penelitian telah membuktikan pentingnya supervisi. Istanto (2002) menemukan bahwa pelaksanaan standar asuhan keperawatan dipengaruhi oleh pengetahuan, keterampilan, dan supervisi. Ely (2000) juga menyebutkan bahwa faktor eksternal seperti iklim kerja, supervisi, gaya kepemimpinan, dan sistem kompensasi mempengaruhi kepatuhan perawat dalam melaksanakan standar keperawatan.

Supervisi penting untuk dilaksanakan. Supervisi klinis merupakan proses sistematis yang berkelanjutan yang mendorong kesadaran etis dan mendukung perilaku profesional (Berggren & Severinsson, 2003). Supervisi berperan sebagai upaya memberikan dorongan bagi pengembangan diri dan profesional dari staf (Davis & Burke, 2011).

Kegiatan supervisi tersebut merupakan bagian dari fungsi pengarahan seorang manajer. Kompetensi kepala ruang sebagai supervisor perawat pelaksana dituntut memiliki kompetensi pengetahuan, entrepreneurikal, intelektual, dan sosioemosional (Bittel, 1987). Supervisi merupakan kegiatan manajer yang penting untuk menjamin proses pelayanan keperawatan dilakukan sesuai standar yang telah ditetapkan. Fungsi manajerial yang membawahi pelayanan keperawatan di ruang rawat dikoordinir oleh kepala ruang rawat.

Kepala ruang sebagai manajer asuhan keperawatan harus dapat menjamin pelayanan yang diberikan oleh perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan yang aman dan mementingkan kenyamanan. Kegiatan penjaminan kualitas asuhan kepada pasien dapat dilakukan melalui kegiatan supervisi berjenjang kepada staf (Keliat & Akemat, 2008).

Salah satu indikator kualitas tindakan keperawatan dapat diketahui dari angka kejadian infeksi nosokomial. Terjadinya infeksi nosokomial merupakan bukti bahwa infeksi nosokomial seringkali terjadi dengan faktor petugas sebagai penyebab utama. Nurkusuma (2009) menyimpulkan bahwa prosedur perawatan luka yang tidak memenuhi standar menjadi penyebab terjadinya infeksi pada pasien pascabedah dan Zulkarnaen (1999) menyebutkan bahwa infeksi luka pascabedah yang menempati urutan terbesar sebanyak 20 % setelah infeksi saluran kemih. Kualitas pelayanan keperawatan pada klien pascabedah dapat diukur berdasarkan kualitas tindakan perawatan luka yang dilakukan oleh perawat yang dapat dinilai dengan membandingkan standar yang dimiliki dengan fakta pelaksanaan tindakan perawatan luka dan angka kejadian infeksi pascabedah yang dalam standar pelayanan minimal di rumah sakit kabupaten besarnya kurang dari 10% (Kuntjoro & Djasri, 2007).

Monitoring kegiatan perawatan luka di suatu ruang perawatan yang menjadi tanggung jawab kepala ruang melalui kegiatan supervisi pada kegiatan perawatan luka oleh perawat pelaksana. Supervisi klinik berperan dalam tiga fungsi yaitu fungsi restoratif: penyedia dukungan dari rekan kerja dan menghilangkan tekanan, fungsi normatif: sarana meningkatkan akuntabilitas profesional dan fungsi formatif: pengembangan pengetahuan dan keterampilan (Brunero & Stein-Parbury 2007). Supervisi sebagai kegiatan monitoring kualitas pelayanan keperawatan harus mengacu pada standar sebagai tolok ukur untuk menilai kualitas pelayanan yang diberikan. Penelitian Davis dan Burke (2011) menyimpulkan bahwa supervisi klinis dianggap efektif untuk membantu meningkatkan perawatan pasien.

Penelitian Saifulloh (2009) dengan desain penelitian kuasi eksperimen memperlihatkan pengaruh pelatihan asuhan keperawatan dan supervisi terhadap motivasi kerja dan kinerja dengan hasil positif, yaitu terjadinya peningkatan motivasi kerja dan kinerja perawat setelah mendapatkan pelatihan dan dilakukan supervisi.

Penelitian sebelumnya di Norwegia oleh Hyrkäs dan Paunonen-Ilmonen pada tahun 2001 memperlihatkan bahwa supervisi klinis mempengaruhi kualitas pelayanan sehingga dapat dianggap sebagai kegiatan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan (Berggren & Severinsson 2003). Penelitian tersebut memperkuat penelitian Severinsson dan Kamaker (1999) yang menyimpulkan bahwa perawat membutuhkan dukungan moral, pengembangan kualitas personal integritas pengetahuan dan kesadaran diri.

Supervisor yang baik menurut Johansson et.all (2006) harus memiliki tiga dimensi peran yaitu kemauan, pengetahuan, dan keberanian. Berggren dan Severinsson (2006) menambahkan bahwa supervisor memiliki peran *role model* dan harus memiliki kemauan, kesadaran, kesiapan, dan pengetahuan untuk membina hubungan baik dengan perawat yang disupervisi. Beberapa syarat menjadi supervisor tersebut harus di penuhi agar supervisi bisa berfungsi sesuai dengan tujuan. Kegiatan pelatihan adalah salah satu upaya meningkatkan kemampuan kepala ruang agar dapat berperan menjalankan fungsinya sebagai supervisor.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Temanggung merupakan rumah sakit swasta yang sedang berkembang dengan kapasitas 150 tempat tidur. Berdasarkan catatan registrasi bedah sentral RS PKU tercatat rata-rata jumlah pasien yang menjalani operasi adalah 165 pasien perbulan. Dalam proses penjaminan mutu asuhan keperawatan telah menyusun SAK dan SOP sebagai pedoman pelayanan dan telah disahkan penggunaannya sejak 2010. Studi pendahuluan yang dilakukan pada Februari 2012 dengan wawancara kepala bidang keperawatan mengatakan selama kurang lebih dua tahun penggunaan SOP perawatan luka belum pernah dilakukan evaluasi secara khusus terkait substansi maupun implementasi.

Kegiatan monitoring yang dilakukan oleh kepala ruang dengan metode supervisi dilakukan tidak terjadwal, tidak terstruktur, tidak tercatat dan tidak diberikan umpan balik dengan baik. Pada akhirnya kegiatan supervisi belum dapat memberikan informasi obyektif terkait pelaksanaan kegiatan sesuai standar. Hal ini dapat terjadi karena supervisor belum memahami konsep supervisi yang benar atau telah memiliki pemahaman yang benar tetapi tidak ada kemauan untuk melaksanakan. Kepala diklat keperawatan juga menyebutkan bahwa kepala ruang belum pernah mendapatkan pelatihan supervisi baik yang diselenggarakan oleh rumah sakit maupun dari luar rumah sakit.

Hasil observasi terhadap kegiatan perawatan luka belum sepenuhnya dilaksanakan berdasarkan SOP, misalnya belum menggunakan sarung tangan steril untuk tiap satu pasien, belum menggunakan pinset untuk satu pasien, dan tidak menggunakan masker padahal dari segi kecukupan peralatan tersedia sesuai kebutuhan. Tindakan perawatan luka juga kegiatan desinfeksi luka tidak dilakukan dengan cara mengusap satu arah. Di samping itu dan tidak ada penghargaan maupun sanksi terkait ketaatan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan yang sesuai SOP.

Masalah yang berkaitan dengan ketidakpatuhan perawat dalam tindakan perawatan luka adalah risiko terjadinya infeksi luka operasi. Akan tetapi, angka kejadian infeksi luka operasi di RSUD Muhammadiyah Temanggung tidak didokumentasi dengan baik. Laporan panitia pengendalian infeksi (PPI) RSUD Muhammadiyah Temanggung didapatkan angka yang cukup tinggi pada 2008 yaitu 20% kejadian infeksi luka operasi, pada 2009 tidak tercatat, dan pada 2010 relatif sedikit yaitu 0,89%. Sedangkan kejadian pada tahun 2011 PPI RSUD Muhammadiyah belum menerbitkan laporan karena terjadi perubahan kepengurusan.

Pengambilan kebijakan untuk mengatasi berbagai permasalahan tersebut tentu harus berdasarkan atas bukti data yang akurat dan obyektif (*evidence based*). Penelitian ini menjadi penting untuk dilakukan sebagai dasar pengambilan kebijakan di masa yang akan datang berkaitan dengan peran fungsi kepala ruang dalam menjamin kualitas tindakan sesuai SOP yang ada sebagai upaya perbaikan untuk peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Melihat beberapa konsep dan penelitian yang sudah dilaksanakan menunjukkan bahwa supervisi yang dilakukan dengan baik dan benar akan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Supervisi yang dilakukan dengan benar pada kegiatan perawatan luka akan meningkatkan kualitas kegiatan perawatan luka yang pada akhirnya akan menghindari infeksi, mempercepat proses penyembuhan, mempersingkat lama perawatan, dan dapat menekan biaya perawatan.

1.2. Rumusan Masalah

RSU PKU Muhammadiyah Temanggung telah menetapkan SOP tindakan perawatan luka sejak 2010. Namun, dalam implementasinya belum diterapkan sepenuhnya karena menurut pernyataan beberapa perawat apabila mengikuti SOP tindakan perawatan luka menjadi lebih lama.

Kepala ruang sebagai manajer yang bertanggung jawab terhadap kegiatan pelayanan keperawatan di ruangan belum melaksanakan supervisi dengan baik. Kegiatan supervisi oleh kepala ruang terhadap perawat pelaksana belum dilaksanakan secara kontinyu, belum terjadwal, tidak terdokumentasi, dan tidak ada umpan balik sehingga fungsi supervisi sebagai monitoring atau pengawasan kualitas pelayanan keperawatan belum berperan sebagai proses perbaikan.

Kegiatan supervisi yang belum terlaksana dengan baik salah satu penyebabnya karena kepala ruang belum memahami teknik supervisi yang benar. Hal ini disebabkan karena seluruh kepala ruang belum pernah mendapatkan pelatihan supervisi. Kegiatan supervisi kepala ruang diteliti pengaruhnya terhadap peningkatan kualitas tindakan perawatan luka, sehingga rumusan masalahnya adalah “Apakah pelatihan supervisi akan menjadikan kualitas supervisi kepala ruang menjadi baik dan akan meningkatkan kualitas tindakan perawatan luka di RS PKU Muhammadiyah Temanggung?”

1.3. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian yang dapat dikemukakan dalam penelitian ini adalah:

- 1.3.1. Apakah supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang menjadi lebih baik setelah mendapatkan pelatihan?

- 1.3.2. Apakah kualitas tindakan perawatan luka pascabedah oleh perawat pelaksana menjadi lebih baik setelah dilakukan supervisi dengan cara yang benar?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh supervisi kepala ruang terhadap peningkatan kualitas tindakan perawatan luka oleh perawat pelaksana di RSUD Muhammadiyah Temanggung.

1.4.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah agar dapat diidentifikasinya:

- 1.4.2.1.1. Gambaran kualitas supervisi kepala ruang pada tindakan perawatan luka di RSUD Muhammadiyah Temanggung sebelum dan setelah mendapat pelatihan supervisi.
- 1.4.2.1.2. Gambaran kualitas tindakan perawatan luka di RSUD Muhammadiyah Temanggung sebelum dan setelah mendapat pelatihan supervisi.
- 1.4.2.1.3. Gambaran perbedaan kualitas supervisi dan tindakan perawatan luka sebelum dan setelah dilakukan pelatihan di RSUD Muhammadiyah Temanggung.
- 1.4.2.1.4. Gambaran pengaruh supervisi kepala ruang terhadap kualitas tindakan perawatan luka sebelum dan setelah kepala ruang diberikan pelatihan supervisi di RSUD Muhammadiyah Temanggung.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat Aplikatif

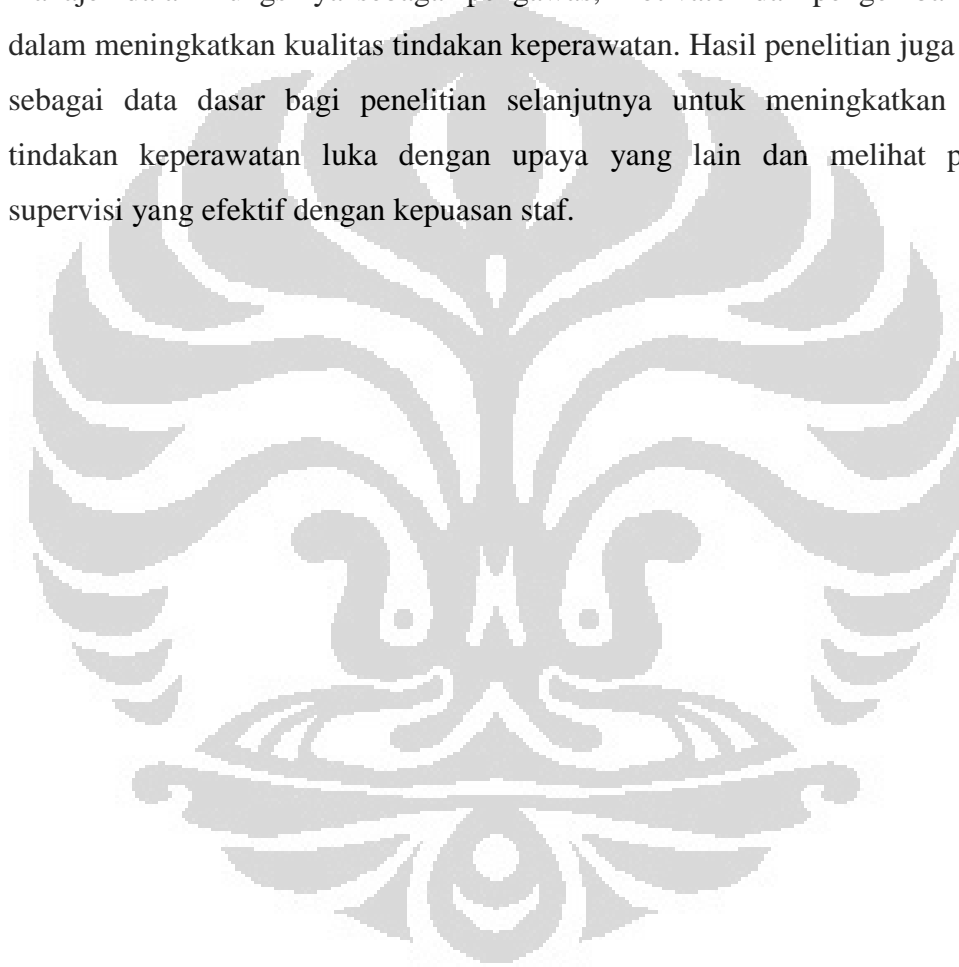
Manfaat aplikatif dari penelitian ini adalah meningkatkan pemahaman pada peningkatan fungsi manajer keperawatan di ruangan dalam melakukan monitoring terhadap pelaksanaan tindakan perawatan di ruangan dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada tindakan perawatan luka pascabedah.

1.5.2. Manfaat Keilmuan

Penelitian ini sebagai dasar dalam mengembangkan konsep monitoring dan supervisi yang efektif sebagai bagian dari upaya mempertahankan dan menjamin mutu asuhan keperawatan khususnya untuk perawatan luka.

1.5.3. Manfaat Metodologi

Hasil penelitian ini dapat menerapkan teori atau metode yang terbaik bagi seorang manajer dalam fungsinya sebagai pengawas, motivator dan pengembangan staf dalam meningkatkan kualitas tindakan keperawatan. Hasil penelitian juga berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk meningkatkan kualitas tindakan keperawatan luka dengan upaya yang lain dan melihat pengaruh supervisi yang efektif dengan kepuasan staf.



BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Pada bab ini sebagai landasan penelitian tentang pengaruh supervisi klinik dengan kualitas tindakan perawatan luka post operasi ini maka dirasa penting untuk membahas beberapa konsep terkait. Konsep dan teori yang dibahas sebagai rujukan dalam penelitian ini meliputi : Konsep fungsi manajemen, konsep supervisi klinik, konsep kualitas tindakan keperawatan dan konsep pelatihan.

Konsep fungsi manajemen pertama kali di kembangkan oleh Henry Fayol 1925 dengan lima fungsi manajer yaitu perencanaan, organisasi, perintah, koordinasi dan pengendalian. Seiring dengan evolusi teori manajemen, fungsi manajemen berubah dan dipersempit menjadi fungsi perencanaan, pengorganisasian, kepegawaian, pengarahan, dan pengawasan (Marquis & Huston, 2012). Pada tatanan yang lebih praktis fungsi manajemen lebih dikenal dengan empat hal yaitu *Planing, Organizing, Actuating* dan *Kontrolling (POAC)*.

Kepala ruang sebagai manajer tingkat bawah memiliki fungsi manajemen dalam area dan lingkup yang menjadi tanggungjawabnya. Supervisi keperawatan merupakan salah satu fungsi pengarahan yang harus dilakukan seorang kepala ruang yang dapat dipergunakan sebagai upaya menjamin kualitas tindakan keperawatan. Kegiatan penjaminan kualitas tindakan perawatan luka oleh perawat pelaksana dapat dilakukan oleh kepala ruang melalui kegiatan supervisi kepada ketua tim dan perawat pelaksana. Mekanisme pengawasan agar efektif dapat dilakukan secara berjenjang (Keliat & Akemat, 2008).

2.1. Supervisi klinik

2.1.1. Pengertian Supervisi klinik

Beberapa pemahaman tentang istilah supervisi yang akan dibahas dalam bab ini disebut pula supervisi klinik.

Hancox & Lynch (2002) mendefinisikan supervisi klinik adalah proses konsultasi formal antara dua atau lebih profesional, yang berfokus pada pemberian

dukungan bagi *supervisie* (orang yang disupervisi) untuk meningkatkan pemahaman diri, tumbuh dan berkembang dalam lingkungan profesionalnya. Pendapat yang tidak jauh berbeda disampaikan oleh Jones (2005) menyebutkan bahwa supervisi klinis adalah pemberian dukungan untuk meningkatkan kemampuan terapeutik, transfer pengetahuan dan memfasilitasi kegiatan praktik. Satu kesempatan bagi orang yang disupervisi untuk menilai diri, mengembangkan kemampuan klinis dan menyediakan sistem pendukung. RCN institute (1997) dalam Pitman (2011) menyebutkan bahwa supervisi klinis adalah kegiatan untuk membantu merefleksikan diri secara mendalam dari kegiatan praktik yang bertujuan agar dapat mencapai secara berkesinambungan dan mengembangkan kreatifitasnya.

Dari tiga definisi konsep supervisi klinik diatas dapat di pahami bahwa supervisi merupakan hubungan interpersonal dua orang atau lebih yang dikemas dalam bentuk kegiatan terstruktur (formal) untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan klinis orang yang disupervisi. Pengertian yang salah bila supervisi dimaksud sebagai pengawasan untuk menilai dan mencari kesalahan bawahan.

2.1.2. Manfaat Supervisi

Supervisi klinik yang dilakukan dengan baik akan diperoleh banyak manfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan. Beberapa manfaat tersebut antara lain bahwa supervisi berperan penting pada upaya memberikan dukungan pada pelayanan klinis melalui penjaminan mutu, manajemen risiko dan mengatur kemampuan dalam kerangka akuntabilitas dan responsibilitas (RCN, 2007).

Lynch et al (2008) menulis bahwa manfaat supervisi klinik adalah belajar, meningkatkan dan mengasah kemampuan klinis. Secara jelas (ABA, 2003) menyebutkan bahwa fungsi terpenting supervisi klinis adalah memastikan kualitas asuhan keperawatan. Dari ketiga sumber tersebut dapat disimpulkan bahwa supervisi yang dilakukan dengan baik akan dapat menjamin kualitas asuhan keperawatan. Bila supervisi dilakukan pada tindakan perawatan luka maka tindakan perawatan luka tersebut dapat dijamin kualitasnya sesuai standar.

2.1.3. Prinsip Supervisi

Supervisi sebagai bagian dari kegiatan pengawasan akan dapat dilakukan secara efektif bila dalam pelaksanaannya menerapkan prinsip-prinsip supervisi. Dharma (2004) menyebutkan ada empat prinsip supervisi yang harus dijalankan oleh seorang supervisor yaitu kejelasan berkomunikasi, harapan yang terbaik, berpegang pada tujuan dan mendapatkan komitmen staf. Swansburg (1990) mengatakan prinsip-prinsip tersebut harus memenuhi syarat antara lain :

(1). Didasarkan atas hubungan professional dan bukan hubungan pribadi. (2). Kegiatan yang harus direncanakan secara matang, bersifat edukatif, memberikan perasaan aman pada perawat pelaksana dan harus mampu membentuk suasana kerja yang demokratis. (3). Dilakukan secara obyektif dan mampu memacu terjadinya penilaian diri (*self evaluation*). (4). Bersifat progresif, inovatif, dan fleksibel serta dapat mengembangkan potensi atau kelebihan masing-masing orang yang terlibat. (5). Bersifat konstruktif dan kreatif dalam mengembangkan diri disesuaikan dengan kebutuhan. (6). Supervisi harus dapat meningkatkan kinerja bawahan dan kepuasan kerja perawat dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

Supervisor yang efektif memimpin bawahan ke arah pencapaian tujuan organisasi dan mendorong bawahan sehingga berdampak positif. Keliat dan Akemat (2010) menyebutkan agar supervisi dapat menjadi alat pembinaan dan tidak menjadi alat yang menakutkan bagi staf maka perlu disusun jadwal dan standar kinerja masing-masing. Kilminster et al (2007) mengidentifikasi supervisor yang efektif yaitu mengobservasi dan merefleksikan pada kegiatan praktik, memberikan umpan balik yang konstruktif, mengajar, mengidentifikasi alternative, pemecahan masalah, memotivasi, menumbuhkan otonomy, menyediakan informasi, menilai diri sendiri dan yang lain, mengatur pelayanan, membangun iklim yang mendukung, membela, manajemen waktu. Sedangkan supervisor yang tidak efektif memiliki karakteristik kaku, empati rendah, gagal member dukungan, gagal mengikuti bawahan, tidak mendidik, tidak toleran, membesarkan dan menilai aspek negative bawahan.

2.1.4. Model Supervisi Klinik

Sebagai proses formal, supervisi klinik membutuhkan struktur interaksi antara dua atau lebih individu untuk mencapai hasil yang optimal. Model dikembangkan secara khusus dimana diperlukan untuk diterapkan dilapangan. Kilminster dan Jolly (2000) mengembangkan model yang berbeda untuk supervisi klinis, yang menekankan pada perbedaan pendekatan yaitu pertemuan orang per orang, supervisi sebaya, supervisi kelompok dan *networking*. Adapun Lynch et al (2008) menyebutkan ada tujuh model supervisi:

2.1.4.1. Psikoanalitik

Model ini mengacu pada konsep psikoanalisa oleh Sigmund Freud, yang berfokus pada pemahaman proses mental dan penjelajahan alam bawah sadar dimana alam bawah sadar dapat diinterpretasikan melalui mimpi, symbol-simbol dan kebebasan berasosiasi. Supervisor yang mengadopsi model ini harus memahami konsep proyeksi yaitu suatu mekanisme pertahanan diri, transference yaitu pengalaman masa lalu akan berdampak pada saat ini dan countertransference yaitu bawahan memiliki cara yang berbeda untuk menyelesaikan masalahnya.

2.1.4.2. Model Psycodinamik Sistem

Sistem psikodinamika merupakan disiplin ilmu yang dipengaruhi oleh teori sistem terbuka, teori relasi grup dan psikoanalisa. Model ini digunakan khusus pada kerja pada kelompok.

2.1.4.3. Model Reflektif

Pendekatan model ini refleksi merujuk pada upaya member dukungan bagi perawat dengan meningkatkan kemampuannya untuk memahami praktik keperawatan dan apa yang mempengaruhinya termasuk oleh pengaruh kepribadianya yang unik sehingga akan dihasilkan pemahaman dan kesadaran diri perawat, yang akan berdampak pada pengembangan kemampuan praktik.

2.1.4.4. Model Kadushin

Model ini dikembangkan oleh Kadushin pada tahun 1985 yang diperuntukan pada tatanan kerja social. Kadushin menyebutkan bahwa supervisi memiliki tiga fungsi yaitu fungsi administratif, fungsi pendidikan dan fungsi pemberian dukungan.

2.1.4.5. Model Proctor

Model supervisi ini sangat populer di Inggris dengan menerapkan model ini pada seluruh pelatihan supervisi. Proctor menyebutkan bahwa supervisi memiliki tiga fungsi yaitu *normative* yang meliputi menilai, mengevaluasi kualitas asuhan, *formative* yaitu pengembangan peran supervisi (pekerjaan, pengambilan keputusan, dan refleksi) dan *restorative* dalam bentuk dukungan.

2.1.4.6. Model Peplau

Konsep yang dikembangkan Peplau adalah teori hubungan interpersonal, dimana kontribusi perawat sebagai agen terapeutik sangat penting. Dalam konsep hubungan antar manusia Peplau menyebutkan ada tiga fase yang harus dilalui yaitu fase orientasi, fase identifikasi dan fase eksploitasi.

2.1.4.7. Model Fokus Solusi

Model ini melakukan pendekatan pada membangun solusi bukan sekedar pemecahan masalah. Membangun solusi adalah menggunakan kekuatan dan dukungan agar situasi menjadi lebih baik sebaliknya pemecahan masalah adalah bagaimana menggunakan energi untuk mengatasi masalah.

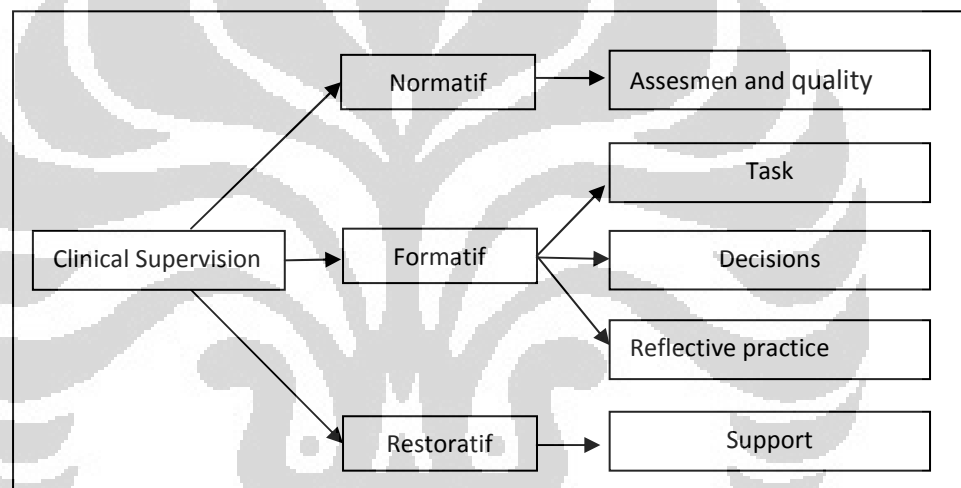
Beberapa model yang telah diuraikan dapat dipergunakan pada kegiatan supervisi klinis walaupun tidak menutup kemungkinan tidak mungkin menggunakan semua model yang ada tersebut. Model dikembangkan sebagai acuan dan kerangka dalam menyusun strategi supervisi. Model dalam penelitian ini memilih pada model Proctor karena model ini relative lebih lengkap dan merangkum beberapa ciri pada model yang lain.

Berikut uraian model Proctor yang akan diterapkan dalam penelitian ini:

Model Proctor sangat identik dengan model Kadushin, yang terdiri dari tiga fungsi utama yaitu formatif, normatif, dan restoratif. Fungsi formatif sama halnya dengan fungsi pendidikan pada model Kadushin yaitu pengembangan peran supervisi. Dalam hal ini diperlukan hubungan baik antara supervisor dan staf yang berfokus pada proses belajar dan kebutuhan berkembang pada staf guna identifikasi dan pengembangan keterampilan dan integrasi teori dalam kegiatan praktik.

Fungsi normatif sama halnya dengan fungsi administratif pada model Kadushin. Fungsi ini mengacu pada pengawasan sambil berjalan, peran penilaian dan pengkajian pada saat supervisi dijalankan sehingga supervisi menjadi berkualitas. Fungsi ini berfokus pada nilai, kepercayaan, evaluasi pelayanan, dokumentasi, kebijakan, prosedur, pertanggungjawaban dan manajemen kasus.

Fungsi ketiga yaitu restoratif adalah fungsi pemberian dukungan. Pada fungsi ini supervisor bertanggungjawab terhadap kesiapan staf agar dapat menerima dukungan yang diberikan. Diperlukan hubungan baik antara supervisor dan staf terkait pemahaman, penerimaan, penilaian dan kesiapan perasaan staf untuk menerima semua dukungan.



Bagan 2.1 Model Supervisi Proctor (Lynch et al 2008)

2.1.5. Tahapan Supervisi

Supervisi yang baik harus direncanakan dengan baik dan dilakukan melalui tahapan yang benar. Lynch et al (2008) menyebutkan lima tahap supervisi. Masing masing penjelasannya sebagai berikut:

2.1.5.1. Explorasi

Tahap pertama yang dilakukan seorang supervisor adalah menggali budaya kerja dan faktor pendukung yang tersedia yang dapat menjadi pendukung saat implementasi dilakukan. Beberapa hal yang bisa menjadi hambatan misalnya persepsi dan moral yang kurang baik. Data tentang kepuasan pegawai, kejenuhan adalah hal penting sebagai gambaran kondisi yang perlu diatasi. Upaya yang harus

dilakukan pada tahap eksplorasi adalah membangun moral, mengidentifikasi tingkat pendidikan dan perubahan sistem dan struktural.

2.1.5.2. Menentukan strategi implementasi

Menentukan strategi dalam kegiatan supervisi adalah hal penting. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi diantaranya kepemimpinan, budaya organisasi dan pendidikan/latihan. Pada tahap ini harus dapat memilih *leader* yang baik agar dapat memimpin perubahan. Budaya organisasi yang mempengaruhi adalah adanya komite yang bertanggungjawab dan secara fokus pada kegiatan supervisi ini. Adapun pendidikan dan latihan diperlukan sebagai upaya menanamkan pengetahuan tentang supervisi dan membangun kerja tim yang baik.

2.1.5.3. Menyusun Rencana

Tahap ini merupakan finalisasi dan bentuk strategi yang akan di terapkan. Pada tahap praktis dipengaruhi oleh refleksi, komite dan rencana strategis yang disusun. Refleksi merupakan upaya memastikan dan meyakinkan diri untuk dapat mencapai tujuan yang ditetapkan setelah semua disiapkan. Komite diperlukan sebagai bagian yang bertanggungjawab secara khusus, walaupun merupakan bukan lembaga struktural. Rencana strategis adalah bentuk tertulis dari upaya membangun kegiatan supervisi yang dimulai latar belakang, tujuan, kebijakan, pelaksanaan, dan kelengkapan dokumen lain. Dalam hal ini sering disebut dengan dokumen perencanaan atau proyek proposal.

2.1.5.4. Implementasi

Tahap ke empat yaitu pelaksanaan yang berfokus dari renstra yang telah disusun. Faktor yang dapat mempengaruhi adalah adanya komite, pendidikan dan latihan, dan budaya organisasi. Komite bisa di isi dengan memilih anggota secara terbuka. Perawat senior, perawat manajer, atau perawat yang telah berpengalaman melaksanakan supervisi klinik. Diklat dibutuhkan bila pemahaman konsep tentang supervisi belum baik.

2.1.5.5. Refleksi dan evaluasi

Tahap akhir dari kegiatan supervisi adalah refleksi dari staf terhadap proses pembelajaran yang dilakukan selama proses. Termasuk didalamnya peran

supervisi untuk meningkatkan motivasi staf sehingga kelanjutan dari program supervisi bias dilanjutkan dengan berbagai perbaikan.

2.1.6. Penilaian Efektifitas Supervisi

Agar supervisi dapat berperan sesuai fungsi sebenarnya, Keliat dan Akemat (2010) menyusun pedoman evaluasi aktifitas supervisi dengan sepuluh kriteria:

(1). Supervisi disusun secara terjadwal (2). Semua staf mengetahui jadwal supervisi yang dilaksanakan (3). Materi supervisi dipahami oleh supervisor dan staf (4). Supervisor mengorientasikan materi supervisi kepada staff (5). Supervisor mengkaji kinerja staf sesuai materi supervisi (6). Supervisor mengidentifikasi pencapaian staf dan memberi reinforcement (7). Supervisor mengidentifikasi aspek kinerja yang perlu ditingkatkan staf (8). Supervisor memberi solusi dan role model meningkatkan kinerja (9). Supervisor menjelaskan rencana tindak lanjut supervisi (10). Supervisor memberi reinforcement terhadap pencapaian keseluruhan staf

Melihat kriteria evaluasi supervisi diatas terlihat bahwa supervisi yang efektif merupakan upaya untuk meningkatkan kinerja staf dan bukan upaya menilai sebagai alat untuk menjatuhkan sanksi bagi staf seperti yang selama ini. Dengan pelaksanaan yang benar, supervisi justru akan menjadi media untuk proses pembimbingan untuk meningkatkan kualitas individu perawat itu sendiri.

2.1.7. Syarat Supervisor

Lynch et al (2008) menyebutkan agar dapat menjalankan fungsi sebagai supervisor yang berkualitas, dibutuhkan perawat yang senior dan memiliki pengalaman dalam melakukan supervisi klinis. Pengalaman tersebut dapat berupa hasil dari pendidikan formal maupun didapat dari pelatihan apalagi memiliki pengalaman menjadi staf yang pernah disupervisi menjadi lebih baik.

Pengertian senior dalam konteks ini adalah senioritas dalam posisi hirarki organisasi sehingga supervisor memiliki kekuatan meskipun senior dalam hal ini berbeda dengan keahlian karena keahlian akan didapat dari pengembangan keterampilan dan pengetahuan dengan prinsip belajar sepanjang masa. Memperjelas kompetensi yang dibutuhkan oleh seorang supervisor, Lynch et al (2008) menyebutkan karakteristik kemampuan supervisor yang efektif yaitu:

Universitas Indonesia

2.1.7.1. Keterampilan berkomunikasi (*Interpersonal Skill*)

Keterampilan dalam pengertian ini adalah kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Interaksi yang baik akan menghasilkan hubungan komunikasi yang baik antara supervisor dengan staf. Beberapa karakteristik *interpersonal skill* yang baik seperti: tidak menghakimi, terbuka, hangat, bersahabat, memiliki selera humor, memiliki kemampuan menilai diri sendiri, respek dan tentunya memiliki niat dan semangat yang tulus untuk menjadi supervisor.

2.1.7.2. Keterampilan praktik (*Practical Skill*)

Seorang supervisor dituntut memiliki keterampilan komunikasi yang baik. Beberapa diantara keterampilan komunikasi tersebut adalah mampu menjadi pendengar aktif, mengklarifikasi dan menyimpulkan topic, memiliki keterampilan klinik dan memiliki respek atau sejalan dengan organisasi.

2.2. Kualitas Tindakan Keperawatan

2.2.1. Konsep kualitas

Rumah sakit menghadapi tantangan persaingan dan lingkungan yang kompetitif. Untuk menjawab tantangan itu aspek mutu atau kualitas menjadi sangat penting. Konsep kualitas telah berkembang cukup lama seiring dengan upaya manusia manusia meningkatkan daya saing produk atau jasa yang dihasilkannya agar dapat diterima oleh pengguna.

Juran pada tahun 1962 mengatakan bahwa kualitas adalah kesesuaian dengan tujuan atau manfaatnya sedangkan Deming 1982 menyebutkan bahwa kualitas harus bertujuan memenuhi kebutuhan pelanggan dimasa kini dan yang akan datang. Adapun Goetch dan Davis (1995) mengatakan kualitas adalah kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, orang, proses serta lingkungan yang memenuhi apa yang diharapkan (Ariani 2003).

Ketiga definisi tersebut saling melengkapi definisi kualitas yang akhirnya bisa disimpulkan sebagai standarisasi input, proses dan output yang dapat memenuhi kepuasan konsumen.

2.2.2. Penjaminan Kualitas

Kualitas asuhan keperawatan hanya akan dapat dicapai melalui upaya yang dipersiapkan dengan baik melalui program penjaminan mutu, yaitu upaya yang dilakukan secara berkesinambungan, sistematis objektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai kemampuan yang tersedia serta menilai hasil yang dicapai dan menyusun tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (Azwar 2006).

Pohan (2007) menyebutkan pula bahwa jaminan mutu pelayanan kesehatan atau *quality assurance in health care* adalah keseluruhan upaya yang bertujuan untuk memberikan suatu pelayanan kesehatan terbaik mutunya yaitu layanan yang sesuai dengan standar yang telah disepakati. Dua penjelasan tentang penjaminan mutu tersebut menekankan pada terpenuhinya pelayanan sesuai standar agar menjadi pelayanan yang berkualitas. Dimana yang dimaksud standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus di capai (Dekpes, 2008).

Dalam tatanan praktis untuk menjamin kualitas asuhan keperawatan terdapat empat langkah yang harus dilakukan yaitu menetapkan standard an metode pengukuran kinerja, melakukan pengukuran kinerja, menetapkan apakah kinerja sesuai standard an terakhir mengambil tindakan korektif bila ada yang tidak sesuai (Keliat dan Akemat, 2010).

2.2.3. Dimensi Kualitas

Depkes RI (2008) menyebutkan dimensi mutu adalah pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.

Jadi dapat dikatakan bahwa asuhan keperawatan dikatakan berkualitas manakala dapat diakses oleh masyarakat, dapat digunakan secara efektif dan efisien, menjamin keamanan dan keselamatan, berkesinambungan dengan kompetensi teknis.

2.2.4. Penilaian Kualitas Tindakan Keperawatan

Penjaminan mutu (quality assurance) sering diartikan sebagai penjaminan mutu atau memastikan mutu /kualitas. Donabedian dalam Wijono (2000) mengartikan menjaga mutu termasuk kegiatan yang secara periodik atau terus menerus menggambarkan keadaan dimana pelayanan disediakan. Pelayanan dimonitor, dicatat kekurangannya dan dikoreksi seperlunya. Jadi dapat diartikan sebagai upaya penataan dan kegiatan yang dimaksudkan untuk menjaga keselamatan, memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan.

Penjaminan mutu dapat dilakukan melalui proses audit internal dan surveilans apakah dalam proses pengerjaannya telah sesuai atau mengikuti (patuh) terhadap standar operating prosedur (Wijono, 2000). Dengan kata lain Kegiatan penjaminan mutu dipergunakan untuk menjamin bahwa organisasi memenuhi dua hal yaitu organisasi mengikuti prosedur sebagaimana diuraikan dalam buku pedoman (manual) mutu dan prosedur-prosedur tersebut apabila diikuti akan efektif dan memberikan hasil seperti yang diharapkan. Jadi dapat dikatakan bahwa suatu proses agar mutu yang dihasilkan seperti yang dikehendaki sesuai dengan standar.

Marquis & Huston (2012) menyebutkan pengukuran mutu asuhan secara sederhana dapat dilihat menjadi tiga langkah dasar yaitu: menentukan standar, mengumpulkan informasi untuk menentukan apakah standar tercapai dan tindakan edukasi atau koreksi jika kriteria tidak dicapai. Proses kendali mutu dalam bentuk audit mutu dapat dilakukan secara *restrospektif*, *prospektif* ataupun *bersamaan* saat pelayanan sedang diberikan.

Donabedian dalam Marquis & Huston (2012) mengatakan bahwa mutu pelayanan dapat diukur melalui audit struktur, proses dan hasil. Hal ini diperkuat pendapat Keliat dan Akemat (2010) yang menyebutkan penilaian kualitas tindakan keperawatan dapat dilakukan melalui ketiga audit tersebut yaitu audit struktur, audit proses dan audit hasil. Pada audit struktur berfokus pada sumber daya manusia, lingkungan perawatan termasuk fasilitas fisik, peralatan, organisasi, kebijakan, standar operating prosedur (SOP) yang dapat di nilai menggunakan

check list. Audit proses merupakan pengukuran pelaksanaan pelayanan untuk menentukan apakah standar tercapai dengan kegiatan yang dapat dilakukan bersifat retrospektif dengan melihat dokumen atau observasi langsung pada saat kegiatan dilakukan. Adapaun audit hasil dapat di dilihat dengan melihat indikator mutu atau kondisi pasien dan indikator umum seperti infeksi nosokomial.

Carville (2007) mengatakan untuk mengoptimalkan peningkatan penyembuhan luka diperlukan kemampuan personal yang baik. Penilaian kualitas tindakan perawatan luka merupakan bagian dari audit proses, yang akan dilaksanakan menggunakan SOP perawatan luka yang telah disyahkan penggunaanya di RS PKU. Adapun konsep perawatan luka yang dapat dipakai sebagai dasar melakukan perawatan luka adalah menurut Carville (2007) adalah:

2.2.4.1. Melakukan pengkajian luka

Sebelum perawatan luka dimulai, seorang perawat harus mengetahui kondisi luka pada pasien sehingga persiapan dan pelaksanaan tindakan perawatan luka akan sesuai dengan kebutuhan. Beberapa pengkajian yang harus dilakukan pada luka antara lain: tipe penyembuhan, kehilangan jaringan yang terjadi, ciri klinis, lokasi, ukuran, Cairan *exudat* yang ada, kondisi sekitar luka, nyeri, infeksi, respon psikologis.

2.2.4.2. Melakukan Perawatan luka

Tindakan perawatan luka pada luka akut bertujuan menghilangkan *exudat*, mengurangi nyeri, menghindarkan luka insisi dari kontaminasi, menjaga suhu sekitar luka dan menjaga sekitar kulit. Tindakan perawatan sangat tergantung pada banyaknya *exudat* yang keluar. Luka kering (tanpa *exudat*) tidak diperlukan penggantian balutan luka sampai 48 jam sesuai dengan perjalanan tahap proses epitelisasi yang terjadi dalam waktu tersebut. Adapun bila terdapat *exudat*, maka penggantian balutan diperlukan untuk menyerap *exudat* atau proteksi infeksi.

Caville (2007) menyebutkan pembersihan luka harus dilakukan dengan lembut, menjaga kelembaban dengan tetap membuang exudat, menjaga sekitar kulit, mempertahankan temperature dan kenyamanan klien. Beberapa teknik pembalutan yang dianjurkan adalah: dapat menyerap *exudat*, dapat

mempertahankan kelembaban pada permukaan luka, memungkinkan pertukaran gas, dapat menghindari infeksi sekunder, tidak menimbulkan trauma pada saat pemasangan maupun pelepasan balutan. Kegiatan yang dilakukan harus menggunakan teknik aseptik.

2.2.4.3. Memberikan Edukasi

Beberapa hal penting yang perlu diajarkan pada pasien adalah pemenuhan cairan untuk mencegah dehidrasi, jangan merokok setidaknya 2-4 minggu sebelum dan sesudah operasi, penjelasan cara mengurangi nyeri dan mematuhi program (Withney dalam Bryan dan Nix, 2007).

2.3. Pelatihan

2.3.1. Pengertian Pelatihan

Notoatmojo (2009) mendefinisikan pelatihan adalah bagian dari proses pendidikan yang bertujuan meningkatkan kemampuan atau keterampilan khusus. Dalam pelatihan orientasinya atau penekannya pada kemampuan melaksanakan tugas yang harus dikerjakan (*job orientation*). Pelatihan pada umumnya menekankan pada kemampuan psikomotor walaupun tetap didasari pengetahuan dan sikap. Pelatihan (*training*) didefinisikan oleh Ivancevich (2008) adalah “sebuah proses sistematis untuk mengubah perilaku kerja seorang/sekelompok pegawai dalam usaha meningkatkan kinerja organisasi”. Pelatihan yang diikuti berkaitan dengan keterampilan dan kemampuan yang diperlukan untuk pekerjaan yang sekarang dilakukan. Dengan demikian pelatihan berorientasi ke masa sekarang dan membantu pegawai untuk menguasai keterampilan dan kemampuan (kompetensi) yang spesifik untuk berhasil dalam pekerjaannya.

2.3.2. Model Pelatihan

Notoatmodjo (2007) menyebutkan ada tiga metode pembelajaran yaitu pendidikan individual, kelompok dan massa. Berikut akan diuraikan ketiga metode tersebut:

2.3.2.1. Metode Pendidikan individual (perorangan)

Konsep ini digunakan karena setiap orang memiliki perbedaan dengan penerimaan sebuah perilaku yang akan diajarkan. Beberapa bentuk yang dapat dipakai pada metode ini adalah bimbingan dan penyuluhan dan wawancara.

2.3.2.2. Metode Pendidikan kelompok

Pendidikan pada kelompok dibedakan pada kelompok besar dan kelompok kecil. Ceramah dan seminar tepat dilakukan untuk memberikan pendidikan pada kelompok besar sedangkan kelompok kecil dengan jumlah kurang dari 15 orang dapat dilakukan dengan diskusi kelompok, curah pendapat, *snowballing*, *buzz group*, *role play*, dan permainan simulasi.

2.3.2.3. Metode Pendidikan massa

Pendidikan massa cocok dilakukan untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kepada masyarakat, yaitu dengan cara ceramah umum, pidato, sinetron, billboard, tulisan dalam majalah atau Koran.

2.3.3. Tujuan Pelatihan

Hasil yang akan di capai dari suatu proses belajar menurut Notoatmodjo (2007) perubahan kemampuan, penampilan atau perilakunya, dimana perubahan perilaku didasari adanya perubahan atau penambahan pengetahuan, sikap dan perilaku. Jadi tujuan pelatihan adalah untuk mengembangkan keahlian, sehingga pekerjaan dapat diselesaikan dengan lebih cepat dan lebih efektif, untuk mengembangkan pengetahuan, sehingga pekerjaan dapat diselesaikan secara rasional, dan untuk mengembangkan sikap, sehingga menimbulkan kemauan kerjasama dengan teman-teman pegawai dan dengan manajemen (pimpinan).

2.3.4. Tahapan Pelatihan.

Mangkunegara (2005) menjelaskan bahwa tahapan-tahapan dalam pelatihan dan pengembangan meliputi:

2.3.4.1. Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan / need assessment

2.3.4.2. Menetapkan tujuan dan sasaran pelatihan

2.3.4.3. Menetapkan kriteria keberhasilan dengan alat ukurnya

2.3.4.4. Menetapkan metode pelatihan

2.3.4.5. Mengadakan percobaan (*try out*) dan revisi

2.3.4.6. Mengimplementasikan dan mengevaluasi.

2.3.5. Strategi perubahan perilaku

Agar perilaku yang diharapkan dapat diterima terdapat tiga strategi yang dapat dilakukan yaitu:

2.3.5.1. Menggunakan kekuatan (*enforcement*)

Cara yang dilakukan yaitu perilaku dipaksakan pada sasaran sehingga akan melakukan sesuai yang diharapkan. Cara ini akan memberikan perubahan secara cepat akan tetapi perubahan belum tentu akan berlangsung lama.

2.3.5.2. Menggunakan peraturan atau hukum (*Regulations*)

Pembuatan produk aturan alat untuk mengatur sasaran agar berperilaku sesuai yang diharapkan akan mematuhi aturan yang ada sehingga perilakunya akan sesuai apa yang diharapkan.

2.3.5.3. Pendidikan (*educations*)

Konsep ini didasarkan pada member informasi untuk meningkatkan kesadaran sasaran sehingga perilaku yang terbentuk adalah bagian dari kesadaran sendiri bukan karena dipaksa sehingga harapanya perilaku yang ditampilkan akan langgeng.

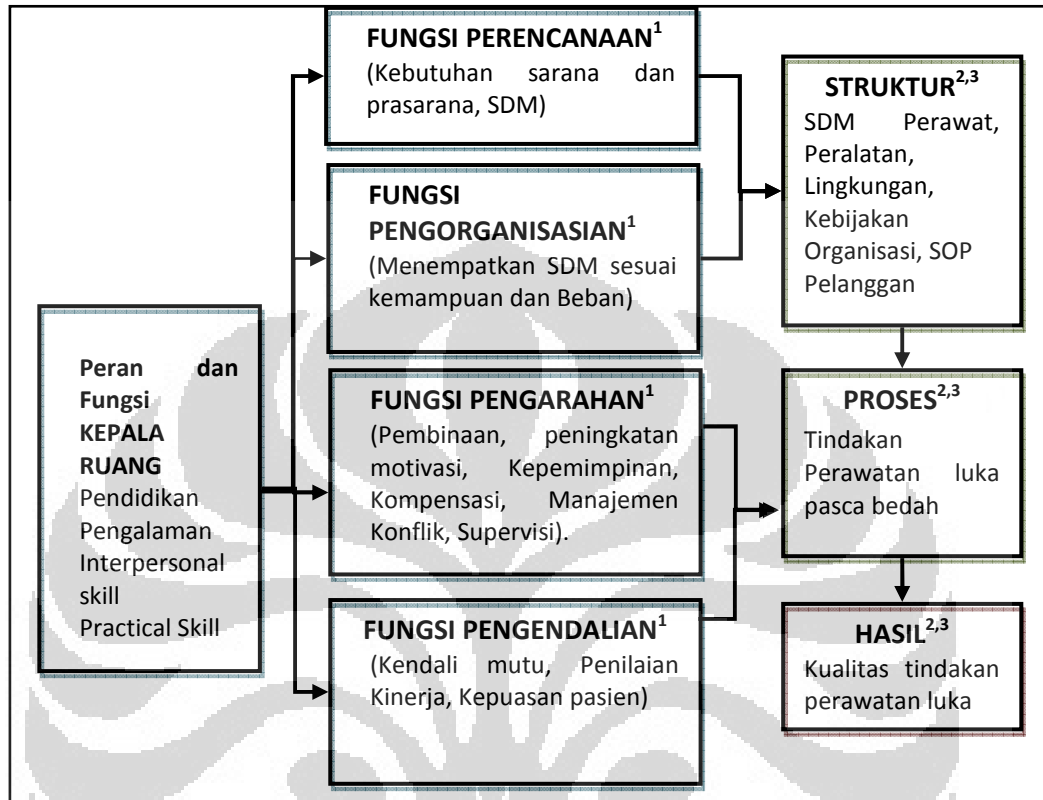
2.3.6. Pendidikan dan Pelatihan Supervisor

Kegiatan pendidikan formal maupun pelatihan akan menjadikan seorang supervisor dapat mengembangkan pemahamannya, keterampilannya dan pengetahuannya sehingga mampu berperan dalam kegiatan supervisi. Kemampuan supervisor untuk menjadi seorang yang kompeten sangat individual karena dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pengalamannya, pengetahuannya dan kepribadiannya. Supervisor perlu belajar mengembangkan kemampuannya melalui pengalaman pada area klinis. Pelatihan bisa dilaksanakan selama 1-2 hari sesuai dengan tujuan apa yang akan dicapai Lynch et al (2008).

2.4. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori ini disusun berdasarkan sintesis konsep yang mempengaruhi kualitas tindakan perawatan luka yang telah diuraikan di depan.

Bagan 3.1. Kerangka Teori Penelitian Penerapan supervisi klinik yang efektif untuk peningkatan kualitas tindakan keperawatan luka.



Sumber: Marquis & Huston (2012)¹, Wijono (2000)², Keliat dan Akemat (2008)³

BAB 3

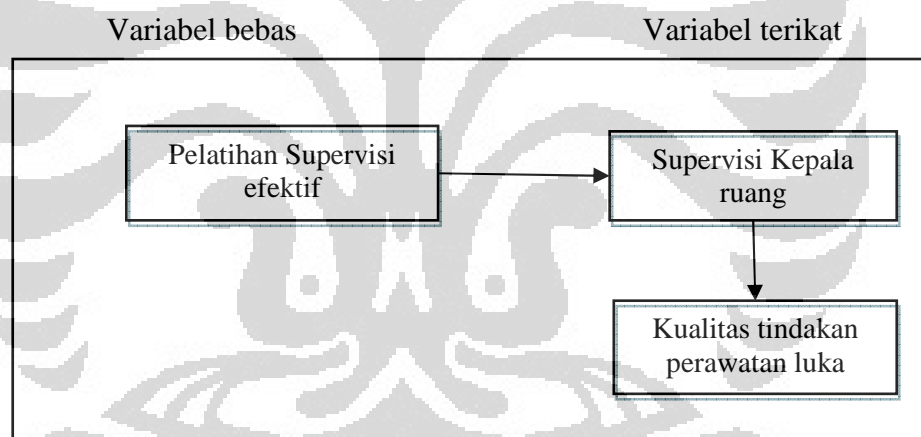
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional. Uraian ini untuk memberikan arah terhadap proses penelitian.

3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep atau terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmojo, 2010). Kerangka penelitian yang dikembangkan dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu variabel *independent* (bebas), variabel *dependent* (terikat):

Bagan 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



3.1.1 Variabel *Independent* (Variabel bebas / intervensi)

Variabel independen merupakan variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel *dependent* (Handoko, 2006). Variabel *independent* dalam ilmu keperawatan biasanya merupakan stimulus atau intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien atau perawat untuk mempengaruhi tingkah laku.

Variabel *independent* dalam penelitian ini supervisi klinik yang dilakukan oleh kepala ruang kepada bawahan pada kegiatan perawatan luka pascaoperasi.

3.1.2 Variabel *Dependent* (Variabel Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel *independent* (Handoko, 2006). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas tindakan keperawatan luka pascaoperasi yang dilakukan oleh perawat pelaksana.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis berarti pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya (Sabri & Hastono, 2010). Menurut Notoatmodjo (2010), hipotesis ditarik dari serangkaian fakta yang muncul sehubungan dengan masalah yang diteliti.

Berdasarkan konsep teori yang ada, maka hipotesis yang muncul dalam penelitian ini adalah:

- 3.2.1 Adanya peningkatan kualitas tindakan perawatan luka pascabedah pada perawat yang di supervisi oleh supervisor terlatih.
- 3.2.2 Adanya peningkatan kualitas supervisi setelah supervisor mendapatkan pelatihan supervisi efektif.

3.3 Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007). Definisi operasional yang digunakan sebagai parameter / ukuran dalam penelitian ini diuraikan pada tabel 3.1.

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Independen: Pelatihan Supervisi	Peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor kepada kepala ruang agar dapat melakukan kegiatan supervisi pada kegiatan perawatan luka	Quesioner pre-post test	Dinyatakan dalam nilai angka dalam skala 0-100	Rasio

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2.	Supervisi klinik	Tindakan pengawasan dan pemberian bimbingan dan motivasi yang dilakukan oleh supervisor untuk menjamin tindakan keperawatan luka dilaksanakan sesuai standar	Observasi menggunakan instrumen	Dinyatakan dalam nilai angka dalam skala 0-100	Rasio
3.	Dependen: Kualitas Tindakan perawatan luka	Tindakan perawatan luka yang dilakukan oleh perawat pelaksana berdasarkan acuan SOP setelah dilakukan supervisi kepala ruang	Observasi dengan menggunakan instrumen	Dinyatakan dalam nilai angka dalam skala 0-100	Rasio



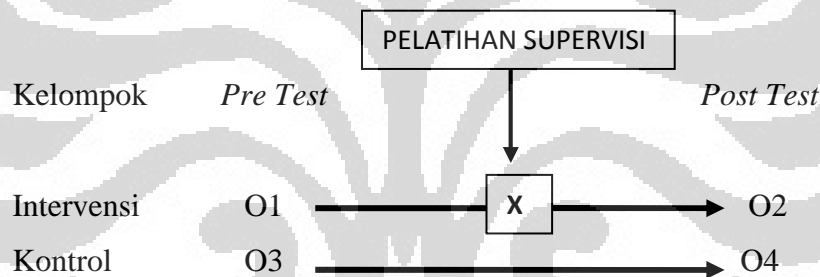
BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian “*kuasi experimental pre-post test with “kontrol group”*” dengan intervensi pelatihan supervisi. Penelitian dilakukan pada kepala ruang yang melakukan supervisi pada staf pada kegiatan perawatan luka sebelum dan sesudah kepala ruang diberikan pelatihan tentang supervisi. Penelitian ini membandingkan perbedaan dua kelompok perawat yang melakukan tindakan perawatan luka dengan supervisor yang dilatih dan tidak.

Bagan 4.1
Rancangan Penelitian



Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi) pelatihan supervisi
- O₁ : Kualitas tindakan perawatan luka dan kegiatan supervisi sebelum dilakukan pelatihan supervisi
- O₂ : Kualitas tindakan perawatan luka dan kegiatan supervisi sesudah dilakukan pelatihan supervisi
- O₃ : Kualitas tindakan perawatan luka dan kegiatan supervisi pada kelompok yang tidak mendapat pelatihan supervisi.
- O₄ : Kualitas tindakan perawatan luka dan kegiatan supervisi pada kelompok yang tidak mendapat pelatihan Supervisi setelah kelompok intervensi mendapatkan pelatihan supervisi.
- O₂ - O₁ : Perubahan kualitas tindakan perawatan luka dan kegiatan supervisi pada kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan supervisi sebelum dan setelah mendapatkan intervensi pelatihan supervisi.

- O₄ - O₃ : Perubahan kualitas tindakan perawatan luka dan kegiatan supervisi pada kelompok yang tidak mendapatkan intervensi sebelum dan setelah kelompok intervensi mendapatkan pelatihan supervisi.
- O₁-O₃ : Perbandingan kualitas tindakan perawatan luka dan kegiatan supervisi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan pelatihan supervisi.
- O₂- O₄: Perbandingan kualitas tindakan perawatan luka dan kegiatan supervisi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan pelatihan supervisi.

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1. Populasi

Populasi (*universe*) adalah keseluruhan unit analisis yang karakteristiknya akan diduga (Sabri & Hastono, 2010). Subyek dapat berupa manusia, hewan coba, data laboratorium dan lain-lain, sedangkan karakteristik subyek ditentukan sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Populasi kelompok intervensi dalam penelitian ini adalah seluruh kegiatan tindakan perawatan luka di ruang bedah RSUD Muhammadiyah Temanggung selama satu bulan yang jumlahnya rata-rata 110 kali tindakan perawatan luka. Adapun populasi kelompok kontrol di pilih di ruang bedah RSUD Magelang Kabupaten Magelang yang memiliki karakteristik relatif sama dengan RS PKU Muhammadiyah Temanggung. Di ruang bedah RSUD Magelang rata-rata sebulan terdapat 210 tindakan perawatan luka.

4.2.2. Sampel

Sampel adalah bagian (*subset*) dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dapat dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Perhitungan sampel didasarkan atas perhitungan sampel yang bertujuan menguji hipotesis beda 2 mean kelompok independen (Lameshow et al 1997) didapatkan 29,7 dibulatkan menjadi 30 kegiatan perawatan luka untuk tiap kelompok ditambah 10 % sebagai antisipasi drop out dan dibulatkan menjadi 33 dengan perhitungan sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = \frac{2 \sigma^2 (Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{2 \times 18,66^2 (1,645 + 1,28)^2}{(15)^2} = 29,7$$

n = Besar sampel minimal yang akan dipakai

σ = simpangan baku penelitian terdahulu (Saifulloh 2009) sebesar 18,66

$\mu_1 - \mu_2$ = perubahan nilai penelitian yang dianggap bermakna diasumsikan oleh peneliti, sebesar 15

$Z_{1-\alpha}$ = Standar normal deviasi untuk α dapat dilihat pada table z (1.645).

$Z_{1-\beta}$ = Kekuatan uji yang diinginkan 90 % dengan standar normal deviasi $\beta = 1,28$

Pemilihan sampel dilakukan dengan teknik *accidental sampling* untuk sebelum intervensi yaitu siapapun perawat yang ditemui saat sedang melaksanakan perawatan luka dengan disupervisi oleh kepala ruang akan di observasi. Teknik *purposive sampling* digunakan untuk pengambilan data setelah intervensi, yaitu dipilih perawat yang sama dengan yang diobservasi sebelum intervensi.

Kriteria inklusi sampel yang digunakan adalah luka pascaoperasi dengan kategori luka bedah akut.

4.2.3. Responden

Responden yang berpartisipasi dalam penelitian di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Temanggung adalah seorang kepala ruang bedah dan empat perawat pelaksana. Sedangkan di RSUM Magelang adalah seorang kepala ruang dan lima perawat pelaksana. Perawat pelaksana dipilih berdasar kriteria inklusi pengalaman kerja kurang dari lima tahun.

4.3. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada 10 April sampai 7 Mei 2012 dengan alokasi waktu pelaksanaan kegiatan penelitian ini dapat dilihat dalam jadwal pelaksanaan kegiatan penelitian. Penelitian ini dilaksanakan di ruang perawatan bedah RS PKU Muhammadiyah Temanggung sebagai kelompok intervensi.

Penelitian untuk kelompok kontrol dilakukan di ruang bedah RSUM Magelang dengan pertimbangan untuk menghindari bias dan ke dua rumah sakit memiliki karakteristik permasalahan yang hampir sama yaitu telah menetapkan SOP

perawatan luka dan telah menjalankan kegiatan supervisi tetapi kepatuhan perawat dalam menjalankan SOP berkisar 70-80% (Data primer, hasil wawancara dengan kepala ruang bedah RSUD Kabupaten Magelang).

4.4. Etika Penelitian

Peneliti berupaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan responden melalui serangkaian proses uji kelayakan penelitian, seperti proposal penelitian yang sudah memenuhi ketentuan etika penelitian dengan dilakukannya uji kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lampiran 3).

Penerapan prinsip etik dalam penelitian ini meliputi *self determination*, *privacy* dan *dignity*, *autonomy*, *confidentiality*, dan *protections from discomfort* (Polit, Beck & Hungler 2001). Hak *self determination* artinya setelah mendapatkan semua informasi tentang penelitian, responden memiliki otonomi dan kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian (*autonomy*). Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan (lampiran 4).

Hak *privacy* dan *dignity* artinya responden memiliki hak untuk dihargai. Dalam penelitian ini hak tersebut berwujud tidak menampilkan identitas responden (*anonymous*) serta menjaga kerahasiaan data yang diperoleh (*confidentiality*) dengan cara menggunakan kode reponden. Data yang diperoleh disimpan di file pribadi sebagai arsip dan hanya diakses oleh peneliti sendiri.

Hak untuk mendapatkan prinsip kenyamanan (*protections from discomfort*) juga dilakukan dengan memilih waktu kapan observasi dilakukan. Prinsip keterbukaan dan keadilan (*justice*) dilaksanakan dengan cara menjelaskan prosedur penelitian dan senantiasa memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian. Prinsip berikutnya adalah memaksimalkan hasil agar dapat bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal yang merugikan (*maleficence*). Prinsip penerapan keadilan pada kedua kelompok dilakukan dengan memberikan pelatihan supervisi pada kelompok kontrol setelah seluruh proses penelitian selesai dilakukan.

4.5. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan lembar observasi untuk mengidentifikasi kegiatan supervisi kepala ruang dan kegiatan perawatan luka oleh perawat.

4.5.1. Instrumen Observasi Supervisi Kepala Ruang

Pengumpulan data kegiatan supervisi kepala ruang pada tindakan perawatan luka dilakukan dengan observasi menggunakan *check list* yang disusun dan dikembangkan dari evaluasi kegiatan supervisi dari Keliat dan Akemat (2008) dengan penyesuaian model supervisi yang dikembangkan Proctor (Lynch et al, 2008). Adapun kisi-kisi rancangan instrumen sebagai berikut:

Tabel 4.1.
Kisi-Kisi Instrumen Supervisi Perawatan Luka (Instrumen A)

Komponen	Topik	Kegiatan yang diobservasi	Item	Bobot
Normatif	Assessment & quality	Terdapat jadwal supervisi	1	5
		Jadwal di komunikasikan kepada semua perawat yang akan disupervisi	2	5
		Materi supervisi dipahami oleh supervisor dan staf	3	5
Formatif	Task	Mengkaji kinerja staff melakukan perawatan luka	4	10
	Reflektif practice	Supervisor mengidentifikasi pencapaian staf dalam perawatan luka	5	10
		Mengidentifikasi kinerja yang perlu ditingkatkan	6	10
	Decision	Supervisor member solusi	7	15
		Supervisor menjadi <i>role model</i>	8	15
Restoratif	Support	Menjelaskan rencana tindak lanjut	9	10
		Supervisi terdokumentasi	10	5
		Supervisor memberi <i>reinforcement</i> atas kinerja perawatan luka yang dicapai	11	5
		Terjalin komunikasi konstruktif	12	5

Pembobotan dilakukan dengan memberikan nilai yang berbeda berdasar langkah penting (*critical point*) penampilan supervisor agar diperoleh nilai dalam rentang 100 persen. Sistem penilaian dilakukan dengan memberikan nilai 1 bila dikerjakan dan nilai 0 bila tidak dikerjakan. Total nilai yang didapat bila semua kegiatan dilakukan adalah 100.

4.5.2. Instrumen Observasi Tindakan Perawatan Luka

Pengukuran kualitas tindakan perawatan luka dilakukan menggunakan *check list* berdasar pada standar operasional prosedur perawatan luka yang berlaku di RSU PKU Muhammadiyah temanggung yang penggunaannya ditetapkan berdasar SK Direktur No Dokumen 16/KEP/PROTAP/A-98, tanggal terbit 17 juli 2010. Kisi-kisi komponen yang di observasi adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2.
Kisi-Kisi Instrumen Tindakan Perawatan Luka (Instrumen B)

FASE	KEGIATAN	ITEM	BOBOT
Fase Persiapan	Alat dalam bak instrumen steril: pinset anatomis, Pinset chirurgis, Gunting lurus, Kassa Steril, Com Kecil, Handscoen	1	5
	Alat tambahan: Gunting Plester Plester Alkohol 70% Mercurochrom atau perhidrol Bengkok Obat/Cairan desinfektan Obat luka sesuai order/kebutuhan	2	5
Fase Kerja	Memberitahu pasien	3	5
	Mengatur posisi pasien yang sesuai	4	5
	Memasang sampiran untuk menjaga privasi klien	5	5
	Membuka balutan lama, dan dibuang ke tempatnya	6	5
	Membersihkan luka dengan desinfektan, dilakukan searah dengan cara mulai dari dalam ke bagian luar	7	15
	Kassa kotor dibuang ke tempatnya	8	5
	Pinset yang telah dipakai di letakkan di bengkok	9	5
	Luka diberi obat sesuai yang dibutuhkan	10	5
	Luka ditutup dengan kassa steril dengan pinset yang steril (serat kassa jangan menempel pada luka)	11	10
	Luka di balut atau diplester dengan rapi	12	5
Fase Terminasi	Pasien dirapikan kembali	13	5
	Alat dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula	14	5
	Bekerja cepat	15	5
	Bekerja teratur	16	5
	Melakukan komunikasi yang terapeutik selama kerja	17	5

Pembobotan dilakukan untuk memberikan nilai lebih pada langkah prosedur yang penting (*critical point*). Penilaian dilakukan dengan member nilai 1 setiap kegiatan yang ditampilkan dan 0 untuk kegiatan yang tidak dilakukan kemudian dikalikan bobot. Hasil skor tertinggi bila semua dikerjakan adalah 100.

4.5.3. Uji Coba Instrumen

Instrumen yang telah disusun harus dipastikan validitas dan reliabilitasnya karena validitas suatu hasil pengukuran bergantung pada instrumen yang digunakan, dan jenis informasi yang akan disaring. Validitas berasal dari kata *validity* yang mempunyai arti sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Untuk menguji validitas konstruksi, digunakan pendapat dari ahli. Dalam hal ini setelah instrumen dikonstruksi tentang aspek-aspek yang akan diukur dengan berlandaskan teori yang telah dikumpulkan, maka selanjutnya dikonsultasikan dengan ahli yang berasal dari akademisi dan praktisi. Rancangan lembar observasi dikirim melalui surat elektronik kepada empat ahli (dua akademisi dan dua praktisi). Keempat ahli tersebut memberikan balasan melalui surat elektronik dan menyatakan instrument yang disusun adalah *valid* setelah diberikan revisi sesuai masukan ahli. Beberapa masukan *expert* seperti pada lampiran 5.

4.5.4. Pengumpul Data

Pengumpul data dalam penelitian ini adalah penulis dibantu oleh tenaga pengumpul data dari internal rumah sakit. Tenaga observer dipilih dengan kriteria pendidikan sarjana keperawatan dan memiliki pengalaman melakukan supervisi.

Sebelum uji dilakukan maka terlebih dahulu dilakukan sosialisasi item dan kriteria yang dinilai kepada kedua penilai agar memiliki pemahaman yang sama terhadap alat ukur yang akan di coba. Peneliti dan pengumpul data melakukan observasi supervisi dan perawatan luka kemudian hasil penilaian keduanya di ukur reliabilitasnya menggunakan uji *interrater reliability* dari Kappa. *Interrater reliability* dihitung berdasarkan koefisien kesepakatan antara dua observer dalam sebuah pengamatan bersamaan terhadap tanda yang timbul pada tes. Hubungan yang kuat antara observer menunjukkan keakuratan dan reliabilitas yang tinggi dari instrumen pedoman observasi yang digunakan (Polit, Beck & Hungler 2001). Hasil dari uji *kappa* seperti terlihat dalam table berikut:

Tabel 4.3
Uji Koefisiensi Kappa Pedoman Observasi Antar Observer
Di RS PKU Dan RSUM Magelang, Apil-Mei 2012

Variabel	Kelompok	Nilai Antar Observer	
		Koefisien Kappa*	p
Supervisi	intervensi	0.824	0.004
Perawatan Luka		0.612	0.004
Supervisi	Kontrol	0.625	0.030
Perawatan Luka		0.771	0.001

*) persepsi sama bila nilai koefisien kappa ≥ 0.6

Tabel 4.3 memperlihatkan bahwa pada uji pemahaman instrumen didapatkan nilai koefisien Kappa lebih dari 0.6, yang artinya antara peneliti dengan pengumpul data memiliki kesamaan persepsi terhadap lembar observasi yang akan digunakan. Dengan demikian observer dapat melakukan pengambilan data.

4.6. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

4.6.1. Persiapan Penelitian

Penelitian dilaksanakan setelah mendapatkan ijin dan Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI (lampiran 8) dan Direktur RSU PKU Muhammadiyah Temanggung (lampiran 9). Brockopp dan Tolsma (2000) salah satu bentuk tanggung jawab mendasar bagi peneliti sebelum melakukan penelitian adalah diperlukan surat ijin penelitian. Proses perijinan yang dilakukan adalah pertamanya peneliti penyampaian surat permohonan ijin pelaksanaan penelitian yang dilampiri dengan proposal penelitian, pernyataan lolos uji etik, uji validitas dan reliabilitas (lampiran 7). Setelah surat ijin diterbitkan oleh Rumah Sakit dan disampaikan ke ruangan yang dijadikan tempat penelitian, peneliti menghubungi kepala ruangan masing-masing.

Peneliti mengidentifikasi kesiapan responden penelitian. Peneliti menjelaskan tujuan, manfaat maupun akibat yang ditimbulkan. Setelah diberikan informasi yang jelas kemudian responden menandatangani lembar persetujuan sebagai bentuk *informed consent* (lampiran 2).

4.6.2. Tahap Pre Test

Pengambilan data *pre test* dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut: Kepala ruang diminta melakukan supervisi pada staf yang sedang melakukan

perawatan luka kemudian kepala ruang dinilai berdasarkan pedoman penilaian. Pengamatan supervisi kepala ruang dilakukan selama tiga hari dan diperoleh sebanyak 33 kali kegiatan supervisi perawatan luka. Perawat yang sudah disupervisi di catat, kemudian pada hari berikutnya perawat diamati pada saat melakukan perawatan luka (tanpa supervisi) sebagai data kualitas tindakan perawatan luka *pre* intervensi. Pengamatan tindakan perawatan luka dilakukan selama tiga hari dan diperoleh sebanyak 33 kegiatan perawatan luka.

4.6.3. Intervensi

Pertemuan selanjutnya adalah melakukan pelatihan supervisi. Kepala ruang kelompok intervensi mendapat pelatihan supervisi. Selama kelompok intervensi mendapatkan pelatihan supervisi kelompok kontrol tidak dilakukan tindakan apapun. Model pelatihan yang dipilih adalah metode pendidikan individual (perorangan). Secara teori konsep ini digunakan karena setiap orang memiliki perbedaan dengan penerimaan sebuah perilaku yang akan diajarkan. Beberapa bentuk yang dapat dipakai pada metode ini adalah bimbingan dan penyuluhan dan wawancara. Pelaksanaan pelatihan dilakukan sendiri oleh peneliti dengan modul penelitian yang telah dipersiapkan.

Modul diberikan kepada kepala ruang 2 hari sebelum pelatihan agar dapat dipelajari dan di pahami tentang teori dan pelaksanaan supervisi. Pelatihan dilakukan selama delapan hari dengan perincian pada pertemuan hari pertama memberikan soal *pre-test* untuk mengukur pemahaman supervisi dan didapatkan nilai 40. Tahap berikutnya adalah melakukan diskusi teori supervisi dan diakhiri dengan mengukur pencapaian perubahan kognitif dengan memberikan soal *post test* dan diperoleh nilai 95.

Hari kedua dilakukan simulasi kegiatan supervisi di ruangan secara langsung pada saat kegiatan tindakan perawatan luka dan dilakukan diskusi serta evaluasi sampai kepala ruang kemampuan supervisi yang benar sesuai pedoman. Pendampingan dan bimbingan dilakukan pada hari ke tiga sampai kelima agar kepala ruang betul-betul mampu dan memahami dan melaksanakan model supervisi yang diharapkan.

Kepala ruang diberi waktu selama tiga hari untuk memberikan kesempatan menginternalisasi tindakan supervisi.

Tahapan kegiatan pelatihan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4
Tahapan Pelatihan Supervisi Kepala ruang kelompok intervensi

No	Kegiatan	Hari							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Diskusi teori supervisi	■							
2	Simulasi kegiatan supervisi		■						
3	Pendampingan			■	■	■			
4	Internalisasi						■	■	■

4.6.4. Tahap *Post test*

Kepala ruang diminta melakukan supervisi (sesuai dengan materi supervisi yang telah diajarkan) pada staf yang sedang melakukan perawatan luka kemudian dinilai berdasarkan pedoman penilaian. Pengamatan supervisi kepala ruang dilakukan selama tiga hari dan diperoleh sebanyak 33 kali kegiatan supervisi perawatan luka.

Perawat yang sudah disupervisi di catat, kemudian pada hari berikutnya diamati pada saat melakukan perawatan luka (tanpa supervisi) sebagai data kualitas tindakan perawatan luka *post* intervensi. Pengamatan tindakan perawatan luka dilakukan selama tiga hari dan diperoleh sebanyak 33 kegiatan perawatan luka.

Pengukuran *post test* dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan alat ukur yang sama dan pada perawat yang sama. Waktu pengambilan data *post test* dilakukan selama satu minggu dengan pemilihan waktu selang-seling untuk menghindari bias dan subyektifitas.

4.7. Pengolahan Data

Hastono (2007) memaparkan bahwa pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang peneliti harus lalui yaitu:

4.7.1. Editing

Peneliti melakukan editing untuk memeriksa ulang *check list* yang telah diisi oleh observer, untuk menghindari kesalahan data yang akan diolah. Penulisan *check list* yang tidak jelas di mintakan klarifikasi pada pengumpul data.

4.7.2. Coding

Peneliti memberi kode pada setiap lembar *check list* responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah diedit data kemudian diberi kode. Data supervisi dan perawatan luka di RS PKU diberi nama masing-masing SupPKU dan WatlukaPKU dengan kode 0 (nol) untuk data *pre* dan kode 1 (satu) untuk data *post*. Demikian pula untuk data supervisi dan perawatan luka di RSUM Magelang diberi nama masing-masing SupMTL dan WatlukaMTL dengan kode 0 (nol) untuk data *pre* dan kode 1 (satu) untuk data *post*.

4.7.3. Processing

Setelah semua kuesioner terisi penuh serta sudah melewati pengkodean maka langkah peneliti selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. *Entry*, pengolahan dan analisis data penulis lakukan dengan menggunakan *soft ware* dari komputer.

4.7.4. Cleaning

Suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke komputer. Setelah data didapat kemudian dilakukan pengecekan kembali, setelah dipastikan data tidak ada yang salah selanjutnya data dianalisis.

4.8. Analisis Data

4.8.1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel – variabel yang ada secara deskriptif sesuai dengan jenis data. Analisis univariat dilakukan pada data item-item tindakan yang diobservasi baik pada kegiatan supervisi maupun penampilan tindakan perawatan luka.

4.8.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada jenis data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007).

Tabel 4.5
Analisis Perbedaan Kualitas Supervisi dan Tindakan Perawatan luka Sebelum dan Sesudah Pelatihan Supervisi pada Kelompok Intervensi dan kelompok kontrol

Kelompok	Data <i>pre</i>	Data <i>post</i>	Cara Analisis
Intervensi	Supervisi	Supervisi	<i>Uji Wilcoxon</i>
	Perawatan Luka	Perawatan Luka	
Kontrol	Supervisi	Supervisi	
	Perawatan Luka	Perawatan Luka	

Tabel 4.6
Analisis Perbedaan Kualitas Tindakan Perawatan Luka antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan sesudah Kelompok Intervensi Mendapat Pelatihan Supervisi

Variabel	Intervensi	Kontrol	Cara Analisis
Supervisi	<i>pre</i>	<i>pre</i>	<i>Uji Mann- Withney</i>
	<i>post</i>	<i>post</i>	
Perawatan Luka	<i>pre</i>	<i>pre</i>	
	<i>post</i>	<i>post</i>	

Tabel 4.7
Analisis Pengaruh Supervisi Kepala Ruang terhadap Tindakan Perawatan Luka pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan setelah Kelompok Intervensi Mendapat Pelatihan Supervisi

Kelompok	Supervisi	Perawatan Luka	Cara Analisis
Intervensi	<i>pre</i>	<i>pre</i>	<i>Korelasi Spearman</i>
	<i>post</i>	<i>post</i>	
Kontrol	<i>pre</i>	<i>pre</i>	
	<i>post</i>	<i>post</i>	

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada 10 April sampai 7 Mei 2012 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Temanggung dengan kelompok kontrol di RSUM Magelang Kabupaten Magelang. Jumlah sampel setiap rumah sakit sebanyak 33 kegiatan supervisi dan 33 kegiatan perawatan luka.

5.1. Karakteristik Responden

Kepala ruang perawatan bedah RS PKU Muhammadiyah Temanggung adalah lulusan diploma tiga keperawatan dengan masa kerja sebagai perawat pelaksana selama lima tahun dan dua tahun sebagai kepala ruang. Empat perawat pelaksana semuanya memiliki latar belakang pendidikan diploma tiga keperawatan dengan pengalaman kerja masing masing kurang dari lima tahun.

Kepala ruang bedah RSUM Magelang adalah lulusan sarjana keperawatan sejak 2010 dan telah memiliki pengalaman kerja selama 32 tahun dan pernah menjadi kepala ruang kamar operasi selama tiga tahun dan kepala ruang bedah selama empat tahun sampai saat ini. Empat perawat pelaksana semua memiliki latar belakang diploma tiga keperawatan dengan masing masing memiliki pengalaman kerja kurang dari lima tahun.

5.2. Kualitas supervisi kepala ruang dan tindakan perawatan luka sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan supervisi.

Kualitas supervisi dan tindakan perawatan luka pada kelompok intervensi maupun kontrol baik *pre* maupun *post* didapatkan bahwa data terdistribusi tidak normal, sehingga batas penentuan kategori dipergunakan nilai median. Berikut hasil analisis variabel supervisi dan tindakan perawatan luka dapat dilihat pada tabel 5.1:

Tabel 5.1
Kualitas Supervisi dan Tindakan Perawatan Luka Di RS PKU Muhammadiyah Temanggung dan RSUM Magelang, April-Mei 2012

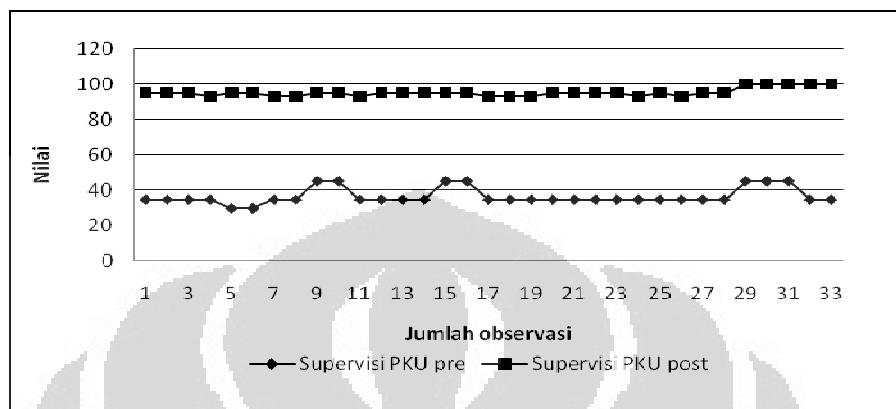
	Intervensi (33)			Kontrol (33)		
	Median	SD	Min-Maks	Median	SD	Min-Maks
Supervisi						
Pre	35	4.48	30-45	65	2.99	60-72
post	95	2.55	88-100	65	3.38	60-72
Perawatan Luka						
Pre	70	6.32	57.5-72.5	80	3.54	78-90
post	90	3.92	80-90	78	2.7	78-88

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa nilai supervisi dari kelompok intervensi (RS PKU Muhammadiyah Temanggung) sebelum perlakuan adalah 35% dari nilai total supervisi, sedangkan setelah intervensi nilainya mengalami kenaikan menjadi 95%. Gambaran kualitas supervisi terjadi karena supervisor tidak menyusun jadwal, materi tidak disampaikan kepada staf, interaksi tidak konstruktif, tidak ada fungsi membimbing, tidak berperan menjadi role model, dan tidak terdokumentasi. Kondisi ini berbeda dengan kelompok kontrol (RSUM Magelang) dimana pada pengamatan pertama dan kedua tidak mengalami perubahan nilai supervisi (65%). Beberapa yang sering tidak dilaksanakan adalah menyusun jadwal dan menyampaikan materi supervisi, tidak ada dokumentasi, tidak ada rencana tindak lanjut dan dokumentasi.

Tabel 5.1 juga memperlihatkan kualitas tindakan perawatan luka pada kelompok intervensi sebelum perlakuan adalah 70% dari nilai total tindakan perawatan luka, sedangkan setelah perlakuan menjadi 90%. Kondisi ini juga berbeda dengan kelompok kontrol di mana pengamatan pertama adalah 80% dari nilai total, sedangkan pengamatan kedua menurun menjadi 78%. Beberapa kegiatan yang sering tidak dilakukan sesuai SOP adalah penggunaan sarung tangan yang tidak steril, teknik desinfeksi yang tidak tepat, dan kurang menjaga privasi pasien.

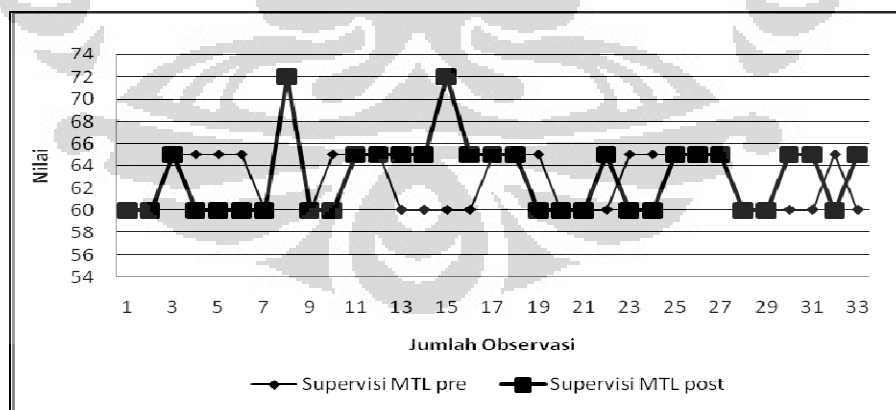
Gambaran kualitas supervisi dan tindakan perawatan luka sebelum dan setelah pelatihan tergambar secara jelas perubahannya pada grafik 5.1 dan 5.2 berikut:

Grafik 5.1.
Kualitas supervisi kepala ruang sebelum dan setelah pelatihan
di RS PKU Muhammadiyah Temanggung, April-Mei 2012



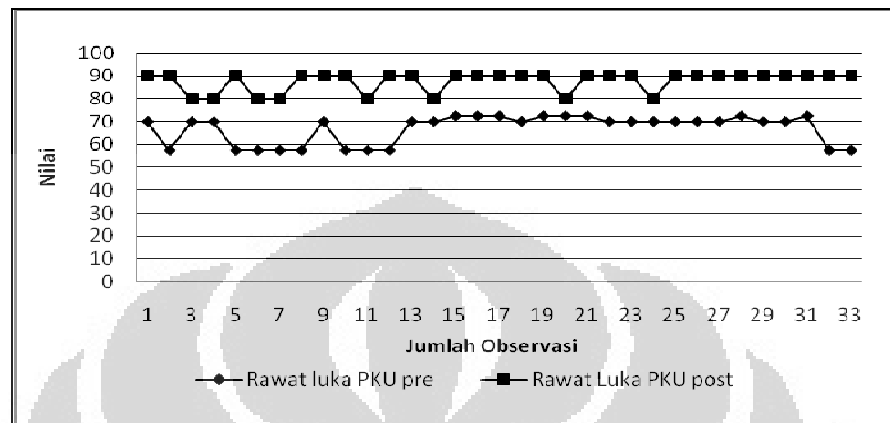
Grafik 5.1 menunjukkan perubahan kualitas supervisi kepala ruang menjadi lebih baik setelah diberi pelatihan supervisi. Berbeda dengan kualitas supervisi di RSUM Magelang cenderung tidak mengalami perbaikan sebagaimana terlihat pada grafik 5.2 berikut:

Grafik 5.2.
Kualitas supervisi kepala ruang sebelum dan setelah pelatihan
di RSUM Magelang, April-Mei 2012



Grafik 5.2. memperlihatkan kualitas supervisi di RSUM Magelang cenderung tidak mengalami perubahan antara sebelum dan setelah kelompok intervensi mendapatkan pelatihan supervisi.

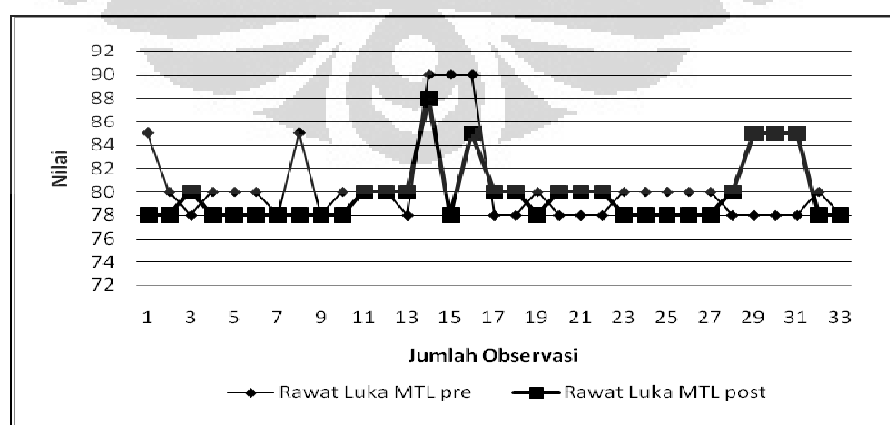
Grafik 5.3.
Kualitas tindakan perawatan luka sebelum dan setelah pelatihan
di RS PKU Muhammadiyah Temanggung, April-Mei 2012



Grafik 5.3. menunjukkan setelah kepala ruang diberikan pelatihan supervisi memperlihatkan perubahan kualitas tindakan perawatan luka kearah yang lebih baik.

Kualitas tindakan perawatan luka RSUM Magelang tidak memperlihatkan adanya perubahan setelah kelompok intervensi mendapat pelatihan. Hal ini dapat dilihat pada grafik 5.4 berikut:

Grafik 5.4
Kualitas tindakan perawatan luka sebelum dan setelah pelatihan
di RSUM Magelang, April-Mei 2012



Grafik 5.4. menunjukkan kualitas tindakan perawatan luka cenderung tidak mengalami perubahan pada antara sebelum dan setelah kelompok intervensi mendapat pelatihan.

5.3. Perbedaan kualitas supervisi dan tindakan perawatan luka sebelum dan setelah dilakukan pelatihan

Berikut hasil analisis variabel tersebut:

Tabel 5.2
Perbedaan Supervisi dan Tindakan Perawatan Luka sebelum dan sesudah perlakuan di RS PKU Muhammadiyah Temanggung dan RSUD Magelang, April-Mei 2012

	Intervensi (33)			Kontrol (33)		
	Median	Selisih Median	p	Median	Selisih Median	p
Supervisi						
pre	35	60	0.001*	65	0	0.819
post	95			65		
Perawatan Luka						
pre	70	20	0.001*	80	2	0.337
post	90			78		

*) bermakna pada $\alpha=0.05$

Tabel 5.2 memperlihatkan bahwa nilai supervisi kelompok intervensi menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara supervisi yang dilakukan sebelum dengan setelah kepala ruang mendapatkan pelatihan supervisi di mana setelah mendapatkan pelatihan, kepala ruang melaksanakan supervisi lebih baik dengan selisih median 60 ($p=0.005$; $\alpha=0.05$). Tabel 5.2 juga memperlihatkan nilai tindakan perawatan luka pada kelompok intervensi dimana perbedaan yang bermakna antara sebelum dengan setelah dilakukan supervisi oleh kepala ruang yang mendapatkan pelatihan dengan selisih nilai *median* sebesar 20 poin ($p=0.005$; $\alpha=0.05$).

Pada kelompok kontrol sebagaimana Tabel 5.2 menunjukkan tidak terdapat perbedaan antara supervisi yang dilakukan sebelum dengan setelah kepala ruang pada kelompok intervensi mendapatkan pelatihan supervisi ($p=0.818$; $\alpha=0.05$). Kualitas tindakan perawatan luka kelompok kontrol juga menunjukkan tidak

adanya perbedaan antara tindakan perawatan luka pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan pelatihan supervisi ($p=0.337$; $\alpha=0.05$).

5.4. Perbedaan supervisi dan tindakan perawatan luka antara kelompok intervensi dan kontrol, sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat perlakuan.

Tabel 5.3
Perbedaan Supervisi Dan Tindakan Perawatan Luka
Di RS PKU Muhammadiyah Temanggung dan RSUD Magelang
Sebelum Dan Sesudah Kelompok Intervensi Mendapat Perlakuan,
April-Mei 2012

Variabel	Median		Selisih Median	P
	Intervensi (n=33)	Kontrol n=33)		
Supervisi				
Sebelum	35	65	30	0,001*
Sesudah	95	65	30	0,001*
Perawatan Luka				
Sebelum	70	80	10	0,001*
Sesudah	90	78	12	0,001*

*) bermakna pada $\alpha=0.05$

Tabel 5.3 menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna pada kegiatan supervisi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat perlakuan ($p=0.001$; $\alpha=0.05$). Data memperlihatkan bahwa nilai tengah supervisi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan masing masing 35 dan 65 (selisih *median* 30). Kondisi kualitas supervisi kedua kelompok memperlihatkan tidak setara, dimana kelompok kontrol menunjukkan kualitas supervisi yang lebih baik.

Perbedaan kualitas supervisi secara bermakna juga ditunjukkan pada kelompok kedua kelompok sesudah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan masing masing menunjukkan nilai tengah 95 dan 65 dengan selisih *median* 30 ($p=0.001$; $\alpha=0.05$). Hal ini menunjukkan bahwa walaupun dari kondisi awal kualitas supervisi di RSUD Magelang lebih baik namun setelah intervensi supervisi di RS PKU meningkat melebihi kondisi di RSUD Magelang.

Kualitas tindakan perawatan luka pada kedua kelompok sebelum intervensi menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna pada kegiatan tindakan perawatan luka sebelum kelompok intervensi mendapat perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan selisih *median* 10 ($p=0.001$; $\alpha=0.05$). Sedangkan kualitas tindakan perawatan luka pada kedua kelompok menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna dengan selisih *median* 12 ($p=0.001$; $\alpha=0.05$).

Kualitas tindakan perawatan luka pada kedua kelompok juga menunjukkan kondisi yang tidak setara. Kualitas tindakan perawatan luka di RSUD Magelang memperlihatkan kondisi yang lebih baik pada pengambilan data pertama, namun setelah perlakuan kualitas tindakan perawatan luka di RS PKU Muhammadiyah Temanggung meningkat melebihi kualitas di RSUD Magelang.

5.5. Pengaruh Supervisi Kepala ruang terhadap Tindakan Perawatan Luka sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat perlakuan.

Tabel 5.4
Pengaruh Supervisi Kepala Ruang Terhadap Tindakan Perawatan Luka Di RS PKU Muhammadiyah Temanggung Dan RSUD Magelang Sebelum Dan Sesudah Mendapat Perlakuan, April-Mei 2012

	Perawatan Luka			
	<i>pre</i>		<i>post</i>	
	r	p	r	p
Supervisi Kepala Ruang				
Intervensi (n=33)	0.346	0.049*	0.613	0.005*
Kontrol (n=33)	0.325	0.065	0.316	0.074

*) bermakna pada $\alpha=0.05$

Tabel 5.4 memperlihatkan bahwa pada kelompok intervensi pada pengambilan data pertama menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan antara supervisi dengan perawatan luka dan memiliki pola pengaruh positif dengan tingkat kekuatan sedang ($p=0.049$; $r=0.346$; $\alpha=0.05$). Sedangkan pada pengambilan data kedua menunjukkan adanya peningkatan kekuatan pengaruh secara signifikan yang kuat antara supervisi dengan tindakan perawatan luka dengan pola hubungan positif ($p=0.001$; $r=0.613$; $\alpha=0.05$).

Tabel 5.4 juga menunjukkan pada kelompok kontrol (RSUM Magelang) pengambilan data pertama maupun kedua menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara supervisi dengan perawatan luka (p^1 : $p^2=0.074$; $\alpha=0.05$).

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan hasil dan pembahasan pada kedua variabel yang diteliti. Diskusi dilakukan untuk membahas perbedaan supervisi dan tindakan perawatan luka sebelum dan sesudah perlakuan, pengaruh supervisi terhadap tindakan perawatan luka sebelum dan setelah perlakuan. Keterbatasan penelitian dijelaskan setelah interpretasi dan diskusi hasil penelitian dan ditutup dengan implikasi atas hasil yang didapatkan dalam penelitian ini.

6.1. Interpretasi dan Diskusi

6.1.1. Kualitas Supervisi Kepala Ruang Sebelum dan Setelah Mendapatkan Pelatihan Supervisi.

Penelitian ini memberi informasi bahwa kegiatan supervisi di RS PKU Muhammadiyah Temanggung belum dilaksanakan dengan baik, dengan kualitas pencapaian hanya sekitar 35% dibandingkan nilai total. Kondisi demikian terjadi karena kepala ruang tidak memahami fungsi supervisi bagi peningkatan kualitas tindakan perawatan luka. Hal tersebut dibuktikan dengan supervisi yang dilakukan tidak terprogram, tidak terjadwal dan materi supervisi tidak disampaikan kepada staf. Supervisi yang dilakukan di RS PKU Temanggung belum dapat berperan sebagai fungsi *normative*. Kepala ruang juga tidak berperan sebagai *role model* dan memberi solusi bagi penyelesaian masalah bawahan dalam perawatan luka apalagi kemudian memberikan rencana tindak lanjut sebagai proses perbaikan yang harus dilakukan (Proctor dalam Lynch et al, 2008)

Supervisi yang dijalankan pada akhirnya sekedar melihat, menanyakan ada permasalahan atau tidak dan berakhir tanpa ada diskusi untuk perbaikan. Hal ini

menunjukkan bahwa kegiatan supervisi di RS PKU belum berfungsi optimal sebagai bagian dari fungsi pengarahan seorang manajer. Menurut peneliti, supervisi di RS PKU Muhammadiyah Temanggung belum dapat mencapai kualitas yang baik karena pemahaman kepala ruang tentang supervisi belum baik yang disebabkan karena selama ini belum pernah dilakukan pelatihan supervisi bagi kepala ruang. Hasil penilaian evaluasi sebelum pelatihan dilaksanakan (*pre-test*) materi supervisi hanya memperoleh nilai 40.

Menurut penulis latar belakang pendidikan dan pengalaman juga dapat menjadi penyebab kemampuan supervisor menjadi belum optimal. Hal ini diperlihatkan dari perbedaan kualitas supervisi antara kedua rumah sakit. Supervisor di RS PKU memiliki latar belakang pendidikan diploma tiga, memiliki masa kerja tujuh tahun dengan dua tahun menjadi kepala ruang. Berbeda halnya dengan kepala ruang di RSUM Magelang memiliki pengalaman menjadi kepala ruang selama lima tahun, sudah bekerja selama 32 tahun dan berpendidikan sarjana keperawatan. Justifikasi ini dapat dipahami karena pendidikan memberikan tambahan informasi dan meningkatkan kapasitas individu untuk mendukung kinerja dalam tugasnya, walaupun kesimpulan ini berbeda pada penelitian Syaifulloh (2009) yang menyebutkan bahwa pendidikan tidak berhubungan dengan kinerja.

Pelatihan supervisi klinik bagi kepala ruang di kedua rumah sakit tidak pernah di programkan dan menjadi persyaratan bagi pengangkatan kepala ruang. Hal ini berakibat pada kualitas kepala ruang belum bisa berperan sebagai seorang supervisor yang baik. Severinsson et al (2006) menyebutkan seorang supervisor yang baik memiliki tiga karakteristik dimensi yaitu keingintahuan, pengetahuan dan keberanian. Tiga karakteristik tersebut karakter pengetahuan seorang supervisor memiliki peran penting. Pengetahuan tentang teknik, cara dan fungsi supervisi akan menjadikan seorang kepala ruang memahami fungsi supervisi yang sebenarnya. Selama ini supervisi dipahami sebagai “pengawasan” yang harus dilakukan diam-diam dan spontanitas untuk dapat “menangkap” perilaku kurang baik dari staf.

Penampilan kepala ruang pada saat supervisi juga menunjukkan bahwa supervisi yang dilakukan tidak efektif, sebagai mana Kilminster (2007) supervisi dilakukan

dengan kaku, tidak ada empati, tidak memberi dukungan, tidak membimbing, kadang dilakukan secara tidak terjadwal adalah beberapa contoh supervisi yang tidak efektif. Kondisi demikian mengakibatkan seorang kepala ruang belum dapat mengambil peran yang tepat sebagai seorang supervisor. Hal tersebut sesuai penelitian William, Irvine & Fiona (2003) yang mengungkapkan bahwa kesenjangan dalam struktur peran supervisor klinis dapat menghambat pelaksanaan supervisi yang baik. Kilminster et al (2007) juga menyebutkan bahwa supervisi yang efektif adalah melakukan observasi dan memberikan umpan balik atau refleksi, membimbing, mencari alternatif pemecahan masalah, memberi motivasi, menyediakan informasi, dan mengatur pelayanan. Jadi supervisi bukan berfungsi untuk menilai kemampuan staf tetapi lebih pada upaya memastikan bahwa staf memiliki kemampuan sesuai yang diharapkan.

Pelatihan supervisi kepala ruang memberikan perubahan yang baik. Hal ini ditunjukkan dengan adanya perubahan pengetahuan kepala ruang setelah pelatihan memperoleh nilai evaluasi (*post-test*) dengan nilai sempurna (100). Median kualitas supervisi kepala ruang pada tindakan perawatan luka di RS PKU Temanggung juga mengalami perubahan yang cukup besar. Peningkatan kualitas dari 35% menjadi 95% dibanding standar menunjukkan bahwa kualitas supervisi yang ditunjukkan kepala ruang meningkat cukup tinggi sebesar 60% dibandingkan dengan perubahan pada kelompok kontrol yang cenderung tetap tanpa ada perubahan, walaupun kualitas supervisi pada kelompok kontrol didapatkan nilai lebih baik yaitu 65%. Hal ini menunjukkan bahwa pelatihan supervisi menjadi bagian penting untuk meningkatkan kualitas kepala ruang menjadi supervisor yang baik. Kesimpulan ini mendukung penelitian Syaifulloh (2009) tentang kepala ruang yang diberi pelatihan supervisi terbukti meningkatkan kemampuan dalam melakukan kegiatan supervisi.

Notoatmojo (2009) menyebut pentingnya pelatihan bagi suatu organisasi adalah untuk memenuhi kemampuan dan fungsi manajer pada jabatan tertentu agar mampu menjalankan fungsinya dengan baik. Kemampuan supervisi bagi kepala ruang perlu dikembangkan melalui pelatihan supervisi. Kemampuan supervisor dalam melaksanakan supervisi menurut An Bord Altranais (2003) dalam Pitman

(2011) dan Cutcliffe, Butterworth dan Proctor (2001) adalah menyediakan pelayanan yang berkualitas, karena supervisi berperan dalam memberikan dukungan, penjaminan mutu asuhan, manajemen resiko, dan mengatur penampilan.

Kualitas supervisi di RS PKU Muhammadiyah Temanggung terlihat meningkat setelah kepala ruang mendapat pelatihan supervisi. Supervisi yang sebelumnya dilakukan sambil mengerjakan pekerjaan lain, sekarang telah menjadi bagian dari fungsi pengarahan yang baik. Kepala ruang mampu berperan sebagai supervisor melalui kegiatan supervisi berupa observasi, menilai kemampuan, memberikan umpan balik dan membuat rencana tindak lanjut terhadap kemampuan staf. Setelah dilakukan pelatihan supervisi kepala ruang menjadi memahami fungsi dan teknik supervisi yang lebih baik walaupun dalam penerapannya belum dapat secara kontinyu menampilkan performa supervisi yang sempurna secara terus menerus.

Pelatihan diyakini memang bukan satu-satunya cara yang ampuh untuk merubah *performance* seseorang. Penampilan kepala ruang dipengaruhi oleh beberapa hal selain oleh intervensi berupa pelatihan. Notoatmojo (2009) menyebut dengan akronim “ACHIEVE” yang diuraikan menjadi: *Ability* suatu kemampuan personal yang dapat dikembangkan (salah satunya melalui pelatihan), *Capacity* merupakan kemampuan yang sudah ditentukan/terbatas, *Help* yaitu bantuan untuk terwujudnya penampilan, *Incentive* atau penghargaan baik material maupun non material, *Validity* adalah pedoman uraian tugas, dan *Evaluation* yaitu adanya umpan balik hasil kerja. Jadi fluktuasi penampilan supervisi kepala ruang dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam maupun dari luar individu itu sendiri.

6.1.2. Kualitas Tindakan Perawatan Luka Sebelum Dan Setelah Kepala Ruang Mendapatkan Pelatihan.

Kualitas tindakan perawatan luka di RS PKU sebelum kepala ruang dilatih supervisi adalah 70% dari nilai total. Beberapa kegiatan perawatan luka menunjukkan bahwa sebagian besar tidak menggunakan sarung tangan steril dan

peralatan yang steril. Padahal dilihat dari kecukupan alat menunjukkan tidak ada kendala.

Pada teknis pelaksanaan juga ada beberapa langkah yang tidak dilaksanakan sesuai SOP diantaranya desinfeksi luka yang semestinya dilakukan mulai dari bagian tengah menuju ke tepi atau dilakukan satu arah tetapi terlihat masih ditemukan desinfeksi yang salah. Kondisi yang hampir sama juga ditunjukkan pada pelaksanaan perawatan luka di RSUD Magelang, tetapi data pengukuran kualitas tindakan perawatan luka pertama memperlihatkan kualitas yang sedikit lebih baik di banding di RS PKU (selisih median 10). Analisis juga menunjukkan bahwa data pengukuran pertama di kedua kelompok menunjukkan ketidaksetaraan. Hal ini bisa terjadi karena antara kedua kelompok memiliki karakteristik yang tidak sama dalam pengalaman kerja, dimana tiga dari lima responden di RS Muntilan memiliki pengalaman antara 5-10 tahun dan pengaruh kualitas supervisi kepala ruang yang sedikit lebih baik.

Kualitas tindakan perawatan luka yang demikian tentu membawa dampak pada resiko meningkatnya angka kejadian infeksi pascabedah yang berakibat menambah lama waktu perawatan. Haidee dan Mirza (2007) menyebutkan Kejadian infeksi menyebabkan *length of stay* (LOS), *mortalitas* dan *healthcare cost* meningkat. Lestari (2010) juga menyebutkan pada akhirnya pasien yang akan menanggung kerugian dari kualitas pelayanan yang tidak baik tersebut. Kepala ruang sebagai manajer tingkat pertama mestinya bertanggung jawab menjalankan fungsi penjaminan mutu melalui supervisi kemudian melakukan fungsi kontrol dengan menilai kinerja staf untuk menjamin asuhan keperawatan yang diberikan sesuai harapan pasien dan sesuai standar yang ditetapkan.

SOP yang ditetapkan penggunaannya oleh SK Direktur No Dokumen 16/KEP/PROTAP/A-98, tanggal terbit 17 juli 2010 telah disosialisasikan penggunaannya kepada seluruh perawat namun dalam implementasi selama dua tahun belum pernah dievaluasi. Dilihat dari aspek sistem kendali mutu, RS PKU Muhammadiyah Temanggung telah menerapkan proses kendali mutu melalui penentuan SOP tersebut sebagai standar mutu, tetapi belum dilanjutkan dengan melakukan pengukuran kinerja dengan membandingkan penampilan dengan

standar yang telah ditetapkan tersebut. Prakteknya bila ditemukan kesenjangan antara standar dan penampilan kemudian diberikan tindakan koreksi untuk memperbaiki kekurangan (Wijono,2000).

Mengingat di RS PKU baru menetapkan standar dan belum melakukan penilaian kinerja maka perbaikan dan umpan balik belum dapat dilaksanakan. Pada akhirnya SOP hanya menjadi pelengkap secara administratif dan belum diterapkan pada tatanan praktis.

Kualitas Tindakan perawatan luka setelah kepala ruang dilatih supervisi menunjukkan peningkatan 20 % dari sebelumnya menjadi 90% dibanding nilai total sesudah kepala ruang dilatih supervisi. Perbedaan ditunjukkan pada kelompok kontrol yang menunjukkan tidak adanya peningkatan kualitas dan justru cenderung menurun dari 80% menjadi 78% dibanding standar yang dibuat. Hal ini menunjukkan bahwa supervisi yang dilakukan dengan baik berkontribusi untuk meningkatkan penampilan perawat pada kegiatan perawatan luka. Sebaliknya gambaran di RSUM Magelang yang tanpa adanya supervisi yang baik dapat menurunkan kualitas tindakan perawatan luka. Hal ini memperkuat penelitian Saljan (2005) tentang pengaruh pelatihan supervisi terhadap kinerja dengan hasil terdapat pengaruh yang signifikan antara pelatihan supervisi dengan peningkatan kinerja perawat pelaksana dan penelitian Syaifulloh (2009) yang juga memperlihatkan supervisi kepala ruang meningkatkan kinerja, walaupun ukuran kinerja hanya dilihat dari kualitas pendokumentasian tindakan keperawatan.

Faktor lain menurut peneliti juga ikut mempengaruhi kualitas tindakan perawatan luka. Hal ini ditunjukkan dari kegiatan perawatan luka belum meningkat maksimal setelah dilakukan supervisi. Kondisi yang terjadi pada dua rumah sakit dimungkinkan oleh adanya perbedaan karakteristik tenaga perawat yang ada dan kebijakan organisasi. Wiyono (2000) dan Keliat & Akemat (2008) menyebutkan bahwa kualitas tindakan keperawatan dipengaruhi oleh karakteristik sumberdaya manusia, peralatan, kebijakan organisasi dan lingkungan serta adanya SOP.

Kegiatan supervisi juga menjadi upaya perawat untuk meningkatkan kemampuan sehingga apa yang dilakukan merupakan pelayanan yang baik di satu sisi perawat

menjadi lebih bertanggungjawab terhadap keselamatan dan kepuasan pasien. Royal College of Nursing (2007) menyebutkan bahwa supervisi klinik menjadi kerangka dari akuntabilitas dan responsibilitas seorang perawat dalam melaksanakan tindakan keparawatan. Jadi Supervisi yang dilakukan dengan benar akan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Hal ini mendukung penelitian Reid-Searl et al (2009) yang dilakukan dengan metode *grounded theory* yang menyimpulkan bahwa dibutuhkan supervisi langsung untuk mencegah resiko terjadinya kejadian tidak diharapkan.

Supervisi yang dilakukan dengan benar merupakan bentuk dukungan dari lingkungan untuk meningkatkan kualitas kerja bagi perawat. Penelitian supervisi pada grup perawat manajer menyimpulkan bahwa supervisi bisa dipergunakan perawat senior sebagai sarana pendekatan bagi staf untuk mengurangi stres dan kejenuhan serta berbagi pengalaman pada perawat pelaksana (Cross, Moore, & Ockerby, 2010). Penelitian yang berbeda dengan responden perawat pelaksana untuk menilai seberapa penting supervisi juga memperlihatkan bahwa supervisi sangat dibutuhkan untuk meningkatkan penampilan kerja mereka (Dawson, Phillips, & Leggat, 2012).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa supervisi yang baik terbukti memiliki fungsi sebagai penjaminan kualitas asuhan keperawatan (*quality assurance*). Dengan demikian kemampuan manajer keperawatan dalam hal ini kepala ruang, dituntut mampu menjalankan fungsi pengarahan bagi seorang manajer melalui kegiatan supervisi untuk penjaminan kualitas asuhan keperawatan. Kemampuan kepala ruang untuk dapat melakukan supervisi yang baik dapat diperoleh melalui kegiatan pelatihan dan bimbingan.

6.1.3. Perbedaan Kualitas Supervisi Sebelum dan Setelah Dilakukan Pelatihan.

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara supervisi yang dilakukan sebelum dan sesudah mendapat pelatihan supervisi. Setelah pelatihan supervisor mampu menjalankan kegiatan supervisi dengan baik melalui kegiatan observasi, diskusi, umpan balik, bermain peran, membimbing, dan mendemonstrasikan tindakan yang menjadi topik kegiatan supervisi. Supervisor

telah berperan menjadi *leader* dalam merubah pengetahuan, sikap, dan perilaku staf melalui diskusi untuk membahas langkah-langkah tindakan yang belum tepat. Kualitas supervisi setelah dilakukan pelatihan menjadi baik dengan terlihatnya kemampuan supervisor dalam melakukan refleksi dan memberikan umpan balik kepada staf, hal ini sesuai dengan Binseil et al (2008).

Penelitian ini menunjukkan bahwa pelatihan memiliki peran strategis dalam merubah pengetahuan, sikap maupun perilaku. Supervisi yang dilakukan kepala ruang setelah pelatihan telah menjadi bagian fungsi pengarahan seorang manajer. Supervisi yang semula dilakukan diam-diam setelah dilatih supervisi dilakukan dengan jadwal yang diketahui bersama antara kepala ruang dan staf sehingga supervisi dilakukan sebagai upaya memberikan bimbingan, hal ini sesuai dengan teori yang dikembangkan Proctor (Lynch et al, 2008).

Pelatihan supervisi bagi manajer keperawatan khususnya kepala ruang menjadi penting agar kepala ruang mampu menjalankan fungsi pengarahan untuk menjamin kualitas asuhan keperawatan. Penelitian sebelumnya dengan pendekatan fenomenologis menyimpulkan bahwa dukungan manajerial rumahsakit terhadap adanya pelatihan supervisi dapat membantu perawat dalam menjalankan peran sebagai supervisor yang benar (Williams & Irvine, 2009).

Pelatihan telah dipercaya meningkatkan kualitas kepala ruang untuk menjadi supervisor yang baik. Kepala ruang memerlukan kompetensi yang cukup untuk membantu staf saat menjalankan fungsi sebagai supervisor. Dua hal tersebut adalah profesionalitas dan sikap pribadi. Sikap profesional memberi kesadaran supervisor akan pentingnya menciptakan lingkungan belajar yang aman dan memfasilitasi refleksi. Pada sikap pribadi menggambarkan perilaku supervisor perawat ketika berpartisipasi melalui pengalaman yang diperoleh selama ini (Arvidsson & Fridlund, 2005).

Penelitian pada manajer tingkat pertama dengan metode kualitatif menunjukkan bahwa peran supervisi memberi efek positif dalam jangka panjang pada kepemimpinan dan ketrampilan komunikasi keinginan untuk pengembangan diri, pengetahuan diri dan *coping*. Para manajer percaya bahwa dalam jangka

panjang, supervisi klinis akan memberikan mereka perspektif yang lebih luas pada pekerjaan dan mereka akan meningkatkan penggunaan supervisi klinis sebagai tindakan untuk memberi dukungan antara rekan kerja. (Hyrkas, Appelqvist-Schmidlechner, & Kivimaki, 2005). Pentingnya dukungan atasan terhadap beberapa program yang akan dijalankan agar dapat berjalan dengan baik (Eriksson & Fagerberg, 2008).

Hasil penelitian ini juga memperlihatkan bahwa peningkatan kualitas supervisi kepala ruang belum dapat secara konstan ditampilkan oleh kepala ruang pada saat melakukan supervisi pada perawatan luka. Hal ini dapat dipengaruhi oleh singkatnya waktu pelatihan, dimana dalam teori perubahan perilaku dibutuhkan waktu yang relatif lama bagi seseorang untuk mengadopsi sebuah perilaku baru. Karakteristik kepala ruang, dimana masih berpendidikan diploma tiga dan pengalaman kerja baru dua tahun juga dapat turut serta mempengaruhi proses perubahan perilaku yang terjadi. Penelitian Daryani (2008) menyebut usia dan tingkat pendidikan dan pengalaman kerja mempengaruhi kinerja seorang perawat.

6.1.4. Perbedaan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Sebelum Dan Setelah Kepala Ruang Mendapat Pelatihan Supervisi.

Penelitian ini membuktikan bahwa kualitas tindakan perawatan luka sebelum dan setelah disupervisi oleh kepala ruang yang dilatih supervisi memiliki perbedaan yang bermakna. Perbedaan ini dapat disebabkan oleh karena staf pelaksana perawatan luka menyadari, memahami dan mentaati pedoman SOP yang ada. Kesadaran akan pentingnya mengikuti SOP harus dibangun melalui proses pemberian dukungan, mendiskusikan beberapa langkah yang tidak dilaksanakan. Supervisi bukan mengawasi, tetapi supervisi adalah proses formal dengan cara memberi dukungan pada staf dalam upaya menyadarkan dirinya untuk tumbuh dan berkembang dalam lingkungan professional (Lynch et al, 2008).

Hasil penelitian ini memperkuat penelitian Syaifulloh (2009) yang menyebutkan bahwa kinerja perawat meningkat setelah disupervisi oleh kepala ruang yang dilatih dan dibimbing supervisi. Pengukuran kinerja pada penelitian tersebut dilakukan dengan menilai dokumentasi keperawatan yang ditulis oleh perawat,

sedang pada penelitian ini dampak dari kegiatan supervisi dilihat pada kualitas tindakan perawatan luka oleh staf melalui observasi.

Supervisi yang benar akan meningkatkan kenyamanan diri sehingga staf dapat melaksanakan kegiatan perawatan luka dengan dukungan dan bimbingan kepala ruang. Senada dengan hal tersebut bahwa penelitian supervisi yang dilakukan di ruang medikal bedah meningkatkan kenyamanan dalam bekerja (Koivu, Saarinen, & Hyrkas, 2012). Penelitian ini juga mendukung pada penelitian sebelumnya yang juga menyebutkan bahwa tim penjaminan mutu berkelanjutan (CQI) yang digabungkan dengan fungsi supervisi secara umum meningkatkan kualitas pelayanan (Hyrkas & Lehti, 2003).

6.1.5. Pengaruh Supervisi Kepala Ruang Terhadap Kualitas Tindakan Perawatan Luka Sebelum dan setelah Pelatihan Supervisi

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pelatihan supervisi klinik pada kepala ruang, kegiatan perawatan luka tidak dipengaruhi oleh supervisi. Supervisi telah dilaksanakan oleh kepala ruang tetapi belum memberikan kontribusi signifikan untuk meningkatkan kualitas tindakan perawatan luka, walaupun kualitas yang ditunjukkan belum mencapai nilai maksimal. Hal tersebut terjadi karena supervisor belum bisa berperan memberikan bimbingan, arahan dan koreksi maupun support terhadap kualitas individu. Supervisor belum dapat membentuk karakter peran supervisor yang baik, yaitu memiliki tiga dimensi: keingintahuan, pengetahuan dan keberanian untuk meningkatkan kualitas tindakan perawatan luka.

Supervisi keperawatan yang dilakukan dengan cara yang salah akan menyebabkan supervisi menjadi tidak efektif. Beberapa penyebab diantaranya karena supervisi dilaksanakan dengan kaku, tanpa empati, gagal memberikan dukungan, dan tidak mendidik (Pitman, 2011). Pelaksanaan supervisi yang demikian tidak akan memacu kinerja staf menjadi lebih baik. Bisa jadi perubahan hanya akan terjadi pada saat supervisi dilakukan dan akan kembali setelah supervisi tidak ada lagi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kemampuan kepala ruang untuk berperan menjadi supervisor yang baik sangat penting guna menjalankan peran yang

sebenarnya bagi seorang supervisor. Kualitas kegiatan perawatan luka yang selama ini dilaksanakan berbanding lurus dengan kurangnya kualitas supervisi yang dilakukan kepala ruang. Namun penampilan perawat dalam perawatan luka belum menunjukkan performa terbaik menunjukkan bahwa terdapat pengaruh lain selain kegiatan supervisi kepala ruang. Daryanti (2008) menyebutkan bahwa kepatuhan perawat dalam menerapkan protap pre operasi dipengaruhi oleh sikap, pengetahuan, pendidikan, lama kerja dan pelatihan perawat. Adapun hasil penelitian Nugroho (2008) pada perawat puskesmas menyebutkan bahwa kinerja perawat berhubungan dengan umur, pendapatan, kesempatan promosi, kepemimpinan, supervisi dan motivasi.

Kemampuan supervisor dalam melaksanakan kegiatan supervisi pada tindakan perawatan luka memberikan dampak pada peningkatan kualitas kerja perawat yang ditunjukkan dalam tindakan perawatan luka yang lebih baik dibandingkan sebelum pelatihan. Pengaruh supervisi terhadap tindakan perawatan luka memperlihatkan hubungan signifikan dengan pola positif kuat, terlihat pada kelompok yang intervensi. Sedangkan pada kelompok kontrol nampak bahwa supervisi tidak mempengaruhi tindakan perawatan luka. Hal ini menunjukkan bahwa supervisi yang baik telah meningkatkan kemampuan dan sikap perawat dalam melaksanakan tugas-tugasnya dalam hal ini perawatan luka.

Wiyono (2000) menyebutkan salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah kompetensi teknis petugas, manajer dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan. Kurangnya kompetensi teknis dapat berakibat penyimpangan prosedur standar sampai kesalahan yang membahayakan pasien. Ilyas (2002) menyebutkan bahwa supervisi akan mempengaruhi kinerja individu. Adapun Authority, 2010 dalam Pitman (2011) menyebutkan bahwa supervisi dapat meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*).

Kegiatan supervisi yang baik harus dapat dipakai sebagai upaya melakukan penjaminan mutu (*quality assurance*) sedangkan penilaian kualitas tindakan keparawatan luka merupakan upaya pengendalian mutu (*quality kontrol*) (Wiyono, 2000). Sependapat dengan Davis & Burke (2011) pada penelitian

efektifitas supervisi klinis bagi manajer bangsal di simpulkan bahwa supervisi klinis dianggap efektif dan membantu meningkatkan perawatan pasien akan tetapi beberapa dikhawatirkan menjadi bentuk kontrol manajer yang kemudian ditakuti.

Supervisi dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat (Dill, Morgan, & Kelly, 2008). Studi literatur yang dilakukan Brunero & Stein-Parbury (2008) menunjukkan bahwa supervisi klinis menyediakan dukungan dalam kelompok dan menghilangkan stres bagi perawat (fungsi *restoratif*) serta sarana mempromosikan akuntabilitas profesional (fungsi *normatif*) dan keterampilan dan pengembangan pengetahuan (fungsi *formatif*). Penelitian ini juga menyimpulkan hal yang sama dengan penelitian Saljan (2005) tentang pengaruh pelatihan supervisi terhadap kinerja perawat bahwa pelatihan supervisi mempengaruhi kinerja perawat.

Penelitian lain juga menyebutkan bahwa supervisi dapat mengurangi kejenuhan pada perawat, sehingga akan meningkatkan kinerja menjadi lebih baik (Fearon & Nicol, 2011). Supervisi menjadi bagian penting untuk membantu meningkatkan tata kelola klinik yang baik dengan memberikan dukungan penyediaan layanan kesehatan yang aman dan efektif sehingga sangat penting meningkatkan proses supervisi klinis (Dawson et al., 2012). Pengalaman di tatanan perawatan komunitas pada implementasi kegiatan supervisi rehabilitasi klien stroke memperlihatkan bahwa dalam terapi selama satu sampai enam bulan dengan supervisi hasilnya lebih baik dibanding rehabilitasi selama setahun tanpa supervisi. Kondisi ini memperkuat kesimpulan dari penelitian ini bahwa supervisi akan meningkatkan kualitas kerja, termasuk dalam hal ini adalah tindakan perawatan luka oleh staf.

6.2. Keterbatasan Penelitian

Setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan penelitian ini disebabkan oleh empat faktor yaitu partisipasi responden, intervensi, pengumpul data dan faktor lain. Kegiatan perawatan luka yang dilakukan diruangan menggunakan metode fungsional sehingga jumlah responden yang terlibat dalam tindakan perawatan luka hanya empat orang. Intervensi pelatihan yang dilaksanakan relatif singkat sehingga belum dapat menjamin kepala ruang

dapat menerapkan supervisi dengan kemampuan maksimal yang terus menerus selama pengambilan data. Tenaga pembantu pengumpul data berasal dari internal tempat kerja kepala ruang sehingga kemungkinan bias dalam penilaian dapat terjadi. Kelemahan yang keempat adalah penelitian ini tidak memperhatikan faktor lain diluar variabel supervisi yang di lihat.

6.3. Implikasi Hasil Penelitian

Kegiatan pelatihan supervisi dapat meningkatkan pemahaman kepala ruang tentang supervisi yang benar. Supervisi kepala ruang yang dilakukan dengan benar terbukti dapat meningkatkan kualitas tindakan perawatan luka oleh staf.

6.3.1. Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini menunjukkan bahwa mewujudkan pelayanan keperawatan yang professional diperlukan kegiatan supervisi. Tanpa dilakukan supervisi mengakibatkan kualitas tindakan perawatan luka menjadi tidak sesuai standar dan bahkan dapat terjadi penurunan kualitas. Supervisi yang dilakukan dengan benar dapat meningkatkan kualitas perawatan luka sehingga dapat menekan kejadian infeksi nosokomial dan berdampak pada lama waktu perawatan (LOS) pascabedah menjadi lebih pendek.

6.3.2. Pendidikan dan Pengembangan Keilmuan Keperawatan

Kesenjangan antara teori yang diajarkan di pendidikan dengan praktek di rumah sakit semestinya tidak terjadi. Kegiatan supervisi dan tindakan perawatan luka di rumah sakit yang dilakukan dengan cara yang tidak benar dapat dilihat oleh mahasiswa praktek dan dianggap sebagai *role model* yang benar. Contoh yang salah tersebut apabila kemudian diadopsi dan ditiru akan mengakibatkan kesalahan fatal terhadap pemahaman tentang pelaksanaan supervisi klinik keperawatan dan tindakan perawatan luka.

6.3.3. Kepentingan penelitian

Penelitian ini telah memperlihatkan bahwa intervensi berupa pelatihan dengan metode *cooperative learning* belum dapat menjamin secara terus menerus kepala ruang dapat melakukan supervisi dengan nilai sempurna yang terus menerus.

Perlu dipilih metode pelatihan yang lebih tepat agar perubahan menjadi supe yang baik dapat dicapai.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan dan saran dari penelitian ini adalah:

7.1. Simpulan

Sesuai tujuan penelitian yang ditetapkan maka penelitian ini dapat mengambil simpulan:

Kualitas supervisi dan tindakan perawatan luka di RS PKU Muhammadiyah temanggung menjadi lebih baik setelah kepala ruang diberi pelatihan supervisi. Perubahan kualitas supervisi kepala ruang belum dapat ditunjukkan secara konstan dalam setiap kegiatan supervisi yang ditampilkan.

Terdapat perbedaan yang bermakna antara supervisi sebelum dan setelah kepala ruang diberi pelatihan, dimana supervisi menjadi lebih baik. Kualitas tindakan perawatan luka antara sebelum dan setelah disupervisi oleh kepala ruang yang terlatih juga menunjukkan perubahan menjadi baik.

Supervisi klinik keperawatan yang dilakukan dengan benar berpengaruh secara bermakna, kuat dan berpola positif. Hal ini berarti semakin baik supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang akan semakin meningkatkan kualitas tindakan perawatan luka oleh perawat pelaksana.

7.2. Saran

Saran yang dapat disampaikan yaitu:

7.2.1. Aplikasi Keperawatan

7.2.1.1. Kepala bidang keperawatan perlu menetapkan kebijakan supervisi kepala ruang sebagai bagian dari proses penjaminan mutu tindakan keperawatan dan mensosialisasikan kembali pentingnya penggunaan SOP sebagai pedoman mengukur kualitas tindakan perawatan luka.

Universitas Indonesia

7.2.1.2. Kepala diklat keperawatan perlu menyusun program pelatihan bagi semua kepala ruang tentang supervisi yang efektif.

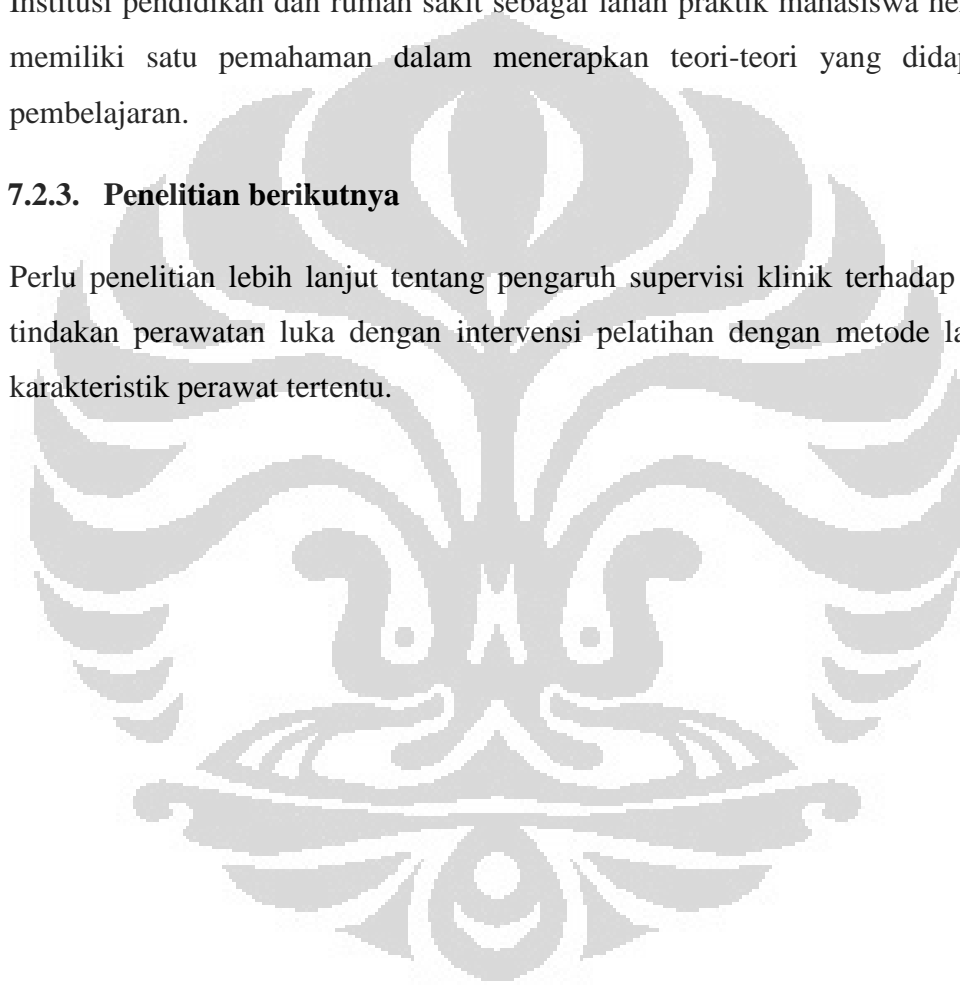
7.2.1.3. Kepala ruang perlu mema⁶⁰ iatan supervisi sebagai fungsi pengarahan dan memberikan dukungan serta bimbingan penerapan prosedur tindakan sesuai SOP untuk menjamin mutu tindakan perawatan.

7.2.2. Pendidikan dan Pengembangan Keilmuan

Institusi pendidikan dan rumah sakit sebagai lahan praktik mahasiswa hendaknya memiliki satu pemahaman dalam menerapkan teori-teori yang didapat dari pembelajaran.

7.2.3. Penelitian berikutnya

Perlu penelitian lebih lanjut tentang pengaruh supervisi klinik terhadap kualitas tindakan perawatan luka dengan intervensi pelatihan dengan metode lain pada karakteristik perawat tertentu.



DAFTAR REFERENSI

- ABA (2003). *Guidelines on the key points that may be considered when developing a quality clinical learning environment*. Dublin: An Bord Altranais.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Jakarta: FKM-UI (Tidak di publikasikan).
- Arvidsson, B., & Fridlund, B. (2005). Factors influencing nurse supervisor competence: a critical incident analysis study. *Journal of Nursing Management*, 13(3), 231-237. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00532.x
- Ayesha, M. & Haidee T. (2007). *Hospital-Acquired infections*. eMedicine. Diunduh di <http://emedicine.medscape.com/967022-overview>.
- Berggren, I. & Severinsson, E. (2003). Nurse Supervisors Actions In Relation To Their Decision-Making Style And Ethical Approach To Clinical Supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (6), 615-622.
- Bindseil, K. et al. (2008). *Clinical Supervision Handbook, a guide for clinical supervisors for addiction and mental health*. Canada:CAMH.
- Bittel, L.R. (1987). *The Complete Guide to Supervisory Training Development*. Beverly: Wesley Publishing Company.
- Brunero, S. & Stein-Parbury, J. (2007). The Effectiveness of Clinical Supervision in Nursing: an evidenced Base literature review. *Australian Journal of Advance Nursing*, Volume 25, No 3.
- Bryant, R.A. & Nix, D.P. (2007). *Acute and Chronic wounds, Current Management and Concept, Ed/3*. St Louis, Missouri: Mosby Elseier.
- Carville, K. (2007). *Wound Care Manual*. Osborne Park :Silver Chain Foundation Australia.
- Cross, W., Moore, A., & Ockerby, S. (2010). Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 35(2), 245-253. doi: 10.5172/conu.2010.35.2.245
- Dahlan, M.S. (2009). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Ed/2. Jakarta: Salemba Medika.

- Daryanti, H. K. (2008). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Protap Perawatan Luka Post Operasi Di Ruang Cendana Rsud Dr. Moewardi Surakarta*. Skripsi Thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta. Diterbitkan Di: <http://etd.eprints.ums.ac.id/2698/>
62
- Davis, C. & Burke, L. (2011). The effectiveness of clinical supervision for a group of ward managers based in a district general hospital: an evaluative study. *Journal of Nursing Management*, no-no.
- Dawson, M., Phillips, B., & Leggat, S. G. (2012). Effective clinical supervision for regional allied health professionals - the supervisee's perspective. *Australian Health Review*, 36(1), 92-97. doi: 10.1071/ah11006
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (pedoman melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009), *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025*, Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik, Depkes RI.
- Dill, J., Morgan, J., & Kelly, C. (2008). THE REVOLVING DOOR: SUPERVISION, JOB SATISFACTION, AND RETENTION AMONG NURSING ASSISTANTS. *The Gerontologist*, 48(00169013), 127-127.
- Ely, A. (2000). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Standar Asuhan Keperawatan Di Puskesmas Rawat Inap Kabupaten Sleman*. Tesis IKM Undip (Tidak di Publikasikan).
- Eriksson, S., & Fagerberg, I. (2008). Supervisor experiences of supervising nursing staff in the care of older people. *Journal of Nursing Management*, 16(7), 876-882. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00885.x
- Fearon, C., & Nicol, M. (2011). Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nursing Standard*, 26(14), 35-39.
- Hancox, K. & Lynch, L. (2002). *Clinical Supervision for Health Care Professionals course Guide*. Melbourne: University of Melbourne and the Center for Psychiatric Nursing Research and Practice.
- Handoko, R. (2006). *Statistik Kesehatan, Belajar Mudah Teknik Analisis data dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press.
- Hastono, S.P. (2007). *Basic Data Analysis for Health Research*. Depok: FKM-UI (Tidak diterbitkan).

- Hidayat (2007). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hyrkas, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Kivimaki, K. (2005). First-line managers' views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care? *Journal of Nursing Management*, 13(3), 209-220. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00522.x
- Hyrkas, K., & Lehti, K. (2003). Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *Journal of Nursing Management*, 11(3), 177-188. doi: 10.1046/j.1365-2834.2003.00369.x
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, FKM UI.
- Istanto, (2002), *Faktor-faktor yang berpengaruh dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di RSUD Ambarawa*. Tesis IKM Undip (Tidak di Publikasikan).
- Ivanchevich, J.M. (2008). *Organization Behavior and Management*. Boston: McGraw-Hill.
- Jones, A. (2005). Clinical Supervision in Nursing: What's it all about? The Clinical Supervisor. *Journal of Nursing Management* 24 (1/2), 149-162.
- Johansson, I., Holm, A.K., Lindqvist, I. & Severinsson, E. (2006). The Value of Caring in Nursing Supervision. *Journal of Nursing Management* 14, 644-651
- Keliat, B.A. & Akemat. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*, Jakarta: EGC
- Kepmenkes No 228/MENKES/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib di laksanakan Daerah.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014*. Jakarta: Kemkes R1.
- Kilminster, S.M. et al. (2007). Effective Educational and Clinical Superision, AMEE Guide No 27. *Medical Teacher*, 29: 2-19.
- Kilminster, S.M. & Jolly, B.C. (2000). Effective Supervision in Clinical Practice Setting: a Literature Review. Paper from the 9th Cambride Conference. *Medical Education*, 34, 827-840.

- Koivu, A., Saarinen, P. I., & Hyrkas, K. (2012). Does clinical supervision promote medical-surgical nurses' well-being at work? A quasi-experimental 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 401-413. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01388.x
- Kuntjoro, T. & Djasri, H. (2007). Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Sebagai Persyaratan Badan Layanan Umum dan Sarana Peningkatan Kinerja. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta*, Vol 10 No 1.
- Lameshow, S., Hosmer-Jr, DW., Klar, J., Lwanga, S.K, (1997). *Besar Samper dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- Lestari, E.S., (2010). Molecular Epidemiology Of Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (Mrsa) In Indonesia, Lembaga Penelitian UNDIIP. Diakses dari: <http://www.lppm.undip.ac.id/abstrak/content/view/700/272/>
- Lynch L., Hancox, K., Happel, B., Parker, J. (2008). *Clinical Supervision for Nurses*, Wiley-Blackwell
- Mangkunegara, A.P. (2005). *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Cetakan 9, Bandung: Remaja Rasdakarya.
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2012). *Leadership Role and Management Functions in Nursing, Theory and Applications*, ed/7. Philadelphia: Wolter Kluwer Lippincot William Wilkins.
- Notoatmojo, S. (2007). *Pengantar Pendidikan dan perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2009). *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, M. K., (2004) Analisis Faktor – Faktor Yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat Pegawai Daerah di Puskesmas Kabupaten Kudus, Tesis Undip. Diakses dari http://eprints.undip.ac.id/4403/1/29_m.kris_nugroho.pdf
- Nurkusuma, D.D. (2009). *Faktor yang berpengaruh terhadap kejadian “methicillin-resistant staphylococcus Aureus” (MRSA) pada kasus infeksi luka pasca operasi di ruang bedas rs dokter kariadi semarang*. Tesis Magister Ilmu Biomedik dan PPDS-I UNDIIP. Tidak dipublikasikan
- Nursalam (2009). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Pitman, S. (2011). *Handbook for Clinical Supervisor: Nursing Post Graduate Programme*. Dublin:Royal College of Surgeons in Ireland.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2006). *Essensial of Nursing Research Metode, Appraisal and Utilisation Ed/4*, Philadelphia: Lippincot
- Royal College of Nursing Institute (2007). *Clinical Supervision in the workplace, Guidance for Occupational Health Nursing*, London: Royal College of Nursing.
- Sabri, L. & Hastono, S.P. (2010). *Statistik Kesehatan, edisi 4*. Jakarta: Raja Grafindo Perkasa.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis Ed/3*. Jakarta: Sagung Seto.
- Severinsson, I.E., & Kamaker, D., (1999). Clinical Nursing Supevision in the Workplace-effect on moral stress and job satisfaction, *Jurnal of Nursing Management* 7,81-89.
- Swanburg, R.C., (1990). *Management and Leadership for Nurse Manager*. Boston: Jones and Barlett Publishers.
- Syaifulloh (2009). *Pengaruh pelatihan asuhan keperawatan dan supervisi terhadap motivasi kerja dan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Indramayu*. Tesis FIK UI, (Tidak di Publikasikan).
- UU RI No 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan konsumen. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Williams, L., & Irvine, F. (2009). How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 474-483. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00973.x
- Zulkarnain, H.I. (1999). *Infeksi Nosokomial, Edisi Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid I, 3rd. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

PENJELASAN PENELITIAN
(Kelompok Perlakuan)

Kepada Yth: Teman Sejawat Kepala Ruang SHOFA
RSU PKU MUhammadiyah Temanggung
Di Parakan

Bersama ini disampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia maka saya:

Nama : Puguh Widiyanto
NPM : 1006755393
Alamat : Jl Indraprasta no 4 Perum Pondok Rejo Asri Danurejo Magelang
No Telepon : 081 5652 5675/ 081 215 774 337
e-mail : ompuguh@gmail.com

Bermaksud mengadakan penelitian tesis dengan judul *Penerapan Supervisi klinik Kepala Ruang Untuk Peningkatan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Di RSU PKU Muhammadiyah Temanggung*. Tujuan umum penelitian adalah melihat pengaruh supervisi terhadap peningkatan kualitas tindakan perawatan luka.

Pengambilan data saya lakukan dengan cara observasi kegiatan supervisi kepala ruang pada kegiatan perawatan luka selama dua minggu dengan kegiatan pelatihan supervisi selama seminggu diantara dua waktu observasi tersebut.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak dan pengaruh apapun, termasuk hubungan antara pimpinan-staf, rekan sejawat maupun klien. Hal tersebut karena semua informasi dan kerahasiaan dijaga dan hanya untuk kegiatan penelitian ini. Jika sejawat telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang menimbulkan ketidaknyamanan maka sejawat diberi hak untuk mengundurkan diri dari penelitian dengan memberi informasi kepada peneliti.

Melalui penjelasan ini maka saya sangat mengharapkan agar teman sejawat berkenan menjadi responden dengan mengisi lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan banyak terima kasih.

Depok, April 2012
Peneliti

Puguh Widiyanto

UNIVERSITAS INDONESIA

PENJELASAN PENELITIAN (Kelompok Kontrol)

Kepada Yth: Teman Sejawat Kepala Ruang Flamboyan
RSUD Kabupaten Magelang
Di Muntilan

Bersama ini disampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia maka saya:

Nama : Puguh Widiyanto
NPM : 1006755393
Alamat : Jl Indraprasta no 4 Perum Pondok Rejo Asri Danurejo Magelang
No Telepon : 081 5652 5675/ 081 215 774 337
e-mail : ompuguh@gmail.com

Bermaksud mengadakan penelitian tesis dengan judul *Penerapan Supervisi klinik Kepala Ruang Untuk Peningkatan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Di RSU PKU Muhammadiyah Temanggung*. Tujuan umum penelitian adalah melihat pengaruh supervisi terhadap peningkatan kualitas tindakan perawatan luka.

Pengambilan data saya lakukan dengan cara observasi kegiatan perawatan luka selama dua minggu.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak dan pengaruh apapun, termasuk hubungan antara pimpinan-staf, rekan sejawat maupun klien. Hal tersebut karena semua informasi dan kerahasiaan dijaga dan hanya untuk kegiatan penelitian ini. Jika sejawat telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang menimbulkan ketidaknyamanan maka sejawat diberi hak untuk mengundurkan diri dari penelitian dengan member informasi kepada peneliti.

Setelah selesai penelitian ini dan terbukti bahwa supervisi meningkatkan kualitas perawatan luka, maka saya bersedia memberikan pelatihan supervisi kepada sejawat, sebagai bagian dari prinsip keadilan dan kesamaan hak dengan kelompok intervensi.

Melalui penjelasan ini maka saya sangat mengharapkan agar teman sejawat berkenan menjadi responden dengan mengisi lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaanya saya ucapkan banyak terima kasih.

Depok, April 2012
Peneliti

Puguh Widiyanto

Universitas Indonesia

**PENJELASAN PENELITIAN
(Kelompok kontrol)**

Kepada Yth: Teman Sejawat staf Perawat
RSUD Kabupaten Magelang
Di Muntilan

Bersama ini disampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia maka saya:

Nama : Puguh Widiyanto
NPM : 1006755393
Alamat : Jl Indraprasta no 4 Perum Pondok Rejo Asri Danurejo Magelang
No Telepon : 081 5652 5675/ 081 215 774 337
e-mail : ompuguh@gmail.com

Bermaksud mengadakan penelitian tesis dengan judul *Penerapan Supervisi klinik Kepala Ruang Untuk Peningkatan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Di RSUD PKU Muhammadiyah Temanggung*. Tujuan umum pelatihan adalah melihat pengaruh supervisi terhadap peningkatan kualitas tindakan perawatan luka.

Penelitian di RSUD Kabupaten Magelang adalah sebagai penelitian kelompok kontrol (tanpa intervensi). Pengambilan data saya lakukan dengan cara observasi kegiatan perawatan luka selama dua minggu, oleh asisten yang sudah di latih.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak dan pengaruh apapun, termasuk hubungan antara pimpinan-staf, rekan sejawat maupun klien. Hal tersebut karena semua informasi dan kerahasiaan dijaga dan hanya untuk kegiatan penelitian ini. Jika sejawat telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang menimbulkan ketidaknyamanan maka sejawat diberi hak untuk mengundurkan diri dari penelitian dengan member informasi kepada peneliti.

Melalui penjelasan ini maka saya sangat mengharapkan agar teman sejawat berkenan menjadi responden dengan mengisi lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaanya saya ucapkan banyak terima kasih.

Depok, April 2012
Peneliti

Puguh Widiyanto

Universitas Indonesia

**PENJELASAN PENELITIAN
(Kelompok Intervensi)**

Kepada Yth: Teman Sejawat staf Perawat
RSU PKU Muhammadiyah Temanggung
Di Parakan

Bersama ini disampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia maka saya:

Nama : Puguh Widiyanto
NPM : 1006755393
Alamat : Jl Indraprasta no 4 Perum Pondok Rejo Asri Danurejo Magelang
No Telepon : 081 5652 5675/ 081 215 774 337
e-mail : ompuguh@gmail.com

Bermaksud mengadakan penelitian tesis dengan judul *Penerapan Supervisi klinik Oleh Kepala Ruang Untuk Peningkatan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Di RSU PKU Muhammadiyah Temanggung*. Tujuan umum pelatihan adalah melihat pengaruh supervisi terhadap peningkatan kualitas tindakan perawatan luka.

Penelitian di RSU PKU Muhammadiyah Temanggung adalah sebagai penelitian kelompok intervensi. Pengambilan data saya lakukan dengan cara observasi kegiatan perawatan luka selama dua minggu, oleh asisten yang sudah di latih.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak dan pengaruh apapun, termasuk hubungan antara pimpinan-staf, rekan sejawat maupun klien. Hal tersebut karena semua informasi dan kerahasiaan dijaga dan hanya untuk kegiatan penelitian ini. Jika sejawat telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang menimbulkan ketidaknyamanan maka sejawat diberi hak untuk mengundurkan diri dari penelitian dengan member informasi kepada peneliti.

Melalui penjelasan ini maka saya sangat mengharapkan agar teman sejawat berkenan menjadi responden dengan mengisi lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaanya saya ucapkan banyak terima kasih.

Depok, April 2012
Peneliti

Puguh Widiyanto

Universitas Indonesia

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Judul Penelitian: *Penerapan Supervisi Klinik Kepala Ruang Untuk Peningkatan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Di RSU PKU Muhammadiyah Temanggung.*

Peneliti Puguh Widiyanto

NPM 1006755393

Asal Institusi Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI

Dengan ini, saya memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya memahami bahwa saya menjadi bagian dari penelitian ini yang bertujuan untuk mengetahui efektifitas supervisi terhadap peningkatan kualitas tindakan perawatan luka.

Saya mengetahui bahwa tidak ada risiko yang akan saya alami dan saya telah diberitahukan tentang adanya jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan dan saya juga memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi pelayanan keperawatan.

Temanggung, April 2012.

Tanda Tangan Peneliti

Tanda tangan Responden

Puguh Widiyanto

LEMBAR OBSERVASI
KEGIATAN SUPERVISI KEPALA RUANG

Petunjuk Pengisian:

Berikan tanda (√) pada kolom nilai yang sesuai dengan apa yang ditampilkan oleh kepala ruang pada saat melakukan supervisi pada staf. Setelah semua terisi, jumlahkan nilai yang didapat pada kotak di bawah.

No	Kegiatan	Bobot (%)	Nilai	
			Ya	Tdk
			1	0
1	Supervisi disusun secara terjadwal	5		
2	Semua staf mengetahui jadwal supervisi yang akan dilaksanakan	5		
3	Supervisor mengorientasikan materi supervisi kepada staf	5		
4	Supervisor mengkaji kinerja staf dalam perawatan luka	10		
5	Supervisor mengidentifikasi pencapaian staf dalam perawatan luka dan memberi <i>reinforcement</i>	10		
6	Supervisor mengidentifikasi aspek kinerja staf yang perlu ditingkatkan oleh staf	10		
7	Supervisor member solusi terhadap kinerja staf yang kurang dalam perawatan luka	15		
8	Supervisor menjadi <i>role model</i> cara perawatan luka yang benar	15		
9	Supervisor menjelaskan rencana tindak lanjut kegiatan supervisi yang dilaksanakan	7		
10	Supervisor memberi <i>reinforcement</i> terhadap pencapaian keseluruhan staf dalam tindakan perawatan luka	5		
11	Kegiatan Supervisi di dokumentasikan dengan baik	5		
12	Terjalin komunikasi yang konstruktif antara supervisor dengan staf	8		
	TOTAL	100		

.....April 2012

.....

bila tidak memerlukan menunjukan peran role model, nilai ditambahkan ke langkah 5

Universitas Indonesia

LEMBAR OBSERVASI
KEGIATAN PERAWATAN LUKA

Petunjuk Pengisian:

Berikan tanda (√) pada kolom nilai yang sesuai dengan apa yang di tampilkan oleh staf pada saat melakukan perawatan luka. Setelah semua terisi, jumlahkan nilai yang didapat pada kotak di bawah.

No	Kegiatan	Bobot (%)	Nilai	
			Ya	Tdk
			1	0
	PERSIAPAN ALAT			
1	Alat dalam bak instrumen steril: pinset anatomis, Pinset chirurgis, Gunting lurus, Kassa Steril, Com Kecil, Handscoen	5		
2	Alat tambahan: Gunting Plester, Alkohol 70% Mercurochrom atau perhidrol, Bengkok, Obat/Cairan desinfektan, Obat luka sesuai order/kebutuhan	5		
	FASE KERJA			
3	Memberitahu kepada pasien	2,5		
4	Mengatur posisi klien yang sesuai	5		
5	Memasang sampiran untuk menjaga privasi klien	2,5		
6	Memakai Handscoen steril	10		
7	Membuka balutan lama, dan dibuang ke tempatnya	5		
8	Membersihkan luka dengan desinfektan, dilakukan searah dengan cara mulai dari dalam ke bagian luar	15		
9	Kassa kotor dibuang ke tempatnya	5		
10	Pinset yang telah dipakai di letakkan di bengkok	5		
11	Luka diberi obat sesuai yang dibutuhkan	5		
12	Luka ditutup dengan kassa steril dengan pinset yang steril (serat kassa jangan menempel pada luka)	10		
13	Luka di balut atau diplester dengan rapi	10		
	FASE TERMINASI			
14	Pasien dirapikan kembali	2,5		
15	Alat dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula	2,5		
	PENAMPILAN			
16	Bekerja cepat	3		
17	Bekerja teratur	3		
18	Melakukan komunikasi yang terapeutik selama bekerja	4		
	TOTAL	100		

.....April 2012

.....

Universitas Indonesia

JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN

PENERAPAN SUPERVISI KLINIK OLEH KEPALA RUANG
UNTUK PENINGKATAN KUALITAS TINDAKAN PERAWATAN LUKA
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH TEMANGGUNG.

No	Kegiatan	Waktu Penelitian (tahun 2012)																				
		Februari				Maret					April				Mei				Juni			
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
1	Penyusunan dan Uji proposal																					
2	Perbaikan, Uji etik dan kompetensi																					
3	Pengurusan Ijin penelitian																					
4	Pengumpulan Data																					
5	Analisis dan Pengolahan Data																					
6	Penyusunan Laporan Akhir																					
7	Seminar Hasil Penelitian																					
8	Perbaikan Hasil Seminar																					
9	Sidang Tesis																					
10	Perbaikan Hasil Sidang Tesis																					
11	Pengumpulan Tesis																					



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama Lengkap : Puguh Widiyanto
 Tempat Tanggal Lahir : Temanggung, 21 Februari 1972
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Pekerjaan : Staf Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas
 Muhammadiyah Magelang
 Alamat Institusi : Jl. Mayjend Bambang Soengeng KM 5
 Mertoyudan Magelang Telp 0293-326945
 Alamat Rumah : Jl. Indraprasta no 4 Perum Pondok Rejo Asri
 Mertoyudan Magelang
 Telp/e-mail : 081 5652 5675 / ompuguh@gmail.com

Riwayat Pendidikan

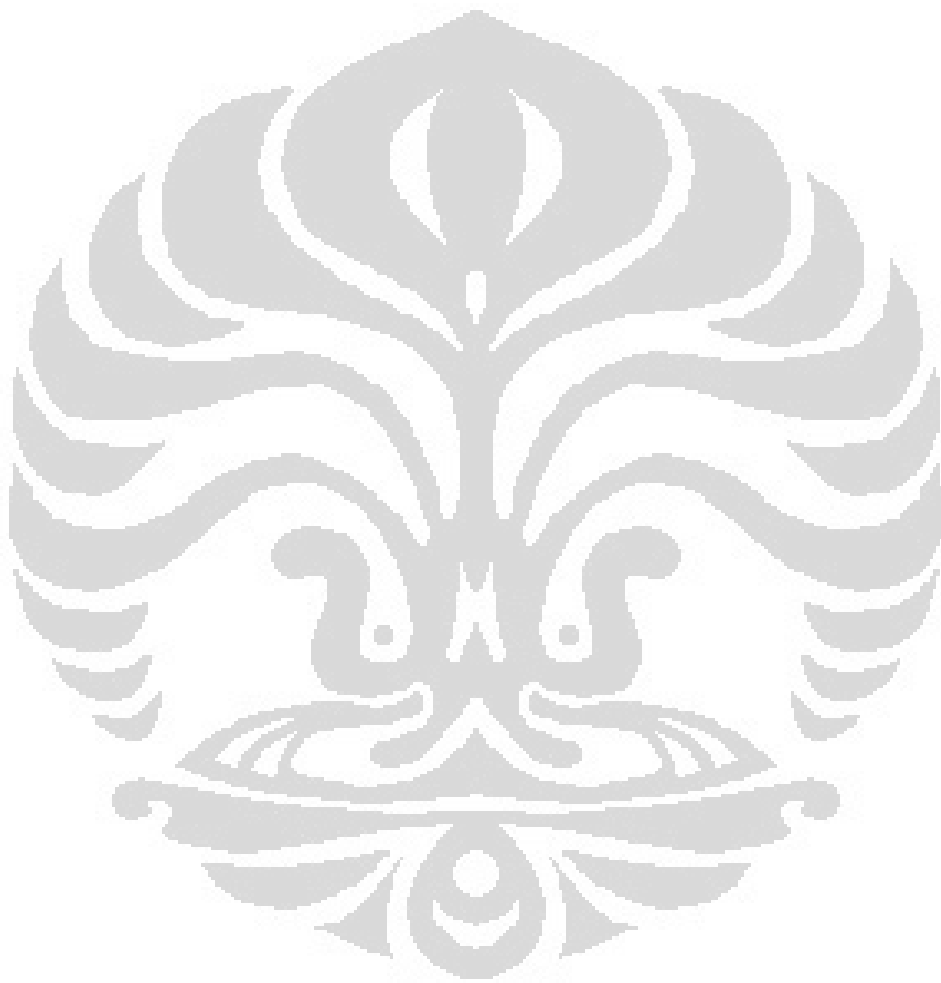
S2 Magister Ilmu Keperawatan FIK - UI	Tingkat Akhir
S1 Keperawatan di PSIK FK-UNPAD Bandung	Lulus 1999
D III di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Semarang	Lulus 1993
SMA N 3 Temanggung	Lulus 1990
SMP N 1 Candiroto Temanggung	Lulus 1987
SD Negeri Semen Tretep Temanggung	Lulus 1984

Riwayat Pekerjaan

Staf Dosen PSIK Fakultas Ilmu Kesehatan UMM	2008 - Sekarang
Staf Dosen Akademi Keperawatan UMM	1994 - 2008

Publikasi

1. Ketua Peneliti: Pengaruh fungsi endotel aorta pada tikus galur putih remaja yang terpapar alkohol terhadap pemberian curcumin (Penelitian 2008 bersama Budi Ekanto, didanai oleh LP3M UMM, dipublikasikan pada Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan Stikes Muhammadiyah Gombong 2010).
2. Ketua Peneliti: Pengaruh Pemberian Teh Rosella (*Hibiscus Sabdariffa*) terhadap Nilai Kolesterol Total, dan *Low Density Lipoprotein* (LDL) (Penelitian 2009 bersama Budi Ekanto, didanai oleh Kopertis Wilayah VI Jawa Tengah 2009, Tidak di publikasikan).
3. Tulisan Ilmiah: Euthanasia, pandangan aspek hukum, agama dan etika kesehatan (Tulisan ilmiah 2008 pada Holistik, Jurnal Studi Ilmu Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang).
4. Tulisan Ilmiah: Menghindari “si pembunuh diam-diam” dengan mengenali dan mengendalikan obesitas (Tulisan Ilmiah 2008 pada Holistik, Jurnal Studi Ilmu Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang).
5. Tulisan Ilmiah: Penatalaksanaan Cedera Kepala oleh masyarakat awam (tulisan ilmiah 2007 pada Majalah Ilmiah Refleksi Universitas Muhammadiyah Magelang).
6. Tulisan Ilmiah: Andropause, Menopause ala Pria adakah? (tulisan ilmiah 2007, dipublikasikan pada Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan Stikes Muhammadiyah Gombong).
7. Penelitian: Pengetahuan dan sikap wanita dewasa tentang pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) dalam upaya deteksi dini kanker payudara (penelitian 1999, dipublikasikan pada Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan Stikes Muhammadiyah Gombong).



Universitas Indonesia